



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Estrategias de regulación emocional y conductual empleadas por padres y madres de menores con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Validación al castellano del Parenting Strategies Questionnaire (PSQ).

Autor: FRANCISCO L. CHINCHILLA HERNÁNDEZ

Dirigida por:

EMILIANO DÍEZ VILLORIA

Profesor Titular de Universidad en el Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, en la Universidad de Salamanca.

RICARDO CANAL BEDIA

Catedrático de Universidad en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, en la Universidad de Salamanca.

SALAMANCA, 2023

A las personas con autismo y a sus familias.
“Por una sociedad que aprenda a aceptar la diversidad”.

Stuart Duncan

Agradecimientos

A los profesores Emiliano Díez Villoria y Ricardo Canal Bedia, por su dedicación y sus valiosas aportaciones en la dirección de esta Tesis.

A las personas con autismo y sus familias, que han inspirado el diseño de este trabajo.

A las madres y los padres, que han participado en este proyecto, dedicando su valioso tiempo en la colaboración de este estudio.

A todos los miembros de la Asociación ARPA Autismo Rioja, en especial a su directora general Alicia Fernández y su presidenta Valle Vaquero, por darme la oportunidad de formar parte de su equipo y creer en la influencia del presente trabajo en nuestro entorno.

A Ramón Novell, por mostrarme otra forma de entender la discapacidad intelectual.

Quiero hacer una mención especial a todas las asociaciones, en orden alfabético, que han divulgado este estudio entre sus miembros y han animado a su participación: ADANSI, AFANNES, AFTEA, Aleph-TEA, ALTEA, ANA, ANSARES, Antares, APACAF, APACAV, APACU, APAFAC, APANAG, APANATE, APNA, APNABA, APNABI, APNAC, APNALP, APNAV, APTACAN, Ariadna-Autismo, ARPA Autismo Rioja, ASPANAES, Asperger Baleares, ASTEA, Asteamur, ASTRADE, Autismo Albacete, Autismo Araba, Autismo Aragón, Autismo Ávila, Autismo BATA, Autismo Burgos, Autismo Cádiz, Autismo Córdoba, Autismo Granada, Autismo Jaén, Autismo León, Autismo Málaga, Autismo Palencia, Autismo Segovia, Autismo Sevilla, Autismo Soria, AUTRADE, CEPRI, EmeriTEA, y Gautena.

A la profesora Elizabeth O'Nions de la University College London y sus colaboradores Eva Ceulemans, Francesca Happé, Paul Benson, Kris Evers e Ilse Noens, autores de la escala PSQ, por su disposición al permitirnos adaptarla al castellano y utilizarla en nuestro estudio.

A los compañeros de la Universidad de Salamanca y el Instituto Universitario de Integración a la Comunidad (INICO), Jaime Unzueta, Alejandro Marín, Sara Cadavid, Félix Inchausti, Jo Ann Yon, María Magán y Clara J. Fernández, por sus comentarios en la evaluación de la correspondencia entre traducciones del cuestionario PSQ.

A mi familia por su paciencia y comprensión a lo largo de estos años.

ÍNDICE

RESUMEN	11
MARCO TEÓRICO	16
Capítulo 1.- Las personas en el espectro del autismo.	17
1.1. Epidemiología	17
1.2. Rasgos centrales del TEA.....	24
1.3. Manifestaciones conductuales e instrumentos de evaluación del TEA.....	27
1.4. Condiciones co-ocurrentes en el TEA	32
1.5. El perfil adaptativo y la severidad de los síntomas de TEA.....	36
Capítulo 2.- La Desregulación Emocional en el TEA	39
2.1. Introducción al concepto de Regulación Emocional	39
2.2. El Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional en el TEA	40
2.3. La desregulación emocional y su relación con otras condiciones psiquiátricas....	45
2.4. Evaluación del Perfil de Regulación Emocional en población infantil con TEA.	57
Capítulo 3.- Los estilos educativos y las estrategias de crianza.	60
3.1. Los estilos educativos de los padres de menores con TEA.	60
3.2. Estrategias de manejo y prevención de los problemas de comportamiento	63
3.3. Evaluación de las estrategias de crianza en menores con autismo.	75
MARCO EMPÍRICO	80
OBJETIVOS	82
MÉTODO	83
PARTICIPANTES	83
INSTRUMENTOS	87
ANÁLISIS DE DATOS	91
RESULTADOS	93
O.1.- Los problemas de regulación emocional en los menores con TEA.....	93
O.1.1.- El Perfil de Desregulación Emocional (CBCL-DP).....	93
O.1.2.- Los subdominios de desregulación afectivo, cognitivo y comportamental.	95
O.1.3.- Características del menor relacionadas con la desregulación emocional.....	100
O.1.4.- Características del menor que predicen la desregulación emocional.....	110
O.2.- Los estilos educativos empleados por los padres de menores con autismo.....	112
O.2.1.- Escala de Normas y Exigencias, versión para padres (ENE-P)	112

O.2.2.- Cuestionario Alabama Parenting Questionnaire (APQ)	114
O.2.3.- Relación entre los estilos educativos evaluados por ambas escalas.....	119
O.2.4.- Estilo educativo democrático, rígido y permisivo.....	120
O.2.5. Las características de los progenitores y los estilos educativos.	122
O.2.6.- Relación entre las características del menor y los estilos educativos.	124
O.2.7.- Características del menor y del progenitor y el estilo educativo	139
O.3.- Las estrategias de crianza empleadas	146
O.3.1.- Traducción y adaptación al castellano de la escala PSQ.....	146
O.3.2.- Propiedades psicométricas y estructura factorial del PSQ.....	154
O.3.3. Las características de los progenitores y las estrategias de crianza.....	161
O.3.4.- Las características de los menores y las estrategias de crianza PSQ.	161
O.3.5.- Estrategias de crianza relacionadas con el estilo educativo.	175
O.3.6.- Las características del menor, estilo educativo y estrategias de crianza.....	177
O.4.- Modelos explicativos de la desregulación emocional y estrategias de crianza ...	182
O.4.1.- Mediadores entre la desregulación emocional y las estrategias de crianza....	183
O.4.2.- Mediadores entre el comportamiento agresivo y las estrategias de crianza...	185
DISCUSIÓN	189
O.1.- La capacidad de regulación emocional de los menores con TEA.....	189
O.2.- Los estilos educativos de los progenitores de menores con TEA.	194
O.3.- Las estrategias de crianza empleadas en menores con TEA.	202
O.4.- Los estilos educativos como variables mediadoras.....	212
Limitaciones del presente estudio	213
CONCLUSIONES y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	215
Conclusiones	215
Futuras líneas de investigación.....	217
REFERENCIAS:	218
ANEXO 1. Resultados de las puntuaciones de equivalencia del grupo de expertos	288

Índice de tablas

Tabla 1. Características del menor	85
Tabla 2. Características de los progenitores	86
Tabla 3: Medidas obtenidas por los instrumentos de evaluación.	90
Tabla 4. Información de las escalas incluidas en el presente estudio.	93
Tabla 5. Correlación entre factores de la escala PSQ.....	96
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los ítems de las subescalas del CBCL-DP.....	97
Tabla 7. Participantes según la puntuación obtenida en las subescalas CBCL.	98
Tabla 8. Puntuación en las subescalas CBCL y su relación con DEM y DES.....	99
Tabla 9. Correlación de las características del niño con cada subescala CBCL.	100
Tabla 10. Variables que predicen la varianza de CBCL-DP y subescalas	111
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala ENE-P.....	114
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario APQ	118
Tabla 13. Correlaciones entre las subescalas de ENE-P y APQ.	120
Tabla 14. Correlaciones entre las características de progenitores y ENE-P y APQ.....	124
Tabla 15. Correlaciones entre las características del menor y ENE-P y APQ.	139
Tabla 16. Modelos que predicen la varianza de las subescalas de ENE-P.....	141
Tabla 17. Modelos que predicen la varianza de las subescalas de APQ	143
Tabla 18. Modelos que predicen la varianza de los EE. Democrático y permisivo	145
Tabla 19. Correlación entre factores de la escala PSQ.....	155
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario PSQ.....	156
Tabla 21. Correlación de Pearson de los ítems con cada subescala del PSQ.....	157
Tabla 22. Resumen de ajuste del modelo de análisis factorial confirmatorio.	159
Tabla 23. Correlaciones entre las características de los progenitores y PSQ.....	161
Tabla 24. Correlaciones entre las características del menor y PSQ.	175
Tabla 25. Correlaciones entre las subescalas de PSQ, ENE-P y APQ.....	176
Tabla 26. Modelos que predicen la varianza de la acomodación	178
Tabla 27. Modelos que predicen la varianza del enfoque de refuerzo	179
Tabla 28. Modelos que predicen la varianza de reducción de la incertidumbre.	180

Índice de figuras

Figura 1. Criterios y características en la descripción del TEA	31
Figura 2. El deterioro del lenguaje estructural en el TEA	34
Figura 3. Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional	41
Figura 4. Distribución de la muestra según la puntuación de CBCL-DP	94
Figura 5. Distribución de la muestra con DEM y DES	94
Figura 6. Puntuaciones de las subescalas CBCL-PA, CBCL-AD y CBCL-CA.....	95
Figura 7. Puntuaciones de las subescalas CBCL en la muestra con DEM.....	99
Figura 8. Puntuaciones en las subescalas CBCL en la muestra con DES	99
Figura 9. Puntuación media en la CBCL-DP según la capacidad comunicativa.....	101
Figura 10. Puntuación media en la CBCL-AD según la capacidad comunicativa.....	103
Figura 11. Puntuación media en la CBCL-AD según el nivel académico.	104
Figura 12. Puntuación media en la CBCL-AD según el nivel de independencia.....	106
Figura 13. Puntuación media en la CBCL-DP según el grado de discapacidad.....	107
Figura 14. Puntuación media en la CBCL-AD según el grado de discapacidad.	108
Figura 15. Puntuación media en la CBCL-CA según el grado de discapacidad.	109
Figura 16. Puntuación media en la CBCL-AD según el grado de DI.	110
Figura 17. Puntuaciones obtenidas en las subescalas ENE-P.....	113
Figura 18. Puntuaciones obtenidas en las subescalas APQ.....	116
Figura 19. Puntuaciones obtenidas en los estilos educativos democrático y permisivo....	121
Figura 20. Correlogramas de las subescalas ENE-P y APQ.....	122
Figura 21. Etapas del proceso de traducción de la escala PSQ.	146
Figura 22. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la Escala PSQ.....	160
Figura 23. Correlogramas de las subescalas del PSQ y la CBCL-DP.....	181
Figura 24. Modelos explicativos desregulación emocional y acomodación.	184
Figura 25. Modelos explicativos desregulación emocional y enfoque de refuerzo.....	185
Figura 26. Modelos explicativos comportamiento agresivo y acomodación.	186
Figura 27. Modelos explicativos comportamiento agresivo y enfoque de refuerzo.....	188

RESUMEN

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo, con un elevado componente hereditario y heterogéneo que presenta características cognitivas subyacentes y que comúnmente coexiste con otras condiciones (Lord et al., 2020). Las manifestaciones clínicas del TEA varían mucho entre las personas que lo presentan, así como su funcionamiento intelectual y sus habilidades lingüísticas. Sin embargo, todas ellas comparten características, fundamentalmente en dos áreas del desarrollo y del funcionamiento personal: la comunicación social y comportamientos sensoriales y motores restringidos y repetitivos (Lord et al., 2018). Los profesionales han sido conscientes durante mucho tiempo de que el TEA suele ir acompañado de otras dificultades. Aunque no se considere un rasgo central, las personas con autismo suelen presentar dificultades significativas en su capacidad de regulación emocional. La desregulación emocional se caracteriza por una autorregulación deficiente que incluye síntomas de baja tolerancia a la frustración, impaciencia, rapidez para enojarse y una marcada reactividad emocional. La dificultad para regular las emociones de forma apropiada y efectiva, o desregulación emocional, está implicada en el desarrollo y mantenimiento de muchos problemas psiquiátricos. Siendo la desregulación emocional un factor explicativo subyacente a la alta comorbilidad entre los trastornos internalizantes y externalizantes en el autismo. Las familias de menores con TEA se enfrentan a diario al desafío de manejar altos niveles de reactividad. Los progenitores emplean diferentes comportamientos y estrategias encaminadas a facilitar la regulación emocional de sus hijos/as. Debido a las características únicas que presentan las personas con autismo, el estudio del estilo educativo de los progenitores resulta insuficiente en el

análisis de las estrategias de prevención y manejo de la desregulación emocional en los menores con autismo.

Los profesionales que trabajan con menores con autismo no disponen de suficientes herramientas validadas empíricamente que evalúen los comportamientos empleados por los progenitores para prevenir y manejar los problemas de regulación emocional de sus hijos/as. El principal objetivo del presente estudio es adaptar y validar en España un cuestionario que evalúe las estrategias de crianza particulares que emplean los progenitores de menores con autismo con dificultades en la regulación emocional. Además, se analizaron las diferencias individuales y los factores que predicen la presencia de la desregulación emocional en menores con autismo, junto con los estilos educativos y las estrategias empleadas por los progenitores para afrontar y prevenir las consecuencias derivadas de la desregulación emocional de sus hijos/as.

La muestra estuvo compuesta por 324 progenitores de menores de entre 6 y 18 años de edad con TEA de diferentes provincias españolas. La desregulación emocional se evaluó a través de la Child Behavior Checklist Dysregulation Profile (CBCL-DP, Achenbach, 2000; Althof et al., 2010), los estilos educativos se evaluaron a través de la escala Alabama Parenting Questionnaire (APQ, Essau et al. 2006; Frick et al. 1999) y el Cuestionario de Normas y Exigencias versión padres (ENE-P, Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001) y las estrategias de crianza se evaluaron a través del cuestionario Parenting Strategies Questionnaire (PSQ).

La escala CBCL-DP es adecuada para evaluar la desregulación emocional de los menores con autismo. Los resultados muestran una alta prevalencia de problemas de regulación emocional, donde el 26.85% presentaban desregulación emocional moderada y el 22.22% desregulación emocional severa. Además, se observó una tasa elevada de

problemas afectivos, atencionales y comportamentales clínicamente significativos asociados a la desregulación emocional, siendo los problemas comportamentales y afectivos los principales dominios asociados a la desregulación emocional severa. Se encontró que la capacidad de expresión verbal y el grado de discapacidad eran los principales predictores de la desregulación emocional y los problemas afectivos.

Los progenitores empleaban con más frecuencia comportamientos compatibles con el estilo educativo democrático, formado por las subescalas de estilo inductivo, implicación parental y crianza positiva. Además, el estilo educativo democrático dependía de la capacidad de expresión verbal del menor y la ausencia de comportamientos agresivos clínicamente significativos. En cambio, se observó que los progenitores de hijos/as con mayores problemas de regulación emocional y comportamientos agresivos empleaban con más frecuencia un estilo educativo más autoritario, medido a través de la subescala estilo rígido. Por otro lado, también se encontró que el comportamiento agresivo era el principal predictor del estilo educativo permisivo. Las estrategias de crianza para manejar y prevenir los problemas de comportamiento presentes en los menores con TEA se evaluaron a través de la Parenting Strategies Questionnaire (PSQ, O’Nions et al., 2019). Estas se clasificaron en tres categorías mediante el cuestionario Parenting Strategies Questionnaire (PSQ): acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre. Las estrategias de acomodación se basan en proporcionar una supervisión constante, prestar atención a aquello que pueda molestar a su hijo/a, evitar y/o limitar la exposición de sus hijos/as, hacer excepciones a las normas y ceder a las demandas. Las estrategias basadas en el enfoque de refuerzo se centran en reforzar los comportamientos adecuados, perseverar en las demandas hasta alcanzar los objetivos establecidos, ser consistentes con las

normas y aplicar el castigo ante los problemas de conducta. Por último, la reducción de la incertidumbre consiste en anticipar con antelación los cambios o los nuevos eventos que vayan a suceder, planificar soluciones ante posibles problemas que pudiesen suceder, tratar de mantener la rutina y la familiaridad para evitar que sus hijos/as se desregulen emocionalmente. Las familias españolas de menores con autismo emplean con más frecuencia las estrategias reducción a la incertidumbre, seguido de enfoque de refuerzo y, por último, las estrategias de acomodación. Las principales variables predictoras de las estrategias de acomodación fueron el nivel de independencia, la sintomatología autista, los problemas de ansiedad/depresión, los comportamientos agresivos y los estilos educativos basados en la crianza positiva, el estilo rígido y el estilo indulgente. Las variables que predecían el enfoque de refuerzo fueron la capacidad de comunicación verbal, la sintomatología autista, los comportamientos agresivos y los estilos educativos basados en la crianza positiva, el estilo inductivo, el estilo rígido y el estilo indulgente. Las variables predictivas de las estrategias de reducción a la incertidumbre fueron el nivel de independencia, la sintomatología autista, los problemas de ansiedad/depresión y el estilo inductivo, la crianza positiva y la implicación Parental.

Se ha observado que la desregulación emocional y los comportamientos agresivos de menores con autismo conlleva que los progenitores utilicen con más frecuencia estrategias de acomodación y estrategias enfocadas en el refuerzo/castigo para el manejo de los problemas de conducta de sus hijos. Se analizaron diferentes modelos explicativos a través del modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) para analizar la relación entre la desregulación emocional, el estilo educativo y las estrategias de crianza. Los resultados mostraron que

el estilo educativo rígido y permisivo actúan como variables mediadoras entre la desregulación emocional y las estrategias de acomodación y el enfoque de refuerzo.

Este es el primer estudio en España que evalúa la relación entre la desregulación emocional, los estilos educativos y las estrategias de crianza en menores con autismo. El cuestionario PSQ resulta adecuado para evaluar las estrategias de crianza utilizadas por los progenitores de menores con autismo y problemas de regulación emocional. El estudio de las estrategias de crianza en la población con autismo abre una nueva línea de trabajo en el diseño y elaboración de programas de intervención temprana ante los primeros signos de desregulación emocional.

Palabras clave: Trastornos del Espectro del Autismo, regulación emocional, escala CBCL, estilos educativos y cuestionario PSQ.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1.- Las personas en el espectro del autismo.

El Trastorno del Espectro Autista (en adelante, TEA) es un trastorno del neurodesarrollo, con un elevado componente hereditario y heterogéneo que presenta características cognitivas subyacentes y que comúnmente coexiste con otras condiciones (Lord et al., 2020). Las personas con TEA manifiestan deficiencias en la comunicación e interacción social, comportamientos repetitivos e intereses restringidos, anomalías sensoriales y una amplia variabilidad en el funcionamiento intelectual incluyendo en algunos casos discapacidad intelectual (en adelante, DI) (American Psychiatric Association, 2013). Estos rasgos centrales acompañan a las personas a lo largo de toda su vida, algunos pueden ser más marcados e intensos a cierta edad, pero pueden fluctuar posteriormente en naturaleza y gravedad, lo que genera perfiles clínicos muy diversos en momentos diferentes (Pickles et al., 2020; Seltzer et al., 2004).

Este capítulo aborda la epidemiología y los mecanismos del TEA, junto con las manifestaciones conductuales del TEA y los instrumentos de cribado y diagnóstico disponibles en diferentes etapas del ciclo vital. Se abordan tres temas: mecanismos de causalidad y cambio a lo largo del tiempo, heterogeneidad entre personas con autismo y su relación con la capacidad adaptativa y las necesidades de apoyo.

1.1. Epidemiología

1.1.1. Prevalencia

El número de personas con diagnóstico de autismo ha aumentado significativamente en las últimas décadas (Matson & Kozlowski, 2011). Aunque las estimaciones varían, en la actualidad se reconoce generalmente que la prevalencia es al menos del 1%-1,5% (Chiarotti & Venerosi, 2020; Fombonne, 2018). En España, un estudio reciente establece una tasa de prevalencia de 15.5/1000 en preescolares de 4-5

años y 10/1000 en escolares de 10-11 años (Morales-Hidalgo et al., 2018). Resulta difícil estimar cifras exactas de prevalencia debido a las modificaciones en los criterios de diagnóstico a lo largo del tiempo y a la heterogeneidad del autismo (Presmanes et al., 2015).

Estudios epidemiológicos han sugerido que el autismo es más común en hombres que en mujeres, con proporciones reportadas que van de 2:1 a 5:1, con una estimación de 4:1 (Brugha et al., 2016; Lai et al., 2015; Loomes et al., 2017; Lord et al., 2020). Aunque, alguna evidencia sugiere que la proporción puede ser menor, 1.8:1 (Rutherford et al., 2016). No obstante, cada vez existe una mayor conciencia con respecto a la frecuente demora en el diagnóstico del TEA en las niñas y que los sistemas de diagnóstico actuales pueden fallar en identificar rasgos más sutiles en las mujeres (Eckerd, 2020). Por lo tanto, es más probable que sus intereses o preocupaciones especiales (por ejemplo, personajes famosos, animales) sean socialmente más convencionales que los de algunos varones; su distanciamiento social a menudo se atribuye a la timidez y su capacidad para “camuflarse” o habilidad para imitar un comportamiento socialmente correcto también puede dar lugar a una ausencia de diagnóstico o a un diagnóstico incorrecto (Ferri et al., 2018; Hiller et al., 2014).

1.1.2. Etiología

Factores genéticos asociados al TEA.

Los factores genéticos están fuertemente implicados en el desarrollo del autismo (Krishnan et al., 2016; Ruzzo et al., 2019). Los primeros trabajos que propusieron una posible base genética surgen en 1977, cuando se evaluó la prevalencia en gemelos mono y dicigóticos (Smalley et al., 1988). Un reciente meta-análisis informó que entre el 74-93% del riesgo de TEA es hereditario, los estudios demuestran que en los gemelos

monocigóticos la concordancia es de casi del 98% frente al 44-60% de los casos en gemelos dicigóticos (Tick et al., 2016). Por otro lado, se estima que la presencia del TEA en hermanos es veinte veces superior a la población general, por lo que resulta trascendente reconocer los posibles factores genéticos presentes en cada caso y así poder asesorar a las familias de un modo correcto (Geschwind, 2011). Diversos modelos estadísticos ponen en evidencia que las bases genéticas para el desarrollo del TEA varían entre el 56-95%, mientras que el aporte ambiental sería del 5 a 44% (Miles, 2011). Los avances recientes han demostrado que los factores etiológicos específicos en el TEA se pueden identificar en el 30% al 40% de los casos (Schaefer, 2016).

El riesgo genético para el TEA está asociado con cientos de genes que abarcan una amplia gama de funciones biológicas (Geschwind, 2011; Grove et al., 2019; Lord et al., 2020; Rosenberg et al., 2009; Satterstrom et al., 2020). La mayoría de ellos están vinculados con la sinaptogénesis y muchos de ellos asociados a DI y/o encefalopatías epilépticas (Schaefer & Mendelsohn, 2008; Willsey & State, 2015). Se han encontrado mutaciones patogénicas del SHANK3 en TEA, DI, como también en esquizofrenia (Boccutto et al., 2013). Además, los problemas de sueño presentes en las personas con autismo, también pueden estar relacionados con la mutación de este gen (Ingiosi et al., 2019).

En cuanto al género, existen varios factores biológicos diferenciales que pueden ser responsables de la protección de las mujeres y/o del aumento del riesgo de los hombres previsto por el modelo de efecto protector femenino, incluida la exposición y regulación de las hormonas esteroideas sexuales y la actividad diferencial sexual de ciertos tipos de células neurales (Jacquemont et al., 2014; Werling, 2016). Los genes del grupo SHANK ven modulada su expresión por el efecto de las hormonas sexuales

femeninas y masculinas (Leblond et al., 2014). En las mujeres se muestran hipo o asintomáticas, pero al transmitirse a sus hijos, en ellos puede aparecer síntomas de TEA (Berkel et al., 2018).

Factores ambientales asociados al TEA

El estudio de factores ambientales constituye un enorme desafío, ya que su conocimiento permite vislumbrar la toma de medidas, que, en forma poblacional o individual, favorezcan la disminución de la ocurrencia a través de mecanismos de prevención (Modabbernia, Velthorst, & Reichenberg, 2017). Los síntomas de TEA suelen aparecer en los tres primeros años de vida, lo que sugiere una alta probabilidad de que su origen se sitúe en el periodo prenatal o en el periodo postnatal temprano (Kalkbrenner et al., 2015). Cuando la exposición a factores ambientales tóxicos se produce en el tercer trimestre de embarazo o en la etapa postnatal temprana, la asociación con el autismo es mayor (Hertz-Picciotto et al., 2018).

La evidencia actual sugiere que varios factores ambientales no están relacionados con el riesgo de TEA, como la vacunación, el tabaquismo materno, la exposición al tiomersal (INN, también conocido como mentiolé o timerosal), y el uso de la tecnología de reproducción asistida. Otros factores relacionados con el embarazo, como la obesidad materna, la diabetes materna y el parto por cesárea, han mostrado una asociación débil con el riesgo de TEA (Dachew et al., 2018; Modabbernia, Velthorst, & Reichenberg, 2017). En cambio, las complicaciones del parto asociadas con traumatismos o isquemia e hipoxia han mostrado fuertes vínculos con los TEA (Modabbernia, Velthorst, & Reichenberg, 2017). La ruptura prematura de membranas, hemorragia aguda intraparto han sido fuertemente asociadas a la predisposición de mostrar síntomas de TEA (Bilder et al., 2009). Un estudio reciente, ha informado que

un 30% de los menores prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestación), presentaban síntomas de TEA vs. el 1% de los controles a término (Agrawal et al., 2018).

Se ha estudiado la exposición, por parte de las madres durante el periodo gestacional, a ciertos agentes y el riesgo de que los menores puedan desarrollar autismo (Kalkbrenner et al., 2014). Entre ellos, se destacan los siguientes: el consumo de alimentos que contengan algunos metales pesados como el mercurio inorgánico y el plomo (Modabbernia, Velthorst, & Reichenberg, 2017); el abuso de drogas como la cocaína, el tolueno inhalado y alcohol (Gómez-Roig et al., 2021); y el uso de ciertos fármacos como el ácido valproico, el misoprostol desencadenante en muchos de los casos de síndrome de Moebius e inhibidores en la recaptación de la serotonina (ISRS) (Ornoy et al., 2015).

La exposición a agentes infecciosos de la madre, la fiebre durante el embarazo y alteraciones en el sistema inmunológico se han implicado en la etiología del TEA. La infección en el segundo trimestre del embarazo acompañada de fiebre elevó el riesgo de ASD aproximadamente al doble (Croen et al., 2019). Se ha propuesto que los factores infecciosos, sumados a fenómenos inmunológicos, serían los que alteran el normal desarrollo cerebral del feto (Grzadzinski et al., 2018). La presencia de citoquinas inflamatorias, involucradas en la regulación positiva de las reacciones inflamatorias, producen modificaciones a nivel de la microglía, lo cual podría explicar un mayor riesgo en el desarrollo del TEA (Saghazadeh et al., 2019). Además, se ha identificado que el 10% de las madres de menores con autismo, tienen anticuerpos anticerebrales en su plasma (Estes & McAllister, 2016).

Por último, las revisiones sobre los elementos nutricionales han arrojado información útil, aunque limitada y/o no concluyente, sobre los efectos beneficiosos del ácido fólico y los omega-3. Además, la deficiencia de vitamina D parece ser común en los niños con TEA (Modabbernia, Velthorst, & Reichenberg, 2017).

1.1.3. Aspectos neurobiológicos del TEA

En neurobiología, el autismo ya no se considera como un trastorno que pueda localizarse en una región o sistema específico del cerebro, sino como una condición que resulta de la reorganización general del cerebro que comienza temprano en el desarrollo. La resonancia magnética (RM) es hoy en día una herramienta muy útil para estudiar y comprender condiciones complejas, como el TEA, especialmente mediante la exploración de características anatómicas microscópicas como los volúmenes de materia gris y materia blanca, el grosor cortical y los parámetros de imagen del tensor de difusión. La resonancia magnética puede facilitar la comprensión de cómo se desarrolla el cerebro estructural y funcionalmente de manera diferente en personas con autismo, aunque, hasta la fecha, los resultados de la resonancia magnética en el autismo no son definitivos. Además, la resonancia magnética funcional (RMf) han acelerado nuestra comprensión de cómo los circuitos neuronales alterados se relacionan con los síntomas clínicos del autismo (Clements et al., 2018; Ecker et al., 2012; Langen et al., 2014).

Entre los hallazgos mejor replicados se encuentra un patrón de crecimiento excesivo del volumen cerebral en la infancia y la primera infancia, documentado, por ejemplo, a través de las diferencias en el volumen cerebral en las neuroimágenes (Ecker, Bookheimer & Murphy, 2015; Gilmore et al., 2007; Hazlett et al., 2017). En comparación con las personas neurotípicas, las personas con autismo tienen un

desarrollo cerebral acelerado temprano, lo que da como resultado una conectividad alterada (O'Reilly, Lewis & Elsabbagh, 2017). La conectividad es un concepto amplio que se puede dividir en conectividad estructural y funcional, donde se producen tanto las interconexiones físicas entre las regiones del cerebro como las correlaciones o interacciones causales en la actividad cerebral en diferentes regiones (Ha et al., 2015). Los resultados son generalmente consistentes en mostrar un patrón de subconectividad general del cerebro, junto con una sobreconectividad local dentro de regiones específicas a menudo las regiones frontal y occipital (O'Reilly et al., 2017).

La investigación sobre el desarrollo y el funcionamiento alterado del cerebro ha aclarado aún más las diferencias en la sensibilidad al entorno y los distintos estilos de aprendizaje, que a su vez conducen a la reorganización del cerebro durante el desarrollo, lo que da como resultado perfiles heterogéneos en adultos con autismo (Lord et al., 2020). En conjunto, los estudios de RMf sugieren la presencia de vías neuronales interrumpidas antes de la aparición de síntomas conductuales en menores con autismo y podrían proporcionar pistas sobre los mecanismos neuronales subyacentes de los síntomas nucleares del autismo. Se observan alteraciones sutiles en múltiples sistemas cerebrales que sirven a los mecanismos sociales y de atención mucho antes de la aparición de síntomas conductuales manifiestos (Elsabbagh & Johnson, 2016). Estas alteraciones a veces permanecen estables hasta la edad adulta, ya que diferentes individuos utilizan mecanismos de adaptación y compensación para abordar sus desafíos. Dada la complejidad y la naturaleza incierta de las causas del TEA, existe la necesidad de proporcionar a las familias y otros cuidadores, especialmente en el momento del diagnóstico, información precisa sobre las diferencias biológicas que podrían ser la base del comportamiento de su hijo o los diferentes estilos de aprendizaje

(Lord et al., 2018). Aunque los datos de los estudios de RMf han revelado diferencias en la neurobiología entre los menores más jóvenes diagnosticados con TEA y los menores sin diagnóstico de TEA (Smith et al., 2016), dado que la replicación ha sido particularmente difícil en estos estudios, se requiere más trabajo antes de que la RMf pueda usarse como un biomarcador confiable del autismo (Uddin et al., 2017).

1.2. Rasgos centrales del TEA

Las manifestaciones clínicas del autismo varían mucho entre las personas que lo presentan, así como su funcionamiento intelectual y sus habilidades lingüísticas. Sin embargo, todas ellas comparten características, fundamentalmente en dos áreas del desarrollo y del funcionamiento personal: la comunicación social y comportamientos sensoriales y motores restringidos y repetitivos (Lord et al., 2018).

1.2.1. Los déficits en la comunicación social y en la interacción social.

El primer criterio diagnóstico destaca las dificultades comunicativas y en la interacción a nivel social observable en diversos contextos. Con la llegada del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se pone de manifiesto que los problemas de comunicación e interacción social se encuentran relacionados y forman parte de una sola dimensión (Harstad et al., 2015; Rosen et al., 2021).

Las personas con autismo muestran deficiencias en la reciprocidad socioemocional, con una iniciación social inapropiada tanto por exceso como por defecto (Knott et al., 2006). La reciprocidad social estará más o menos afectada en función de la capacidad que la persona tenga para comprender los comportamientos o emociones de otras personas (Boucher, 2012).

Las personas con autismo también presentan dificultades en el uso pragmático de la comunicación (Baird & Norbury, 2016; Chiang et al., 2008). Las personas que presentan severas dificultades en la comunicación no verbal tienen un uso limitado de gestos y su lenguaje corporal no acompaña a la comunicación verbal, el tono de voz es monótono o inapropiado al expresar emociones, expresiones faciales limitadas durante el discurso o una falta de contacto ocular hacia la persona que recibe el mensaje verbal (Begeer et al., 2008; Franchini et al., 2018).

A diferencia de las personas neurotípicas, las personas con autismo muestran dificultades en la competencia social, incluidas dificultades para desarrollar, mantener y comprender las relaciones con sus compañeros. Las investigaciones indican que las personas con autismo muestran dificultades para reconocer y comprender sus propias emociones (Ben-Itzhak et al., 2016), así como las emociones de los demás (Fridenson-Hayo et al., 2016). Además, presentan dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales que requieren su participación en juegos imaginativos (Ten Eycke & Müller, 2015) o para establecer relaciones sociales (Gev et al., 2021). En ciertos casos más severos, se puede observar ausencia de interés por otras personas (Baron-Cohen, 1988).

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

Este segundo criterio diagnóstico cubre una amplia gama de comportamientos que se pueden separar en dos categorías; motor sensorial repetitivo, como oler o tocar objetos en exceso, o gestos manuales repetitivos e insistencia en los comportamientos de igualdad, como la adherencia inflexible a las rutinas o patrones ritualizados (Joyce et al., 2017).

En muchas personas con TEA se pueden observar movimientos repetitivos como estereotipias motoras simples, “aleteos” o balanceos del tronco que sirven en muchas ocasiones como mecanismo de regulación ante situaciones estresantes (Melo et al., 2020; Péter et al., 2017). Utilización de objetos de una manera concreta, jugar con ellos realizando una secuencia específica (p. ej., alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos). El habla y el lenguaje estereotipado, a través de ecolalia, frases idiosincrásicas, también forman parte de los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento observables en el TEA (Geurts & Embrechts, 2008).

Otra característica de las personas con TEA es la insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día) (Zandt et al., 2007).

La mayoría de las personas en el espectro autista tienen intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés. Estos destacan por su falta de funcionalidad debido a su cualidad repetitiva y la interferencia a participar en actividades sociales. Además, la inflexibilidad del pensamiento o del comportamiento, causan frecuente irritabilidad o problemas de conducta ante las negativas o demandas del adulto (Spiker et al., 2012).

El DSM-5 especifica la *respuesta sensorial atípica* dentro de la dimensión intereses y comportamientos restringidos y repetitivos (Green et al., 2016). Esta característica resulta de utilidad para distinguir el TEA de otros trastornos del desarrollo neurológico. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno. Se incluyen bajos umbrales sensoriales auditivos,

visuales, táctiles u olfativos, en los que, por ejemplo, la luminosidad o el ruido de fondo provocan malestar, y también la poca tolerancia a determinados estímulos sensoriales específicos, o, por el contrario, una marcada disminución sensorial para diferentes sensaciones, como dolor, calor, hambre, etc., que pueden llegar a ser un riesgo para la vida (Uljarević et al., 2017).

1.3. Manifestaciones conductuales e instrumentos de evaluación del TEA

1.3.1. Signos precoces en los primeros meses de la vida.

Como se ha explicado en apartados anteriores, el TEA es el resultado de una reorganización neural y un desarrollo cerebral temprano alterado. Sin embargo, debido a que no existen biomarcadores confiables, el diagnóstico debe hacerse sobre la base del comportamiento presentado por el niño (Lord et al., 2020). Los síntomas de autismo van desarrollándose progresivamente y, al menos en algunos casos, aparecen como signos precoces en los primeros meses de la vida (Barbaro & Dissanayake, 2009; Courchesne et al., 2020; Landa, 2008).

Posiblemente el primer signo que se ha identificado en hermanos de menores con autismo que posteriormente desarrollan autismo sea la disminución del contacto ocular que aparece entre los 2 y los 6 meses (Zwaigenbaum et al., 2005). Otros signos precoces hacia los 6 meses de vida son la disminución de la sonrisa social y la vocalización hacia las personas que incrementan hacia los objetos (Osborne et al., 2008). También en esta edad pueden aparecer síntomas sensoriales o alteraciones más inespecíficas, como las alteraciones motoras (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Posteriormente, sobre los 15 meses es cuando los síntomas más nucleares y claros del autismo en la sociabilidad y comunicación comienzan a ser evidentes (Rogers, 2000). La presencia de conductas repetitivas puede comenzar incluso más tarde de los 24 meses

(Wolff et al., 2014). Por ello, puede ocurrir que diagnósticos iniciales de trastornos de la comunicación en los primeros 2-3 años de vida, al aparecer posteriormente conductas repetitivas, cambien a un diagnóstico de autismo (Matson & Neal, 2010).

En un gran número de casos los síntomas del TEA están presentes entre los 18 y los 24 meses (Johnson & Myers, 2007; Zwaigenbaum et al., 2009). La detección y el tratamiento temprano del niño con autismo se consideran pilares fundamentales para reducir la gravedad de los síntomas (Dawson et al., 2012; Warren et al., 2011; Zwaigenbaum et al., 2013). Cuando hay una razonable sospecha de que el niño no sigue un desarrollo dentro de la normalidad y se comprueba la presencia de señales de alerta, se recomienda la utilización de instrumentos de cribado para detectar alteraciones del desarrollo (Hervás et al., 2012). Las herramientas de cribado de TEA que pueden emplearse en población infantil menor de tres años, descritas en la Guía de Buenas Prácticas para la Detección de los Trastornos del Espectro Autista (Hernández et al., 2005), son el Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) (Baron-Cohen et al., 1992), Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT, Robins et al., 2001), Checklist for Autism in Toddlers-23 (CHAT-23, Wong et al., 2004), Quantitative Checklist for Autism in Toddlers (Q-CHAT, Allison et al., 2008), Autism Screening Instrument for Educational Planning. 2 ed. (ASIEP-2, Krug et al., 1993), Pervasive Developmental Disorders Screening Test 2 ed. (PDDST-II) (Siegel, 2004) y Screening Tool for Autism in Two Year Olds (STAT, Stone et al., 2004). Además, desde que se publicó esta guía en el año 2005 hasta la actualidad, en estos 18 años, se han publicado otras muchas herramientas de detección, entre las que destacan las siguientes: el Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F, Robins et al., 2014) y

el Diagnostic Accuracy of the Social Attention and Communication Surveillance–Revised (SACS-R, Barbaro et al., 2021).

1.3.2. Detección de rasgos de TEA en niños/as de mayor edad

Los síntomas de autismo pueden pasar desapercibidos en las primeras etapas del desarrollo en aquellos casos en los que existe una mayor capacidad adaptativa y porque los intereses y conductas repetitivas pueden resultar más funcionales en comparación a otras personas con autismo con menor capacidad intelectual (Fombonne, 2020). Es dentro del ámbito escolar o incluso más tarde, en el inicio de la adolescencia, cuando es evidente el diagnóstico de TEA y las dificultades asociadas (McQuaid et al., 2021). Aquellos menores con autismo sin DI asociada pueden comenzar a manifestar sus dificultades al iniciar el primer ciclo de educación primaria, incluso en educación secundaria, donde las demandas sociales y académicas son mayores que en etapas anteriores (Hervás et al., 2012).

Para estos casos, se cuenta con escalas de evaluación que pueden ser respondidas por los padres y/o los maestros. Entre ellas, se destacan las siguientes: Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions (ASSQ, Ehlers et al., 1999); Childhood Asperger Syndrome Test (CAST, Scott et al., 2002); Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI, Gillberg et al., 2001), Social Communication Questionnaire (SCQ, Rutter et al., 2003) y Social Responsiveness Scale 2 ed. (SRS-2, Constantino & Gruber, 2012). Además, en nuestro contexto se ha validado recientemente un breve cuestionario para evaluar los síntomas de TEA en adultos, el Autism Quotient Short Form (AQ-Short, Lugo-Marín et al., 2019).

1.3.3. Diagnóstico clínico del TEA

La heterogeneidad de los síntomas presentes en el TEA precisa un examen exhaustivo en el diagnóstico diferencial por la similitud en los signos, rasgos y síntomas con otros trastornos del neurodesarrollo. Una vez realizado el cribado inicial y ante la sospecha de que existe un posible caso de TEA, el niño debe derivarse a un servicio especializado para que se realice una evaluación completa que confirme o descarte el diagnóstico (Lord et al., 2015a; 2015b).

Para ser diagnosticado con TEA, una persona debe mostrar evidencia de dificultades, pasadas o presentes, en cada uno de los tres subdominios de comunicación social (criterio A), y debe tener o haber tenido dificultad en dos de los cuatro patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos (criterio B) (figura 1). Además, al evaluar a las personas con TEA es necesario tener en cuenta el nivel de lenguaje, el funcionamiento intelectual y adaptativo, y la presencia de problemas emocionales y del comportamiento (Constantino & Charman, 2016). Por último, es necesario evaluar las diferencias individuales relacionadas con la historia de desarrollo de los síntomas y el género (Grzadzinski et al., 2013).

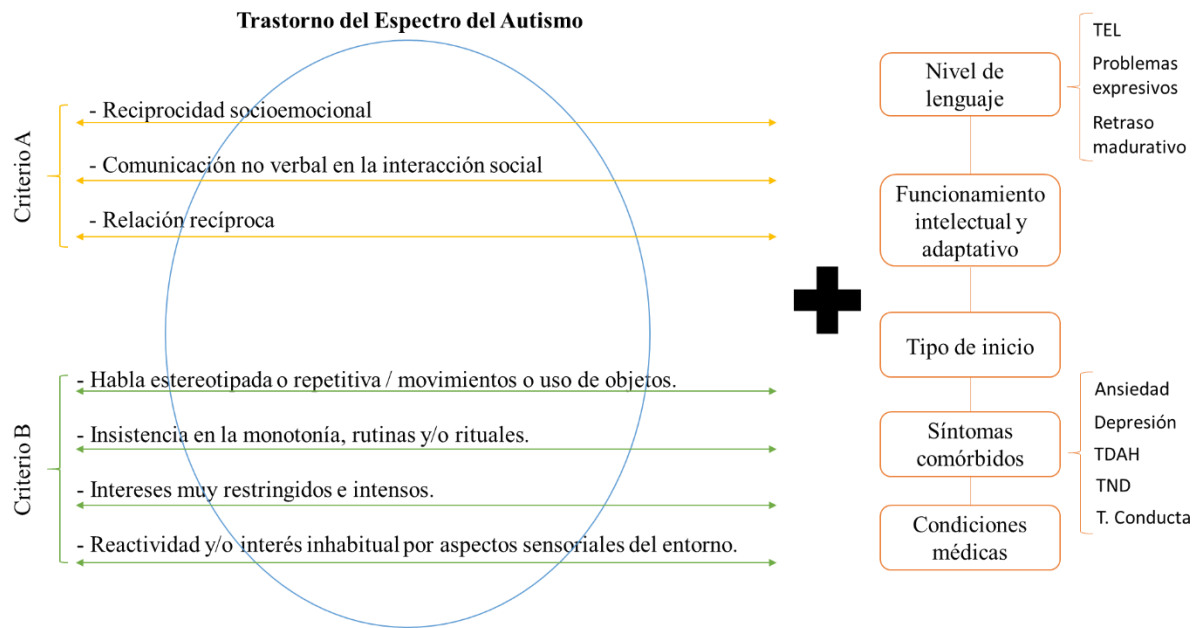


Figura 1. Criterios y características a tener en cuenta al describir los casos de TEA (extraído de Grzadzinski et al., 2013)

Los dos instrumentos clínicos diagnósticos con mayor fiabilidad en el diagnóstico del TEA son la Escala de observación para el Diagnóstico del Autismo segunda edición (ADOS-2, Lord et al., 2015a; 2015b) y La Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada (ADI-R, Rutter et al., 2003). El ADOS-2 es la prueba de referencia a nivel mundial para la valoración del área sociocomunicativa y la sintomatología propia del TEA. Es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la interacción social, la comunicación, el juego y el uso imaginativo de materiales para personas con sospecha de trastorno del espectro autista. Abarca desde los menores en edad preescolar no verbales hasta adultos verbales. La escala está estructurada en cinco módulos (T, 1, 2, 3 y 4), cada uno destinado a personas con una edad cronológica y un nivel de lenguaje determinados. Cada uno de los módulos está compuesto por un conjunto de actividades que proporcionan contextos estandarizados donde el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos comportamientos sociales y comunicativos relevantes para el diagnóstico del TEA. El ADI-R es considerada la entrevista

semiestructurada más eficaz en el diagnóstico del TEA ya que explora las tres áreas de manifestación del TEA. La entrevista ADI-R se realiza a la familia o cuidador/a de personas con autismo y se complementa con la administración del ADOS. Se puede aplicar a partir de los 2 años de edad y ha demostrado buena precisión en identificar a niños/as pequeños/as con autismo.

1.4. Condiciones co-ocurrentes en el TEA

Los profesionales han sido conscientes durante mucho tiempo de que el TEA suele ir acompañado de otras dificultades. Además de los rasgos centrales del TEA, las primeras consideraciones suelen ser retraso en el desarrollo o DI, y dificultades motoras y del lenguaje. La llegada del DSM-5 reconoce esta complejidad y permite múltiples diagnósticos que frecuentemente se encuentran presentes en las personas con autismo. Por lo tanto, en el diagnóstico del TEA a través del DSM-5 se pueden especificar si la persona presenta a su vez “discapacidad intelectual”, si existe un “deterioro del lenguaje”, si la etiología del TEA está asociada a una “afección médica o genética o un factor ambiental”, si está presente “otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento” o “con catatonía”. A continuación, se describe brevemente los aspectos más importantes destacados en la literatura acerca de los trastornos comórbidos en el TEA.

1.4.1. TEA con discapacidad intelectual (DI)

Las personas con autismo pueden presentar una amplia diversidad en las capacidades cognitivas, que pueden ir desde una inteligencia normal, o superior, hasta una discapacidad severa (Constantino & Charman, 2016). Aunque en el pasado se pensaba que la mayoría de las personas con autismo padecían una DI grave, las investigaciones actuales confirman que las capacidades intelectuales de muchas de ellas

están dentro de lo normal (de Giambattista et al., 2019). Se estima una prevalencia de DI (CI <70) en el TEA del 31%, donde se presentan déficits variables en el lenguaje, tanto en la edad de inicio del habla, como en aspectos relacionados con un vocabulario reducido, estructura gramatical limitada y deterioro del discurso (Maenner et al., 2020).

Un diagnóstico co-ocurrente de TEA en una persona con DI puede ser apropiado, sobre todo cuando la comunicación y la interacción social están significativamente más alteradas en relación a lo esperable por el nivel de desarrollo (Pinborough-Zimmerman et al., 2007). A pesar de la co-ocurrencia entre TEA y DI, hay síntomas que diferencian ambas patologías. El desarrollo socioemocional no está significativamente afectado en personas con DI al contrario que en las personas con autismo (Thurm et al., 2019). Las personas con DI se muestran abiertas a expresar sus emociones, aunque presenten un retraso generalizado (Smith & Matson, 2010). Respecto al área del lenguaje, las personas con autismo presentan severos trastornos del habla, mientras que las personas con DI pueden ser muy locuaces, aunque presenten una inmadurez en relación a su edad cronológica (Marrus & Hall, 2017).

1.4.2. TEA con deterioro del lenguaje

En el DSM-5 queda excluido como criterio diagnóstico en el TEA el retraso o falta total de desarrollo en lenguaje expresivo, ya que la investigación ha demostrado que esta característica no es específica ni universal para las personas con autismo (Masi et al., 2017). El deterioro del lenguaje se diagnostica adicionalmente al cuadro clínico de TEA como trastorno del neurodesarrollo co-ocurrente (figura 2). Se estima que la prevalencia de retrasos en el habla y el lenguaje es del 87 % en menores de 3 años con TEA (Woynaroski, Yoder & Watson, 2016).

Las alteraciones del lenguaje expresivo propias del TEA son diferentes a las de un trastorno expresivo del lenguaje (Pinborough-Zimmerman et al., 2007). En el TEA, el lenguaje puede tener una cualidad estereotipada, como las ecolalias demoradas o el uso autoestimulante del lenguaje con sonidos o expresiones placenteras que se repiten. También, el lenguaje puede estar descontextualizado o puede tener una cualidad poco social (Eigsti et al., 2011). En un trastorno expresivo del lenguaje, el lenguaje tiene una cualidad normal, con intención social, pero es más infantil que la edad evolutiva o la capacidad intelectual y de menor complejidad gramatical (Grzadzinski et al., 2013).

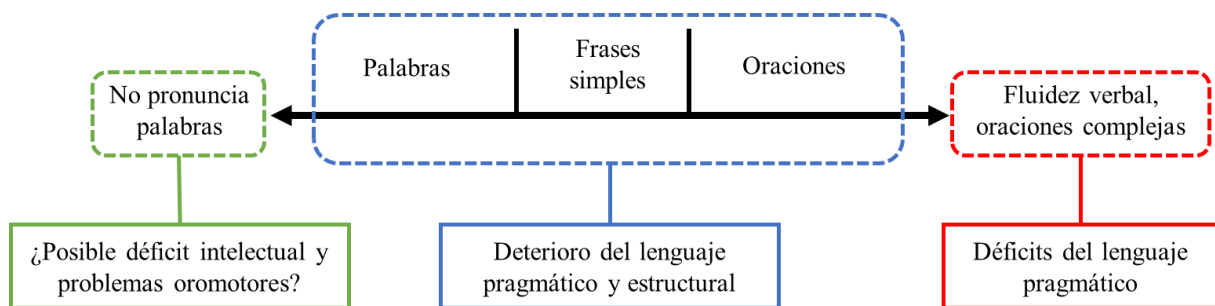


Figura 2. Rango de presentaciones del deterioro del lenguaje estructural en el TEA (extraído de Grzadzinski et al., 2013)

1.4.3. TEA asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico

Las personas con autismo pueden presentar otras condiciones médicas y psiquiátricas, las cuales se asocian, con frecuencia variable, y le confieren una enorme heterogeneidad clínica (Ming et al., 2008).

Entre las condiciones médicas comúnmente asociadas podemos incluir la presencia de problemas neurológicos, como la epilepsia, especialmente en personas con DI (Canitano, 2007; Ewen et al., 2019; Mannion & Leader, 2014; Mannion, Leader & Healy, 2013). Pueden padecer trastornos del sueño (problemas para iniciar el sueño o

interrupciones durante el sueño) (Miano et al., 2016). Dificultades motoras relacionadas con la psicomotricidad fina y la coordinación psicomotora que interfiere en el desempeño de tareas cotidianas (Mosconi & Sweeney, 2015). Es frecuente encontrar problemas médicos como trastornos gastrointestinales con problemas de estreñimiento o diarreas crónicas (Doshi-Velez et al., 2015; Soke et al., 2018). Problemas de alimentación que se observa en preferencias muy restringidas por la ingesta de ciertos tipos de alimentos o modos de preparación y trastornos más extremos como la anorexia y pica (Huke et al., 2013; Marí-Bauset et al., 2014).

Dentro de las condiciones psiquiátricas co-ocurrentes en las personas con autismo, el TDAH es la comorbilidad más común en personas con autismo (28,2% [IC 95% 13,3-43,0]) (Simonoff et al., 2008) y afecta considerablemente a la capacidad funcional de los menores con autismo con inteligencia media o DI (Ashwood et al., 2015; Scandurra et al., 2019). La forma en que el TDAH afecta a jóvenes y adultos cambia con el tiempo dependiendo de las interacciones con el funcionamiento ejecutivo, las relaciones con los compañeros y la depresión (Hartman et al., 2016). La ansiedad es otro trastorno que coocurre frecuentemente con el TEA, muchos menores con autismo presentan ansiedad en varias formas diferentes, incluida la ansiedad social, la ansiedad generalizada, la ansiedad por separación y las fobias (Simonoff et al., 2008, Van Steensel et al., 2011). La ansiedad y la depresión son más comunes, o al menos más observables, en individuos verbalmente fluidos y aumentan durante la adolescencia en las niñas, mientras que también ocurren en una minoría sustancial de niños (Gotham et al., 2015; Pezzimenti et al., 2019). La irritabilidad y la agresividad son más comunes en el TEA (25%) que en otros trastornos del desarrollo (p. ej., DI idiopática), aunque toman muchas formas diferentes, desde agresión física menor en menores más jóvenes hasta

agresión verbal en adultos (Chandler et al., 2016; Hill et al., 2014; Kaat & Lecavalier, 2013; Farmer et al., 2015).

1.5. El perfil adaptativo y la severidad de los síntomas de TEA

El TEA se considera un espectro cuyos síntomas nucleares pueden variar en severidad de muy leve a grave. Muchas personas con autismo, independientemente de su capacidad intelectual, presenta problemas en su capacidad adaptativa (Kanne et al., 2011). Es por ello, que la gran mayoría precisan apoyos y adaptaciones a lo largo de toda su vida para la promoción de la inclusión en el contexto social, en el desempeño de tareas cotidianas y en el ámbito laboral y/o académico (Lord et al., 2018).

El perfil adaptativo de las personas con autismo se caracteriza por una mayor afectación en el comportamiento social, mientras que las habilidades motoras y las habilidades de la vida diaria se encuentran más preservadas (Tillmann et al., 2019). En el dominio social hay un alto componente de metacognición (conciencia de los propios pensamientos, sentimientos y acciones) donde se incluyen conceptos tales como la empatía, la capacidad para establecer y mantener relaciones de amistad, las habilidades de comunicación social, entre otras (Gilotty et al., 2002; Pugliese et al., 2015, 2016).

Los estudios han demostrado que la conducta adaptativa en las personas con autismo se ve afectada por la edad, ya que las personas de mayor edad presentan más dificultades para responder con éxito a las demandas del entorno, sobre todo en las etapas de pre-adolescencia y adolescencia, mientras que en etapas más tempranas del desarrollo las dificultades adaptativas son menores (Chatham et al., 2018; Pugliese et al., 2015). La capacidad intelectual predice positivamente la conducta adaptativa en personas con autismo, aunque la discrepancia entre funcionalidad adaptativa e intelectual resulta mayor en personas con autismo sin DI ($CI > 70$) en comparación con

personas con autismo y DI asociada (Pugliese et al., 2015; Tillmann et al., 2019). En cuanto a la severidad de los síntomas de TEA, los problemas en comunicación social contribuyen a los déficits en la función adaptativa, mientras que los síntomas sensoriales y el comportamiento repetitivo no repercuten en la conducta adaptativa (Tillmann et al., 2019).

Un aspecto relevante del DSM-5 es la incorporación de niveles de gravedad basados en la necesidad de soporte. Estos reflejan el impacto producido por los síntomas en el funcionamiento adaptativo de la persona (Weitlauf et al., 2014). El DSM-5 incluye tres clasificaciones de gravedad en función del grado de apoyo que la persona necesita para su desempeño diario: nivel 1 (“requiere ayuda”), nivel 2 (“requiere ayuda notable”) y nivel 3 (“requiere ayuda muy notable”). Estas clasificaciones se dividen dentro de las dos áreas nucleares del TEA, comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos.

Con respecto a la comunicación social, en el nivel 1 las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes, cuando no se emplean los apoyos necesarios. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. En el nivel 2, se observan déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal. Los déficits sociales son aparentes incluso con apoyos. Inician un número limitado de interacciones sociales. Responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por último, en el nivel 3, se presentan déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento. Inicia muy pocas interacciones. Responde mínimamente a los intentos de relación de otros.

En cuanto a los comportamientos restringidos y repetitivos, en el nivel 1 la inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia. En el nivel 2, el comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta. Por último, en el nivel 3, la inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.

En resumen, a la hora de evaluar la severidad de los síntomas de TEA y las necesidades de apoyo es importante analizar en conjunto las limitaciones propias de los rasgos nucleares del TEA, el nivel de lenguaje, el funcionamiento intelectual y adaptativo, y la presencia de problemas emocionales y del comportamiento.

Capítulo 2.- La Desregulación Emocional en el TEA

2.1. Introducción al concepto de Regulación Emocional

En la década de 1990, el campo de la regulación emocional comenzó a emerger como un dominio de investigación distinto (Campos, Campos & Barrett, 1989; Gross & Muñoz, 1995; Izard, 1990; Thompson, 1994). La regulación emocional se ha descrito como un proceso transaccional de contexto individual que implica múltiples estrategias que pueden implementarse conscientemente (con esfuerzo y controladas) o inconscientemente (sin esfuerzo y automáticas) en respuesta a estímulos que provocan emociones, con el objetivo de influir en el grado o tipo de el afecto de un individuo o los estímulos (Aldao, 2012; Gross, 2014; Gross & Thompson, 2007).

La regulación emocional es crítica en la iniciación, motivación y organización del comportamiento adaptativo. Las estrategias de regulación emocional intrínsecas comunes que se observan en la etapa infantil incluyen participar en comportamientos tranquilizadores, evitar tareas y autodistraerse (Nuske et al., 2017). Los menores con autismo experimentan mayores dificultades de regulación emocional (Jahromi et al., 2012; Samson et al., 2014), tienen un repertorio diferente de estrategias de regulación emocional y las estrategias empleadas tienden a ser más simples y menos efectivas que las utilizadas por menores neurotípicos (Hirschler-Guttenberg et al., 2015; Jahromi et al., 2012). Se ha sugerido que el uso de estrategias de regulación emocional más simples por parte de menores con autismo puede ser indicativo de un retraso en el desarrollo de la regulación emocional (Nuske et al., 2017). Además, los menores con una mayor severidad de los síntomas de TEA muestran una menor capacidad en sus habilidades para regular emociones (Berkovits et al., 2017; Fenning et al., 2018).

La desregulación emocional se caracteriza por una autorregulación deficiente que incluye síntomas de baja tolerancia a la frustración, impaciencia, rapidez para enojarse y una marcada reactividad emocional (Sáez-Suanes et al., 2020). Informes recientes sugieren una alta prevalencia en la desregulación emocional, que varía del 50 al >60%, en personas con autismo (Mazefsky & White, 2014; Samson et al. 2014). Actualmente, la desregulación emocional no se considera un déficit central del TEA, pero tanto los progenitores como los profesionales enfatizan las respuestas emocionales desadaptativas prominentes en las personas con autismo (Mazefsky 2015; Mazefsky et al. 2013; Patel et al., 2017; Samson et al. 2014). En los últimos años, ha sido considerada un objeto de estudio interesante, ya que se ha demostrado que la desregulación de las emociones es un factor de riesgo transdiagnóstico para las condiciones de salud mental en la población general (Aldao, Gee, De Los Reyes, & Seager, 2016).

2.2. El Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional en el TEA

Gross & Thompson (2007) sugieren cinco dominios temporalmente vinculados de procesos de regulación emocional: selección de la situación, modificación de la situación, despliegue atencional, cambio cognitivo y modulación de la respuesta (figura 3). Cada dominio comprende múltiples estrategias de regulación emocional adaptativas y desadaptativas, y los dominios se construyen unos sobre otros como un proceso dinámico de regulación general.

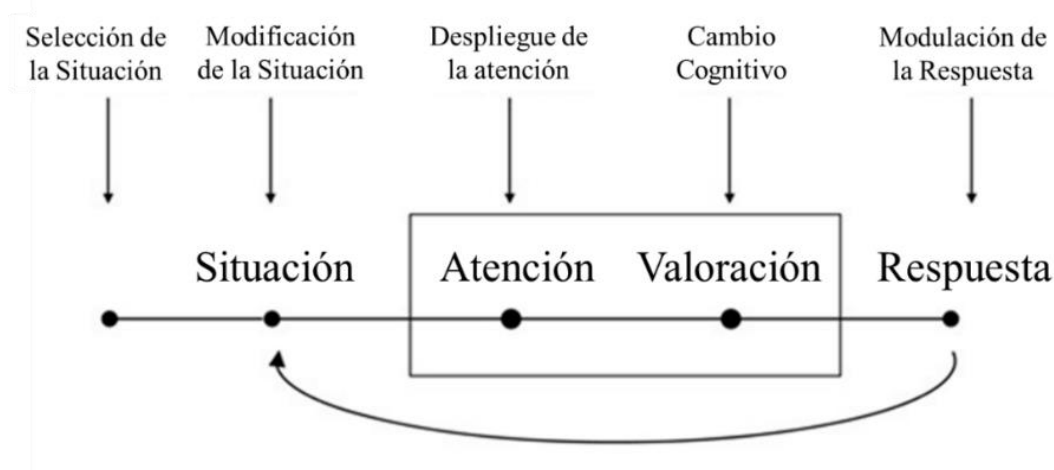


Figura 3. Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional según Gross & Thompson (2007) desde una perspectiva de la evaluación de la emoción y regulación de las emociones. Basado en Gross & Feldman Barrett (2011).

La selección de la situación significa actuar para que sea más (o menos) probable terminar en una situación esperada, lo que puede dar lugar a emociones deseables (o indeseables). Requiere comprender una situación específica, predecir sus resultados probables y evaluar las consecuencias de afrontar una situación de manera adaptativa (por ejemplo, evitar situaciones potencialmente peligrosas) o no adaptativa (por ejemplo, evitar persistentemente situaciones razonablemente seguras). La regulación emocional adaptativa depende del contexto y requiere que uno sea capaz de identificar con precisión los aspectos críticos de la situación (Mazefsky et al., 2013).

Las personas con autismo pueden presentar con mayor frecuencia esta última dificultad debido a los problemas que tienen para comprender situaciones sociales, no estructuradas o novedosas (Lawson, Baron-Cohen y Wheelwright, 2004). La dificultad para percibir con precisión las señales sociales y emocionales de los demás puede interferir con el momento y la implementación de estrategias de regulación emocional conscientes (White et al., 2014). Los menores con autismo pueden centrarse en información incorrecta, o malinterpretar las intenciones de los demás debido a errores

en la toma de perspectiva y falta de apreciación de las percepciones y experiencias de los demás (Baron-Cohen, 2000). Estas dificultades socio-comunicativas lleva a muchas personas con autismo evitar contextos sociales complejos (Jawaid et al., 2012).

Estos factores pueden causar dificultades en un segundo dominio de regulación emocional, la modificación de la situación, que consiste en alterar situaciones para regular las posibles respuestas emocionales. Se sabe que las personas con autismo tienen dificultades en la resolución de problemas en contextos naturales, con tendencia a presentar comportamientos de afrontamiento rígidos ante factores estresantes (Chowdhury et al. 2016; Goddard et al., 2007; Howlin et al., 2004). Incluso entre las personas con autismo con funciones cognitivas superiores, existen deficiencias en el procesamiento y la integración de información compleja (O'Hearn et al., 2008; Williams, Goldstein & Minshew, 2006). La inflexibilidad al cambio en su rutina o entorno y la ruptura de sus rituales también puede acompañarse de problemas conductuales (Chowdhury et al. 2016; D'Cruz et al., 2013; Jahromi et al., 2012).

La regulación emocional también se basa en el despliegue atencional, que se describe como la capacidad de enfocar o distanciar la atención en los aspectos emocionales de una situación. La conciencia emocional puede ser un requisito previo para el despliegue atencional (Tull & Aldao, 2015). Las personas con autismo presentan más dificultad para reconocer sus emociones y percepciones e integrar la información que proviene de su mundo interno y externo (Baron-Cohen et al., 2000; Rieffe et al., 2011; Uddin, 2011). La alexitimia, o dificultad para identificar, distinguir y describir emociones, ha sido observada en las personas con autismo (Heerey, Keltner & Capps, 2003; Rieffe, Meerum Terwogt & Kotronopoulou, 2007; Williams & Happé, 2010). El etiquetado de las propias emociones y ser capaz de comunicar a otros sobre su estado

emocional, se ha propuesto como crítico para una regulación emocional exitosa y está involucrado en aspectos de regulación emocional extrínseca (Fenning et al., 2018), como la resolución conjunta de problemas o compartir las propias emociones (Mazefsky & White, 2014). Los déficits centrales en la teoría de la mente, o la capacidad para asumir cognitiva y afectivamente las perspectivas de los demás y para reconocer el propio estado mental, pueden estar relacionados con una regulación emocional deficiente (Birtwell et al., 2016; Samson et al., 2012).

El despliegue atencional controlado también requiere de flexibilidad cognitiva, definida como "la capacidad de cambiar a diferentes pensamientos o acciones dependiendo de las demandas situacionales" (Geurts et al., 2009). Las personas con autismo y alteraciones de conducta suelen mostrar dificultades en su flexibilidad cognitiva, organizarse y planificarse, anticipar situaciones y responder de una manera organizada y planificada ante una situación no esperada (Williams, Goldstein & Minshew, 2006). Muchas personas con autismo que destacan por su rigidez mental y conductual se desregulan ante las demandas en situaciones socialmente desafiantes o novedosas (Chowdhury et al. 2016; D’Cruz et al., 2013; Gotham et al., 2013). Este perfil “socialmente inflexible” puede reflejar particularmente intolerancia a la incertidumbre, definida como un rasgo caracterizado por la sobrevaloración de la previsibilidad y la tendencia a sentirse abrumado por lo inesperado o lo desconocido (Koerner & Dugas, 2006), que caracteriza a algunos menores con autismo (Jenkinson et al., 2020).

El cambio cognitivo, se basa en la modificación de las reacciones emocionales a través de la evaluación de la situación y de la capacidad de afrontamiento. Las personas con autismo emplean con menos frecuencia reestructuraciones cognitivas positivas, entendidas como interpretaciones más aceptables de aquellas cogniciones que generan

emociones negativas (Matson et al., 2014). En su lugar, se ha observado una tendencia rígida en sus cogniciones, con un pensamiento catastrófico, todo o nada (Samson et al., 2014). Además, existe una mayor probabilidad de centrarse en información negativa o irrelevante y tendencia a la rumiación (Gotham et al., 2014; Embregts y van Nieuwenhuijzen, 2009).

Finalmente, la modulación de la respuesta regula y expresa las emociones experimentadas fisiológica y conductualmente (Eisenberg & Spinrad, 2004). Las manifestaciones conductuales propias del TEA como las estereotipias motoras, ecolalias o rituales repetitivos que a simple vista pueden tener una finalidad autoestimuladora o cualidad obsesivo-compulsiva, pueden tener una finalidad de autorregulación (Gal et al., 2009). En ocasiones, también se recurre a actividades que requieran escasa concentración, con tendencia repetitiva y altamente gratificante, como son actividades con ordenadores, videojuegos u otras nuevas tecnologías, como medio para regular sus emociones y tranquilizarse (Craig et al., 2021).

Se sabe que las personas con autismo ante situaciones que les provocan intensas reacciones emocionales emiten respuestas que cumplen funciones de escape o evitación (Jahromi, Meek & Ober-Reynolds, 2012; Mazefsky et al., 2014). Se ha observado que las personas con autismo tienen una tasa general de excitación fisiológica más alta, lo que dificulta la regulación de las respuestas emocionales (McDonnell et al., 2015; Paula-Pérez, 2013). La impulsividad y el deterioro de la inhibición, que están presentes hasta en el 50% de los menores con autismo, podría interferir de manera similar con la regulación emocional (Hlavatá et al., 2018). Específicamente, incluso si el niño sabe lo que debe hacer cuando está molesto, la incapacidad para inhibir la respuesta más potente y automática (p. ej., golpear y gritar) podría dar como resultado una regulación

emocional ineficaz (Geurts, van den Bergh & Ruzzano, 2014). Además, los menores con autismo tienen reacciones inusuales a la información sensorial y, a menudo, son sensibles al cambio (Glod et al., 2020; Schaaf & Lane, 2015). La hiperreactividad sensorial puede provocar reacciones conductuales extremas en diferentes lugares y circunstancias, que a veces la familia puede que no las identifique (Posar & Viscont, 2018; Suarez, 2012). La presencia de ciertos estímulos que producen experiencias sensoriales desreguladas en las personas con autismo puede ser antecedentes de irritabilidad e incluso arrebatos agresivos o comportamientos autolesivos (Barrios-Fernandez et al., 2020; Bölte, Girdler & Marschik, 2019; Corbett et al., 2016).

2.3. La desregulación emocional y su relación con otras condiciones psiquiátricas en personas con autismo

Una posible explicación de la regulación emocional inadecuada en el TEA es la coexistencia de un trastorno psiquiátrico que explica el déficit (Cervantes & Matson, 2015; Lever & Geurts, 2016; Leyfer et al., 2006; Salazar et al., 2015; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2011; van Steensel et al., 2013). Alternativamente, la regulación emocional deficiente puede ser intrínseca al TEA (Joshi et al., 2018). También podría ser que los trastornos psiquiátricos específicos y los déficits de regulación emocional en el TEA compartan características clínicas o neurobiológicas en común, lo que dificulta desentrañar la fuente de la alteración del comportamiento (Mazefsky et al., 2013). La desregulación emocional podría ser el nexo en común entre el TEA y la diferente múltiple psicopatología psiquiátrica asociada, con falta de respuesta a las diferentes terapias farmacológicas y psicológicas utilizadas (Mazefsky et al., 2013). Existe un riesgo de dos a cuatro veces mayor de desarrollar un trastorno psiquiátrico comórbido (Chandler et al., 2016; Lecavalier et al., 2019; Lugo-Marín et

al., 2019; Matson & Cervantes, 2014; Rosen et al., 2018). Según las edades, un 50-70% de las personas con autismo presentan problemas del comportamiento asociados, entre otros, conductas agresivas, negativismo ante órdenes o demandas, ruptura de normas sociales y situaciones de emocionalidad negativa (Hervás y Rueda, 2018).

La presencia de un trastorno comórbido tiene un gran impacto en el desarrollo de las personas con autismo, al intensificar los déficits nucleares y provocar dificultades añadidas en el funcionamiento adaptativo, el rendimiento académico y la calidad de vida (Tavernor et al., 2013). Además, la comorbilidad psiquiátrica es la principal causa de hospitalización, uso de psicofármacos, morbilidad y disfunciones en la adaptación funcional (Aman et al., 2009; Hervás, 2017; Lugo-Marín et al., 2018).

La dificultad para regular las emociones de forma apropiada y efectiva, o desregulación emocional, está implicada en el desarrollo y mantenimiento de muchos problemas psiquiátricos (Aldao, 2012; Koole, 2009) y forma parte de los criterios diagnósticos de varios trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013). La desregulación emocional constituye un factor explicativo subyacente a la alta comorbilidad entre los trastornos internalizantes (Kreiser & White, 2014; Mennin, Holaway, Fresco, Moore & Heimberg, 2007; Southam-Gerow & Kendall, 2002). Los problemas internalizantes se caracterizan por comportamientos y emociones que se experimentan internamente. Siendo los trastornos de ansiedad (fobia social, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad por separación y *arousal* ansioso) y los trastornos del estado de ánimo (distimia, depresión), los que aparecen con mayor frecuencia en las personas con autismo (Gotham et al., 2015; Lecavalier et al., 2014; Kim & Lecavalier 2021; Rodgers & Ofield, 2018). Por otro lado, los problemas externalizantes son comportamientos y emociones que se dirigen hacia fuera. Los más frecuentes son el

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante, TDAH), mayoritariamente de tipo inatento y de tipo combinado; el Trastorno Negativista Desafiante (en adelante, TND) y los Trastornos de Conducta (Anderson et al., 2011; Antshel y Russo, 2019; Lecavalier et al., 2019). A continuación, se describen con más detalle los problemas internalizantes y externalizantes relacionados con la desregulación emocional en los menores con autismo.

2.3.1.- Trastorno de Ansiedad en la población infantil con autismo.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y/o ansiedad excesiva, que conduce a un deterioro y/o angustia, se incluyen trastornos como la ansiedad por separación, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, y trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2013).

Se estima que el 40% de los jóvenes con autismo tienen algún trastorno de ansiedad (van Steensel et al., 2011). La presencia de un trastorno de ansiedad en jóvenes con autismo sin DI se relaciona con déficits en el funcionamiento social (Chang et al., 2012), síntomas depresivos, autolesiones y estrés familiar (Kerns et al., 2015a). Cuando los trastornos de ansiedad están presentes en jóvenes con autismo y DI asociada, los miedos específicos se asocian con problemas somáticos, impulsividad, hiperactividad y problemas de conducta y aprendizaje (Evans et al., 2005).

Muchas personas con autismo presentan síntomas de ansiedad similares a las personas neurotípicas (Levy et al., 2010; Kerns et al., 2014; Paula-Pérez, 2013). Sin embargo, algunas personas con autismo pueden presentar síntomas de ansiedad atípicos o ambiguos, tales como preocupaciones relacionadas con temas de su interés, fobias específicas con un enfoque circunscrito o compulsivo de comportamiento como tener que preguntar repetidamente la misma pregunta (Kerns et al., 2016b; Leyfer et al.,

2006). Además, los síntomas atípicos de ansiedad representan un significado y presentación distintos de los síntomas nucleares del TEA (Kerns et al., 2014; Wood & Gadow, 2010).

2.3.2.- Trastornos del estado de ánimo en la población infantil con autismo.

Según el DSM-5, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por las características centrales de tristeza o humor irritable, y anhedonia. Otros cinco síntomas adicionales también deben estar presentes dentro de un período de 2 semanas que causan deterioro funcional y un cambio en el funcionamiento basal (American Psychiatric Association, 2013). En muchas personas, el único signo visible de la depresión puede ser un comienzo brusco de irritabilidad y alteración conductual, en lugar de tristeza o anhedonia (Chandrasekhar & Sikich, 2022).

Las tasas diagnósticas de trastornos depresivos en niños/as y adolescentes con autismo varían entre el 0.9% y el 29% (Leyfer et al., 2006; Simonoff et al., 2008; Stewart et al., 2006) y aumentan considerablemente en la población adulta hasta alcanzar tasas del 70% (Lugnegård et al., 2011). Los menores con mayor nivel cognitivo y menor déficit social podrían tener un mayor riesgo de desarrollar depresión, al ser más conscientes de sus dificultades y del rechazo por parte de los pares (Mayes et al., 2011).

El TEA y la depresión tienen síntomas superpuestos, lo que puede dar lugar a una tendencia a pasar por alto los síntomas de depresión ya que son vistos como parte del TEA. Por ejemplo, la preferencia por el aislamiento social asociado con la depresión puede verse como indiferencia social, que es una característica de algunas personas con autismo. Otros síntomas de TEA que pueden enmascarar el diagnóstico de depresión incluyen dificultades para conciliar el sueño, afecto atípico y rigidez cognitiva. Similar a las personas neurotípicas, la depresión en las personas con autismo puede manifestarse

con síntomas típicos de tristeza, pérdida de interés en actividades, retraso psicomotor y cambios en los síntomas neurovegetativos (alteraciones del sueño y de la alimentación, entre otros). Además, la depresión se puede manifestar con un aumento de los síntomas nucleares del TEA, incluyendo comportamientos estereotipados y focalizarse en sus intereses restringidos (Pezzimenti et al., 2019).

Los niveles más altos de depresión se relacionaron con una alta supresión y un bajo uso de estrategias de reevaluación positiva (Tull & Alado, 2015). Tanto la supresión como la reevaluación pueden predecir la variación en los síntomas de depresión por encima de los rasgos del TEA. Los individuos que informan de una alta supresión y un bajo uso de reevaluación expresaron mayores síntomas depresivos en comparación a los individuos que informaron de un alto uso tanto de supresión como de reevaluación (Cai et al., 2018).

La depresión también tiene una fuerte asociación con la ideación suicida, y existe una creciente preocupación por las altas tasas de ideación suicida e intentos léticos en personas con autismo, en comparación con personas neurotípicas (Cassidy et al., 2014; Mayes et al., 2013). Esto podría estar relacionado con el fracaso laboral, así como con sentimientos crecientes de aislamiento social y una inadecuada transición a la independencia. Mayes et al. (2013) encontraron que el 14% de las madres informaron que sus hijos con autismo tenían ideación o intentos suicidas, en comparación con el 0.5% de jóvenes neurotípicos. Los factores contribuyentes incluían la presencia de depresión, problemas de comportamiento y acoso escolar.

Dadas las dificultades que las personas con autismo presentan para reconocer y expresar sus estados emocionales, la evaluación debe realizarse sobre síntomas comportamentales observables propios de la depresión: mayor aislamiento social,

aumento de la agresividad, irritabilidad y estereotipias, aumento de comportamientos autolesivos, disminución de conductas de autocuidado, trastornos en el sueño, disminución/aumento del apetito y cambios en el peso. Para detectar indicios de depresión es necesario establecer una línea base muy precisa del funcionamiento habitual del individuo, que permita percibir cambios que indiquen la presencia de un trastorno depresivo (Chandrasekhar & Sikich, 2022; Magnuson & Constantino, 2011).

Similar a las personas neurotípicas, los adolescentes con autismo parecen tener un mayor riesgo de depresión en comparación a los/as niños/as (Greenlee et al., 2016). Del mismo modo, los adolescentes con mayores capacidades intelectuales es más probable que confirmen los síntomas cognitivos de depresión, como sentimientos de culpa, sensación de fracaso y pesimismo, en comparación con personas neurotípicas (Gotham et al., 2015b). Debido a las limitadas habilidades de comunicación que experimentan muchas personas con DI, es probable que los síntomas depresivos se manifiesten conductualmente como una regresión en las habilidades adaptativas y un aumento en los comportamientos agresivos y autolesivos (Magnuson & Constantino, 2011; Stewart et al., 2006; Turygin et al., 2013). Varios investigadores han planteado la hipótesis de que las personas con mayores capacidades (por ejemplo, habilidad verbal superior, teoría de la mente, habilidades sociales, capacidad introspectiva) pueden ser más propensas a experimentar depresión, debido a una mayor conciencia de las diferencias y problemas en las interacciones sociales (Konstantareas & Stewart, 2006; Lerner et al., 2017; Mazurek, 2014; Pouw et al., 2013).

En cuanto a las diferencias de género, los datos son poco concluyente en las personas con autismo. Específicamente, algunos estudios informan un aumento de los

síntomas depresivos en mujeres con autismo con la edad (Gotham et al., 2015a) y otros estudios descartan tales asociaciones (Greenlee et al., 2016; Hurtig et al., 2009).

Como factores psicosociales contribuyentes en la depresión se incluyen los antecedentes traumáticos (episodios de *bullying*) y el grado de aceptación por parte de familiares y amigos (Cage et al., 2017; Taylor & Gotham, 2016). Además, procesos psicológicos como la desregulación emocional y la intolerancia a la incertidumbre son elevadas en personas con autismo y pueden conferir un riesgo de depresión (Cai et al., 2018) Finalmente, la evidencia preliminar también sugiere que los antecedentes familiares de trastornos afectivos pueden conferir un riesgo de depresión (Mazefsky et al., 2008).

2.3.3.- TDAH en la población infantil con autismo.

El TDAH es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por falta de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad (American Psychiatric Asociación, 2013). Las tres presentaciones de TDAH son: a) tipo combinado, caracterizado por la falta de atención e hiperactividad-impulsividad; b) tipo inatento, caracterizado principalmente por síntomas desatentos; y c) tipo hiperactivo/impulsivo, caracterizado principalmente por hiperactividad y síntomas impulsivos.

Se considera que las tasas de TDAH en población con autismo oscilan entre el 28,1% y el 85% (Amr et al., 2012; Gjevik et al., 2011; Leitner, 2014; Leyfer et al., 2006). El diagnóstico de TDAH más común en el TEA es de tipo inatento, seguido del combinado y, por último, hiperactivo (Leyfer et al., 2006; Reiersen et al., 2008; Ronald et al., 2014). El TDAH co-ocurrente en el TEA se asocia con un incremento en la severidad de la sintomatología autista, déficits en el funcionamiento ejecutivo, déficits sociales más severos, funcionamiento cognitivo inferior, retrasos en el funcionamiento

adaptativo y en general problemas internalizantes y externalizantes (Goldin et al., 2013; Holtmann et al., 2007a; Rao & Landa, 2014; Rosen & Lerner, 2016; Sprenger et al., 2013).

En los últimos años se está desarrollando numerosas investigaciones que apuntan a que la coocurrencia de TDAH y TEA es muy frecuente. Entre las hipótesis que tratan de explicar la alta co-ocurrencia entre TEA y TDAH, se baraja como la más probable la existencia de una etiología subyacente común, al existir evidencias de la existencia de factores de riesgo genético compartido (Martín et al., 2014; Mayes et al., 2012).

En el proceso de evaluación es importante analizar si los problemas de atención pueden explicarse mejor por los síntomas relacionados con el TEA, como parecer distraído debido a un interés especial, evitar el trabajo escolar debido a las dificultades de procesamiento o distracción por comportamientos estereotipados de búsqueda de sensaciones (Mazefsky et al., 2011). Además, las dificultades de atención deben ser distinguidas de la discapacidad auditiva, falta de comprensión verbal, ansiedad, humor depresivo o comportamientos de oposición y reacciones conductuales transitorias (Mazefsky et al., 2011). Asimismo, el DSM-5 establece que un diagnóstico de TDAH en el contexto del TEA debe considerarse cuando las dificultades atencionales o hiperactividad van más allá de lo que sería esperable dada la edad mental de la persona (American Psychiatric Association, 2013). La naturaleza de los déficits sociales asociados a los dos trastornos debería tenerse en cuenta, ya que las dificultades sociales observadas en el TDAH incluyen la intrusividad, falta de atención a las señales sociales y comportamientos sociales impulsivos (Reiersen & Todd, 2008). Estos comportamientos son diferentes de la desconexión social, el aislamiento y la

indiferencia a las señales sociales; características más comunes en las personas con autismo (American Psychiatric Association, 2013).

Existen diferencias individuales importantes en la co-ocurrencia de TDAH en las personas con autismo. Primero, las capacidades verbales parecen ser particularmente importante. Un estudio reciente que examina la relación entre la capacidad verbal con los trastornos psiquiátricos co-ocurrentes en las personas con autismo sugiere que los jóvenes con capacidad verbal mínima tienen más probabilidades de presentar síntomas de hiperactividad, mayor severidad de estos síntomas y obtener puntuaciones clínicamente significativas para el TDAH de tipo hiperactivo, en comparación con los jóvenes con autismo con capacidad verbal más elevada (Lerner et al., 2017). Segundo, el género puede influir en la probabilidad de un diagnóstico dual, ya que los hombres tienen más probabilidades de ser diagnosticados con TEA o TDAH y presentar un nivel elevado de los síntomas de TEA o TDAH en comparación con las mujeres (Ronald et al., 2014; Supekar et al., 2017; Tang et al., 2022). Tercero, aquellas personas con autismo y DI asociada pueden tener menos síntomas de TDAH en comparación con aquellos con capacidades más altas (Witwer y Lecavalier, 2010). Cuarto, la edad es un factor importante a considerar, ya que los jóvenes son diagnosticados con TDAH más tarde en comparación con TEA, con un diagnóstico medio de edad de 6.2 años para TDAH y 4.2 años para TEA (Christensen et al., 2016), mientras que la prevalencia del TDAH en TEA disminuye con la edad (Supekar et al., 2017).

2.3.4.- TND y los Trastornos de Conducta en la población infantil con autismo.

El TND se caracteriza por un estado de ánimo enojado e irritable, discusiones o comportamientos desafiantes y/o vengativos, y a menudo se asocia con discapacidad social (American Psychiatric Association, 2013). Los comportamientos relacionados

con el TND ocurren frecuentemente en el hogar familiar, pero pueden ocurrir en múltiples contextos dependiendo de la severidad del trastorno (American Psychiatric Association, 2013). La investigación hasta la fecha generalmente se ha centrado en diferenciar el diagnóstico de TND del TEA, en lugar de examinar el co-ocurrencia de ambos trastornos (Kaat & Lecavalier, 2013)

Resulta frecuente que la población infantil con autismo se asocie a problemas conductuales, entre otros, conductas agresivas, negativismo ante órdenes o demandas, ruptura de normas sociales y situaciones de emocionalidad negativa (Hervás & Rueda, 2018; Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Mikita et al., 2015). Las personas con autismo y alteraciones de conducta suelen mostrar dificultades en su flexibilidad cognitiva, organizarse y planificarse, anticipar situaciones y responder de una manera organizada y planificada ante una situación no esperada. Existe una clara interacción entre demandas externas y respuestas fisiológicas, y cuando las demandas del entorno superan las respuestas posibles, la persona con autismo puede responder con estrés y desregulación emocional (Mazefsky et al., 2013). Es importante destacar que estos síntomas co-ocurrentes, a su vez, interfirieren en las habilidades sociales, una apropiada educación y tiempo de ocio (Rosen & Lerner, 2016).

Entre los problemas de conducta más frecuentemente observados en los menores y, en general, en las personas con autismo se incluyen conductas que amenazan la seguridad propia, como autolesiones, escapismo o negativas a comer o a dormir; conductas agresivas verbales o físicas que amenazan la seguridad de miembros de la familia u otras personas o la destrucción física de bienes materiales; negativas persistentes a las peticiones de los adultos, desde desobediencia hasta extremos máximos de incomunicación, como es el mutismo selectivo o la catatonía; ruptura de

normas o leyes sociales; y por último, alteraciones emocionales negativas con extrema irritabilidad, ansiedad o descontrol emocional, a veces desencadenado por una emocionalidad extrema positiva (excitabilidad). Se cree que los problemas de conducta reflejan un estado emocional desregulado, lo que resulta en arrebatos y reacciones emocionales prolongadas (Mazefsky et al. 2018a, b). Además, las alteraciones de conducta pueden reflejar los intentos del niño por reducir la ansiedad o la angustia al escapar de situaciones aversivas, o la reactividad que refleja la frustración cuando las cosas no se ajustan a sus expectativas (Brewer et al. 2014; Larson, 2006).

Actualmente, no existe un acuerdo firme sobre la prevalencia de TND o trastorno de conducta en personas con autismo. Basado en informe de padres o maestros, se ha descubierto que hasta el 25% de los jóvenes con autismo cumplen con los criterios para TND (Gadow et al., 2008). En una muestra de menores, Simonoff et al., (2008) encontró una prevalencia del 28.1% para TND y 3.2% para el Trastorno de conducta, con amplios intervalos de confianza. Los problemas del comportamiento suelen aparecer en edades tempranas, se incrementan hasta la edad adulta y permanecen a lo largo del tiempo con una prevalencia superior al 50% (Cohen et al., 2011; Kanne & Mazurek, 2011).

Los síntomas superpuestos entre el TEA y el TND o el Trastorno de Conducta complica el diagnóstico diferencial. Otras formas de presentación comunes en el TEA pueden imitar síntomas del TND, como es el caso de la insistencia en la igualdad sin la intención de controlar a los demás o molestar voluntariamente a otras personas (Mazefsky et al., 2011). Además, es necesario tener en cuenta que los comportamientos de oposición deben ir más allá de lo que se esperaría dada la edad mental y el nivel de desarrollo del niño (Kaat & Lecavalie, 2013). Como tal, también se enfatiza la importancia de una evaluación del desarrollo social y cognitivo, en la que el clínico debe

evaluar cuidadosamente la función rencorosa o vengativa de los comportamientos, si el niño comprende las normas sociales y, de ser así, determinar si el niño las viola deliberadamente (Kaat y Lecavalier, 2013). Por otro lado, los problemas de conducta a menudo son tan frecuentes en etapas tempranas del TEA que puede conducir al diagnóstico de TND o al trastorno de conducta antes de que se identifique el TEA, particularmente entre los/as niños/as de menor edad, lo que sugiere que los síntomas TND pueden enmascarar la presencia de TEA (Mandell et al, 2007).

Los problemas de comportamiento concomitantes, como los síntomas presentes en el TND y los Trastornos de conducta, son altamente prevalentes en las personas con TEA y TDAH asociado (Kessler et al., 2005; Simonoff et al., 2008). Por lo tanto, los jóvenes diagnosticados con TEA y TDAH es más probable que sean diagnosticados con TND o Trastorno de conducta (van Steensel et al. 2013), y suelen presentar una mayor gravedad de los síntomas si se comparan con la población infantil con autismo sin TDAH (Craig et al., 2015). De una manera similar, los síntomas de TEA pueden ser inicialmente elevados en aquellos jóvenes diagnosticados con TDAH que tienen síntomas co-ocurrentes o diagnóstico de TND (Mayes et al., 2012).

El género y la capacidad de desarrollo también pueden influir en la probabilidad de co-ocurrencia del TND y el trastorno de conducta en personas con autismo. Lerner et al. (2017) encontró que los síntomas del TND fueron más comunes y más severos entre los jóvenes con autismo con capacidad verbal en comparación con los que tenían una capacidad verbal mínima. Esto puede estar relacionado con la dependencia de algunos síntomas del TND en las habilidades verbales, como ser disculpor o culpar a otros, lo que tal vez tenga un efecto protector en las personas menos verbales. Lo mismo puede ocurrir en la capacidad intelectual, dado que los síntomas del TND requieren

comprender los conceptos de intencionalidad, venganza y rencor, así como la capacidad de conocer lo que podría molestar a los demás. Finalmente, tanto el TND como el trastorno de conducta, son más comunes en niños que en niñas en muestras generales (Maughan et al., 2004); aunque ha habido una consideración limitada de las diferencias de género relacionadas en el TEA, se podría esperar el mismo patrón (Salazar et al., 2015; Simonoff et al., 2008; Van Steensel et al., 2011).

2.4. Evaluación del Perfil de Regulación Emocional en población infantil con autismo.

Existen varios enfoques para evaluar la regulación emocional en las personas con autismo, que incluyen la entrevista con los padres, medidas de observación directa y escalas de calificación o listas de verificación (Beck et al., 2020; Keluskar et al., 2021). Las principales medidas empleadas para evaluar la regulación emocional en las personas con autismo son el Aberrant Behavior Checklist (ABC-) (Aman et al., 1985; Aman & Singh, 2017), Affective Reactivity Index (ARI) (Stringaris et al., 2012), Child Behavior Checklist - Dysregulation Profile (CBCL-DP) (Achenbach, 2000; Althof et al., 2010; Biederman et al., 2010; Samson et al. 2014), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004; McVey et al., 2022), Emotion Dysregulation Inventory (EDI) (Mazefsky et al., 2016; Mazefsky et al., 2018), Emotion Regulation Checklist (ERC) (Shields & Cicchetti 1997; Berkovits et al. 2017), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross & John, 2003; Samson et al. 2012; Cai et al. 2018) y Responses to Stress Questionnaire (RSQ) (Connor-Smith et al. 2000; Mazefsky et al. 2014).

Las escalas existentes varían en la definición de regulación emocional y, por lo tanto, existe cierta variabilidad en los constructos medidos. Las escalas de calificación

pueden servir de apoyo para las observaciones y las entrevistas. Estas a menudo tienen normas que permiten comparaciones de gravedad. Además, los aspectos dimensionales también proporcionan información para el seguimiento durante la intervención (Keluskaer et al., 2021). El perfil de desregulación emocional CBCL-DP (Achenbach, 2000; Althof et al., 2010) es una escala que ha demostrado ser de gran utilidad en población infantil con autismo y otros trastornos del neurodesarrollo (Berube y Achenbach, 2007, Biederman et al., 2012; Greenlee et al., 2021; Joshi et al., 2018; McVey et al., 2022; Keefer et al., 2020; Vasa et al., 2022; Uljarevic et al., 2018). La CBCL-DP es una lista de verificación donde se pregunta a los padres acerca del comportamiento del niño en los últimos 6 meses. Se compone de tres subescalas que evalúan ansiedad y depresión (AD), problemas de atención (PA) y conductas agresivas (CA) (Althoff et al., 2010; Biederman et al., 2010). La puntuación típica total de estas subescalas puede ayudar a identificar perfiles de desregulación emocional moderada (DESR) y grave (SED). Una puntuación de 180-209 ($\geq 1DT$ y $< 2DT$) se corresponde con un perfil DESR y una puntuación ≥ 210 ($\geq 2DT$) sería un perfil SED y estaría relacionado con la presencia de problemas graves de regulación emocional (Biederman et al., 2012; Spencer et al., 2011).

En la población con autismo, algunos estudios han utilizado el CBCL-DP para evaluar la desregulación, y los hallazgos preliminares muestran una mayor prevalencia de desregulación en menores con autismo en comparación con menores con TDAH (Joshi et al., 2018). Además, las puntuaciones más altas en el CBCL-DP predicen un funcionamiento adaptativo más bajo y se asocian con una mayor rumiación de la ira, psicopatología, disfunción psicosocial y gravedad del TEA (Joshi et al., 2018; Patel et al., 2017; Uljarevic et al., 2018). En un estudio reciente, Keefer et al. (2020) examinaron las propiedades psicométricas del CBCL-DP en una muestra de más de 700 jóvenes con

autismo con un enfoque en la estructura factorial. Los autores testaron varios modelos de ajuste diferentes: un modelo unidimensional, de tres factores, de segundo orden y bifactorial. Los resultados revelaron que un modelo bifactorial encajaba mejor. Por lo tanto, la desregulación emocional surgió como un factor subyacente amplio que explicaba la covariación entre las respuestas a los ítems más allá de lo que explicaban las subescalas de AD, PA y CA. Los autores concluyeron que el CBCL-DP se puede utilizar en entornos clínicos y de investigación como una medida de la desregulación de las emociones en las personas con autismo, y recomendaron informar tanto el subdominio (ansiedad, atención y agresión) como las puntuaciones de desregulación (Keefer et al., 2020).

Tomados en conjunto, los resultados de estudios recientes sugieren que el CBCL-DP podría ser de utilidad para evaluar la desregulación en personas con autismo e identificar si los síntomas comunes y/o condiciones co-ocurrentes en el TEA contribuyen a la severidad de la desregulación emocional (Beck et al., 2020; England-Mason, 2020; Keluskar et al., 2021). Una evaluación detallada de la función y la intensidad de la desregulación emocional proporciona la base para la intervención. Las intervenciones basadas en la evidencia incluyen programas de entrenamiento con las familias. Estos programas están diseñados para desarrollar intervenciones específicas para manejar problemas de conducta graves que a menudo son el resultado de una regulación emocional deficiente en menores con autismo (Crowell, Keluskar & Gorecki, 2019; Keluskar et al., 2021).

Capítulo 3.- Los estilos educativos y las estrategias de crianza en el manejo y prevención de los problemas de comportamiento.

Las madres y padres de menores con autismo se enfrentan a diario al desafío de manejar altos niveles de reactividad (Berkovits, Eisenhower & Blacher, 2017). Las características particulares de las personas con autismo suponen un verdadero desafío para el sistema familiar. Muchas familias establecen horarios y rutinas más rígidas debido a las dificultades que los menores tienen con las transiciones entre espacios y/o actividades. También, informan de un mayor aislamiento social, ya que a menudo deben suspender o interrumpir actos sociales debido a los problemas de comportamiento del menor. Es frecuente que las familias refieran una mayor carga de tareas en el cuidado del niño, lo que a su vez produce un conflicto con los compromisos laborales y repercute en la economía familiar (Hutton & Caron, 2005; Montes & Halterman, 2007; Myers, Mackintosh, & Goin-Kochel, 2009). Muchos desafíos adicionales para la familia persisten a lo largo del desarrollo del niño con autismo y tienen un impacto significativo en el estrés psicológico de los padres, lo que afecta el bienestar mental y social de los padres (Gray, 1993, 1997).

3.1. Los estilos educativos de los padres de menores con autismo.

Se han descrito dos dimensiones principales que contribuyen al estilo educativo de los padres: el de *control*, que examina el comportamiento disciplinario, el establecimiento de límites y la dirección del niño. Y el de la *capacidad de respuesta*, que examina las conductas sensibles, cálidas y afectuosas de los padres hacia el niño (Kiff et al., 2011). La combinación de estas dos dimensiones produce tres estilos de crianza (autoritario, permisivo y democrático). Diana Baumrind (1971), pionera en la investigación sobre estilos de crianza, identificó características específicas de crianza

como antecedentes de conductas infantiles claramente definidas. Los padres con un estilo autoritario (alto control, poca capacidad de respuesta) tienen expectativas similares de logro y madurez, pero carecen de calidez y capacidad de respuesta. Aquellos padres que usan un estilo permisivo (bajo control, alta capacidad de respuesta) establecen pocas reglas y límites y son reacios a hacer cumplir las reglas. Los padres con un estilo democrático (alto control, alta capacidad de respuesta), son cálidos y receptivos mientras mantienen altas expectativas de logro y madurez. Según Baumrind (1971), el papel clave de la crianza de los hijos es permitir que un niño mantenga un sentido personal de integridad, mientras se adapta a las demandas de los demás. En estudios realizados con menores neurotípicos se demostró que el estilo autoritario y permisivo estaba relacionado con comportamientos inadaptados en los menores, incluido el comportamiento retraído, la mala conducta relacional con los compañeros y trastornos de conducta (Aunola & Nurmi, 2005).

Los estudios transversales y longitudinales han explorado la cuestión de si la conducta problemática en el TEA está relacionada con el uso de estrategias de disciplina y control. Dyches et al. (2012) realizaron un metanálisis para corroborar investigaciones previas sobre las consecuencias de los estilos de crianza en menores con discapacidades del desarrollo, incluido el TEA. Se determinó un efecto beneficioso general del estilo de crianza positivo, democrático, en los menores con trastornos del desarrollo, lo que lleva a niveles más bajos de conductas sociales desadaptativas y comportamientos externalizantes (Dyches et al., 2012). Además, se ha encontrado que niveles más bajos de crianza negativa o controladora (es decir, disciplina y castigos severos) se asoció con menos problemas de comportamiento de externalización en menores con autismo (Boonen et al., 2014). En términos de prácticas de crianza, los estudios sugieren que las

madres de menores con autismo muestran niveles similares o mayores de crianza positiva, siendo tan receptivas y sensibles con sus hijos/as como las madres de menores con otros problemas en el desarrollo o las madres de menores neurotípicos (Boonen et al. 2015, Hirschler-Guttenberg et al. 2015; Maljaars et al. 2014; Siller & Sigman 2002; van Esch et al. 2018; van IJzendoorn et al. 2007).

En general, los estudios a mayor escala sugieren que los padres de menores con autismo suelen ser más flexibles con respecto a las normas de comportamiento y expectativas, adoptando un estilo educativo más permisivo e indulgente. Las madres que informaron de un menor uso de normas y disciplina se basaron en que este estilo educativo ayudaba a prevenir el comportamiento problemático (Maljaars et al. 2014). En otro estudio, las madres con hijos/as en edad escolar con autismo informaron de un menor uso de “límites” durante las interacciones, comparado con las madres de menores neurotípicos (Boonen et al. 2015). Los autores señalaron que los menores con autismo no siempre cumplían con las solicitudes y, a menudo, realizaban tareas a su manera. En este estudio se sugiere que las madres podrían haber aprendido a no intervenir de inmediato para evitar que se produzca la frustración en el menor. Por lo tanto, parece que los padres de menores con autismo utilizan las reglas, las exigencias y la disciplina en menor grado que los padres de menores neurotípicos (Boonen et al. 2015).

Otros estudios han analizado las repercusiones del uso del estilo autoritario en el comportamiento de los menores con autismo. La crianza autoritaria se asoció con una menor búsqueda de tranquilidad en una situación que evoca miedo (Hirschler-Guttenberg et al., 2015). Por otro lado, en el contexto de un evento frustrante, la crianza autoritaria se vinculó con un aumento en los intentos del menor de autorregularse haciendo uso de un mayor número de conductas desadaptativas, como la evitación y el

comportamiento repetitivo y estereotipado. En cambio, las madres que tenían menos autoridad parecían optimizar la capacidad de sus hijos/as para reducir el miedo de manera adaptativa buscando el apoyo de los progenitores (Hirschler-Guttenberg et al. 2015). Además, en un reciente estudio se observó que la gravedad del TEA y el estilo de crianza contribuyeron en la presencia de comportamientos externalizantes, pero no en los comportamientos de internalización (Clauser et al., 2021). Los hallazgos sugieren que un enfoque menos autoritario puede ayudar a los padres de menores con autismo a co-regular sus emociones, siendo necesario un mayor uso de la sensibilidad y la calidez (van Esch et al. 2018).

También, se han descubierto otras formas negativas de control parental, como el establecer límites de una manera inconsistente (por ejemplo, a veces perder los estribos, a veces ceder ante las demandas de su hijo/a). La inconsistencia en la puesta de límites por parte de los progenitores también predice un aumento de los problemas de conducta en niños/as, adolescentes y adultos jóvenes con autismo en el futuro (Dieleman et al. 2017; Osborne et al., 2008).

3.2. Estrategias de manejo y prevención de los problemas de comportamiento en menores con autismo.

El estudio del estilo educativo de los padres de menores con autismo resulta insuficiente para analizar las estrategias de manejo y prevención de la conducta problemática en esta población. Los estudios muestran demandas y adaptaciones parentales cuantitativamente mayores y cualitativamente más complejas en relación con el TEA (O’Nions et al., 2018). Los padres atribuyen que diversos factores del entorno producen con frecuencia un aumento de ansiedad en sus hijos y ésta sería la causa más probable de la mayoría de los comportamientos problemáticos del menor (Lambrechts

et al. 2011; Ludlow et al. 2012). Las vulnerabilidades de los menores con autismo se manifiestan ante factores desencadenantes del ambiente, por ejemplo, cuando están presentes ciertos estímulos temidos o ansiógenos (Bearss et al., 2016; Neufeld et al. 2014), ante las demandas o insistencia por la participación en ciertas rutinas (Lucyshyn et al. 2004, 2015); en ausencia de la atención de los padres y/o provisión de actividades específicas (Marquenie et al. 2011; Lucyshyn et al. 2004, 2007); cuando hay cambios o interrupciones en las rutinas (Ludlow et al. 2012); o cuando las cosas no están según "las expectativas del niño" (Larson 2006; DeGrace 2004).

O’Nions et al., (2018) realizaron un meta-análisis con el objetivo de proporcionar una nueva visión de los enfoques de la crianza diaria en respuesta a varios dominios importantes de la conducta problemática en el TEA: irritabilidad, conductas de oposición, conducta desafiante y ansiedad. Tras su análisis, los autores clasificaron las numerosas descripciones de estrategias parentales de la literatura existente en nueve conceptos de orden superior. A continuación, se describe con más detalle cada uno de ellos:

3.2.1.- Estrategias de acomodación al niño

Los padres que emplean estas estrategias tratan de modificar las rutinas para adaptarlas al niño, planifican las actividades según los intereses del niño, ajustan las expectativas según el estado de ánimo del menor, establecen prioridades y eligen qué batallas luchar, dan libertad al niño sobre ciertas reglas, ceden a las demandas del niño y reducen las demandas cuando se presenta un comportamiento problemático (Storch et al., 2007). Estas acomodaciones se realizan con el fin de "preservar la unidad familiar", donde ceder a las exigencias se percibe como un problema menor (Lucyshyn et al., 2004).

Aunque la acomodación no se describe en la literatura general sobre estilos de crianza (Power, 2013), se ha estudiado en profundidad en el contexto de la ansiedad y el TOC (Lebowitz et al., 2012). Estudios previos han encontrado cierta relación entre la gravedad de la ansiedad infantil y el uso de comportamientos de acomodación de los progenitores con hijos/as con autismo (Storch et al., 2015). Un estudio reciente, encontró que más de la mitad de los padres entrevistados informaron que empleaban estrategias de acomodación en su vida diaria como respuesta a las conductas rígidas y repetitivas de sus hijos/as con autismo. Los padres informaron sentirse obligados a adaptarse a estas conductas para evitar arrebatos agresivos (Feldman et al., 2019).

Los intereses restringidos y actividades repetitivas propias del autismo provocan que los padres tengan que ajustar las rutinas para adecuarlas a las "reglas particulares" del niño, siguiendo cómo se deben hacer las cosas dentro de los términos de su hijo (Ausderau & Juárez, 2013). Esto implica aceptar la preferencia del niño por la igualdad (p. ej., proporcionar la misma comida cada noche; Bagatell, 2015) y seguir secuencias precisas de acciones (Marquenie et al., 2011). También, suelen dar libertad y hacer excepciones con respecto a ciertas reglas y expectativas que se aplican a otros miembros de la familia (Ausderau y Juárez 2013; Bagatell 2015; Marquenie et al.2011; Larson 2006). Los padres tratan de evitar hacer cosas que el niño suele rechazar, ya que esto podría provocar un comportamiento problemático o arrebato (Lucyshyn et al., 2004).

Los padres habitualmente ajustan las expectativas según el estado de ánimo del niño (Larson, 2006; Fletcher et al. 2012; Foo et al., 2015). Los padres también flexibilizan las metas de comportamiento para que fueran alcanzables (Gray 2003) y proporcionan más tiempo para completar las tareas (Safe et al., 2012). Numerosas adaptaciones se realizan con el objetivo de favorecer la inclusión del niño en las

actividades, proporcionar ocupación y apoyarle en la realización de tareas rutinarias (por ejemplo, vestirse, arreglarse, bañarse) (Larson 2006; Schaaf et al. 2011). También, reducen el tiempo de permanencia fuera de casa si observaban que el niño puede tener dificultades durante las salidas o regresar si observan signos de cansancio (Fletcher et al. 2012). Igualmente, tratan de detectar comportamientos específicos que les sirven como señales del niño para decidir si realizar o no una determinada actividad (Gray 2003). De esta manera, los padres establecen prioridades y eligen qué “batallas” luchar, al decidir si insistir ante las conductas de oposición/negación del niño, tratando de manejar el riesgo de arrebatos y conductas difíciles (Safe et al. 2012; Larson 2006; Farrugia 2009; Marquenie et al. 2011). En muchas ocasiones, los padres se ven obligados a reducir las demandas ante la presencia de problemas de conducta (Ausderau y Juarez 2013; Lucyshyn et al. 2004; Marquenie et al. 2011). Los padres ceden ante las demandas del niño durante la realización de una determinada tarea o le proporcionan mayor atención para reducir la probabilidad de abandono de la tarea por parte del niño (Lucyshyn et al. 2004; Divan et al. 2012; DeGrace 2004; Pengelly et al. 2009).

Por último, cabe destacar que los padres que prefieren acomodarse a las exigencias del niño describen intentos fallidos al utilizar estrategias de educación más tradicionales, como el refuerzo negativo (por ejemplo, castigo o tiempo fuera), debido a que esto provoca que el niño mantenga o aumente el comportamiento problemático (Agazzi et al., 2013; Armstrong et al., 2015; Lucyshyn et al., 2007). Un estudio observacional informó que, en lugar de castigar el incumplimiento durante las actividades de rutina, los padres de menores con discapacidades del desarrollo respondieron con tolerancia, brindando asistencia y reduciendo las demandas (Lucyshyn et al., 2004).

3.2.2.- Modificación del entorno

Los padres suelen esforzarse en limitar la exposición de sus hijos a estímulos sensoriales que resultan aversivos para el menor. Esto incluye evitar el uso de aparatos ruidosos cuando el niño está presente y minimizar la exposición a alimentos problemáticos (Dickie et al. 2009; Duignan & Connell 2015; Schaaf et al. 2011). Además, los padres también intentan evitar situaciones (p. ej., actividades, eventos, lugares) que el niño encuentra difíciles. En particular, evitan eventos que resultan sobreestimulantes o en los que puede aparecer estímulos temidos (Bagatell 2015; Schaaf et al. 2011; Neufeld et al. 2014). También, evitan la exposición a entornos nuevos o diferentes (Mount & Dillon, 2014). Con frecuencia, la dificultad del niño para tolerar entornos novedosos da como resultado que uno de los padres se quede en casa con el niño (Preece & Almond 2008), reduciendo el riesgo de un arrebato o comportamiento que otros pueden encontrar molestos o angustiantes. Evitar las salidas por completo supone una adaptación a la preferencia del niño a la invariabilidad y la falta de flexibilidad a los cambios (Hodgetts et al. 2013a). Además, los padres informan restringir las actividades sociales y las salidas con el niño (por ejemplo, ir de compras, visitar restaurantes) (Divan et al. 2012; Gray 2003; Myers et al. 2009). Evitan llevar al niño a casas de amigos o eventos familiares, o tratan de controlar estrictamente el tiempo de permanencia en estos lugares (Bagatell, 2015).

3.2.3.- Analizar y planificar

Los padres tratan de pensar en los hechos que produjeron la aparición de problemas del comportamiento en el pasado para desarrollar una respuesta más estratégica en el futuro (Larson 2006). También, intentan anticipar los problemas que el niño podría tener en una situación (Fletcher et al. 2012; Lasser & Corley, 2008). La

planificación y anticipación son considerados un aspecto esencial para negociar con éxito las salidas (Schaaf et al. 2011).

Los padres planifican las actividades para adaptarlas al niño a fin de reducir el riesgo del comportamiento problemático (Farrugia, 2009; Fletcher et al., 2012). Esto incluye elegir hacer las cosas en el momento del día en el mejor funciona el niño, asistir a eventos cuando hay menos gente (Fletcher et al. 2012; Schaaf et al. 2011) y localizar actividades de interés para el niño antes de las salidas (Larson 2006). Los preparativos para salidas o eventos en la comunidad implican hacer planes de contingencia (Bagatell 2015). Tener un plan para cualquier eventualidad, y cambiar los planes inmediatamente si fuera necesario, permite a las familias negociar salidas y gestionar el riesgo de comportamiento problemático (Bagatell 2015; Lutz et al. 2012; Marshall & Long, 2010; Pepperell et al. 2016).

3.2.4.- Supervisión y seguimiento

Los padres de menores con autismo suelen informar que necesitan supervisar a su hijo la mayor parte del tiempo que están con ellos (Fong et al. 1993; Larson 2010; Myers et al. 2009; Zhou & Yi, 2014). Los padres de menores con autismo, según se informa, pasan entre un 40-50% más de tiempo con sus hijos (9,7 horas/día promedio) en comparación con los padres de menores neurotípicos (6,1 horas/día promedio) (Tunali & Power 2002). Los rasgos propios del TEA, como la falta de relaciones recíprocas y la presencia de problemas de comunicación, puede producir un incremento en comportamientos más protectores y controladores de los padres (Rutgers et al., 2007; Woolfson & Grant, 2006). Los padres de menores con autismo se describen a sí mismos como más directivos y controladores que los padres de menores neurotípicos (Kasari et al., 1988). Los padres de menores con autismo pueden estar menos inclinados a guiar

racionalmente al niño, fomentar la independencia y expresar emociones abiertamente, en comparación a los padres de menores neurotípicos o los padres de menores con otros trastornos del desarrollo (Rutgers et al., 2007).

Un estudio reciente, encontró que los padres informaron de un mayor uso del control psicológico y, en menor grado, un control firme, cuando los menores demostraron niveles elevados de síntomas de externalización (Ventola et al., 2017). Estos resultados indican que los padres de menores con autismo que exhiben niveles más altos de síntomas conductuales desadaptativos son más controladores y permiten menos autonomía, probablemente en respuesta a la importante desregulación conductual de sus hijos/as. Por lo tanto, los padres pueden responder a comportamientos más disruptivos ejerciendo un mayor control y ser menos tolerantes. Por otro lado, aquellos menores que mostraron niveles elevados de síntomas de internalización, no se asociaron con ningún comportamiento de crianza específico informado por los padres (Ventola et al., 2017).

Los padres describen la necesidad de estar alerta y listos para intervenir. La vigilancia era particularmente importante en situaciones potencialmente inciertas, como cuando estaban en lugares públicos o interactuando con otros (Fairthorne et al. 2014), para mitigar el riesgo de problemas (Hodgetts et al. 2013b). La supervisión también resulta necesaria durante las rutinas para compensar las dificultades para permanecer concentrado en la tarea (Larson 2010). Los indicadores de estrés y ansiedad del niño suele ser un objetivo particular de la vigilancia de los padres. Se esfuerzan por mantener estable el estado de ánimo del niño (Sabapathy et al. 2016; Woodgate et al. 2008), siendo necesario un esfuerzo adicional en situaciones nuevas o potencialmente problemáticas (Larson 2010). Los padres tratan de permanecer atentos para identificar posibles

desencadenantes. Resulta preciso hacer uso de la supervisión para asegurar la intervención oportuna de los padres, particularmente cuando se encuentran en la comunidad (Schaaf et al. 2011). También, se requiere vigilancia en situaciones cotidianas potencialmente peligrosas (por ejemplo, cuando el niño tiene acceso a cubiertos o cuando viaja en automóvil (Bourke-Taylor et al. 2010).

3.2.5.- Proporcionar estructura, rutina y familiaridad

Los padres se adhieren a rutinas fijas para manejar las actividades diarias (por ejemplo, la hora de las comidas, la hora de acostarse, bañarse, vestirse, etc.). Ceñirse a las rutinas ayuda a reducir el riesgo de problemas de conducta (Larson, 2006). Esto ayuda a reducir la probabilidad de que el niño encuentre estímulos nuevos o inesperados y, por lo tanto, el riesgo de un arrebato (Schaaf et al. 2011). Las rutinas también se suelen utilizar para ayudar al niño a pasar de una actividad a otra (Kuhaneck et al. 2010). Los padres procuran proporcionar estructura y ocupación para su hijo en todo momento, en particular durante los “tiempos muertos” (Duignan & Connell 2015).

Los padres emplean listas o calendarios visuales para informar al niño sobre las próximas actividades, de modo que comprendan exactamente qué esperar (Johnson et al., 2014). Los calendarios también pueden reducir la ansiedad en situaciones no rutinarias (por ejemplo, en un entorno hospitalario) (Scarpinato et al. 2010). Los padres también utilizan apoyos visuales para facilitar el desempeño de las rutinas diarias y las transiciones entre actividades (Armstrong et al., 2015; Fettig et al. 2015). Los padres informan al niño con anticipación sobre cualquier cambio en la rutina (Duignan & Connell 2015). Además, preparan a sus hijos para los eventos dándoles detalles por adelantado (Bearss et al. 2016; Gray 1997; Johnson et al. 2014). Esto a veces implica el uso de "historias sociales" o guiones para modelar los pasos de una actividad, o

mostrarle al niño fotografías de nuevas personas o lugares para aumentar su familiaridad (Ludlow et al. 2012). El aviso previo resulta esencial para ayudar al niño a tolerar cosas nuevas (Johnson et al. 2014).

Los padres intentan mantener las cosas lo más predecibles y familiares como les es posible, por ejemplo, evitando recibir visitas en el hogar cuando el niño está en él (Ludlow et al. 2012; Larson 2006) y advirtiéndolo de forma adecuada antes de las transiciones (Kuhaneck et al., 2010; Safe et al., 2012). La familiaridad se percibe como una estrategia útil para reducir la conducta problemática (Johnson et al. 2014). Los padres tratan de introducir las cosas nuevas gradualmente para ayudar al niño a sobrellevar la situación (Stoner et al. 2007). Presentar las cosas paso a paso (por ejemplo, visitar lugares “solo para mirar”) antes de que se impongan demandas al niño, generando una tolerancia gradual a la nueva situación (Stoner et al. 2007), lo que a su vez permite aumentar su repertorio de actividades (Larson 2006).

3.2.6.- Gestionar el incumplimiento de las tareas y actividades diarias

Los padres de menores con autismo también se esfuerzan más por estimular el desarrollo de sus hijos en comparación con los padres de menores neurotípicos (Lambrechts et al. 2011; Maljaars et al. 2014). Interviniendo con frecuencia para ayudar al niño con las actividades diarias, como vestirse (Bailey & Blair 2015; Blair et al., 2011). La intervención de los padres permite reducir las demandas de desempeño y, por lo tanto, disminuir el riesgo de problemas de conducta relacionados con la frustración (Lucyshyn et al., 2007).

Los padres proporcionan repetidas indicaciones para hacer cosas, empleando apoyo verbal y gestual (Hampshire et al., 2016; Neely-Barnes et al., 2011). Usan estrategias al hacer demandas para reducir la probabilidad de incumplimiento, por

ejemplo, vincular las actividades que requieren un mayor esfuerzo con los intereses especiales del niño (Larson 2006), ocultar información al niño (Larson 2006; Cullen & Barlow, 2002) o darle a elegir entre diferentes opciones (Larson 2006; Johnson et al., 2014). También, se suele hacer uso de la persuasión suave para convencer al niño de que hiciera las tareas (Neely-Barnes et al. 2011). Para motivar el buen comportamiento y el cumplimiento de las actividades diarias, los padres informan del uso de distintos sistemas de recompensa y negociación (Bagatell 2015; Dunlap et al. 1994; Fong et al., 1993; Schaaf et al. 2011). También, se hace uso del refuerzo social a través de elogios al niño por su adecuado comportamiento (Agazzi et al. 2013; Armstrong & Kimonis 2013). Se ha observado una reducción en las conductas de externalización e internalización entre los menores con autismo cuando la interacción se basaba en el empleo de la calidez y los elogios (Smith et al., 2008). Por último, algunos padres informan de la importancia de persistir con las demandas rutinarias a pesar de las protestas del niño, usando una variedad de estrategias (Sears et al. 2013).

3.2.7.- Respuesta al comportamiento problemático

En muchas ocasiones resulta útil distraer al niño con actividades. Los padres informan que cambiar la atención del niño con actividades podría evitar la presencia del comportamiento problemático (Cullen & Barlow 2002; Fettig et al. 2015), y prevenir arrebatos en situaciones desafiantes (Sears et al. 2013; Weiss et al. 2014). La distracción a menudo implica el uso de actividades o elementos específicos (Bagatell 2015). Los padres tratan de asignarles tareas específicas o alguna responsabilidad, por ejemplo, empujar el carro en una tienda (Schaaf et al. 2011). En casa, las familias ponen videos para que el niño se anticipe a los problemas y les dé a los miembros de la familia algo de tiempo libre (DeGrace 2004; Marquenie et al. 2011).

Cuando el niño presenta comportamientos disruptivos o molestos, los padres informan que intentan ignorar sus demandas (Bailey & Blair 2015; Marquenie et al. 2011) y evitar llamar la atención sobre el comportamiento inapropiado en situaciones difíciles o en público (Gray 1993; Neely-Barnes et al. 2011). Los padres tratan de enseñar explícitamente al niño cuál es el comportamiento apropiado, proporcionando explicaciones verbales e historias sociales (Armstrong & Kimonis 2013; Ökcün & Akçin 2012; Beer et al. 2013).

Por último, los padres suelen hacer uso de estrategias más tradicionales en respuesta al comportamiento problemático. Previamente, se establecen límites al fijar reglas básicas en situaciones potencialmente difíciles, por ejemplo, al entrar en una tienda donde el niño podría querer comprar cosas (Bailey & Blair 2015; Ryan 2010). Respondiendo con reprimendas verbales ante la conducta problemática, por ejemplo, diciendo "no", "para" (Blair et al. 2011; Dunlap et al. 1994; Gray 1993). Haciendo uso de la recriminación, los gritos y transmitiendo afecto negativo (Barry & Singer 2001) o aplicando el castigo al quitar algún objeto preferido o privilegio (Moes & Frea 2000; Hebert, 2014; Armstrong & Kimonis 2013). Con menos frecuencia, algunos padres informan de emplear el tiempo fuera (Agazzi et al. 2013; Armstrong & Kimonis 2013; Blair et al. 2011) o el castigo físico (Armstrong et al. 2015; Fairthorne et al. 2014).

En contra del uso de este tipo de estrategias, estudios previos sugieren que el castigo puede provocar una escalada en el comportamiento difícil en algunos menores con autismo con dificultades para regular las emociones (Agazzi et al. 2013; Armstrong et al. 2015; Lucyshyn et al. 2007). Además, el castigo puede aumentar la ansiedad y el comportamiento problemático puede verse reforzado a través de la evitación (Lucyshyn et al. 2015; O'Nions & Noens 2018).

3.2.8.- Manejo de la ansiedad

La autorregulación y la co-regulación de las emociones en menores con autismo sigue siendo un tema poco estudiado (Mazefsky et al., 2012). La asociación entre los factores maternos y las capacidades de regulación emocional del niño puede exhibir diferentes patrones en menores con autismo, debido a sus dificultades en la comunicación social y dificultades potenciales en la internalización de las habilidades de autorregulación (Jahromi et al., 2012). Además, realizan ajustes en las respuestas durante la interacción con el fin de regular el estado de ánimo de su hijo (p. ej., ajustando las demandas de desempeño, limitando la exposición a los factores estresantes) y evitar la confrontación (p. ej., asegurándose de que se mantengan las rutinas preferidas del niño) (O'Nions et al., 2018).

Muchos padres tratan de consolar al niño cuando tiene un arrebato empleando estrategias específicas que permiten su regulación emocional. Al manejar la ansiedad extrema (p. ej. arrebatos, crisis nerviosas), los padres suelen intentar consolar al niño brindándole actividades sensoriales adicionales, atención verbal (p. ej. decirle al niño "está bien" o preguntar "¿qué pasa?") o atención física (p. ej. abrazos, sostener o acariciar al niño) (Becker-Cottrill et al. 2003; Bourke-Taylor et al. 2010; Schaaf et al. 2011). También, suelen sacar al niño de la situación o instruir a otros para que abandonen el espacio para reducir la angustia y el comportamiento problemático (Fletcher et al. 2012; Nadeau et al. 2015).

3.2.9.- Mantener la seguridad

Los padres hacen esfuerzos para contener físicamente al niño para prevenir un comportamiento peligroso, destructivo o una fuga. Esto incluye mantener las puertas cerradas e instalar detectores de movimiento u otras características de seguridad para

que el niño no pueda salir de la casa sin ser visto (Bourke-Taylor et al. 2010; DeGrace et al. 2014; Myers et al. 2009; Hutton & Caron, 2005).

Los padres mantienen al niño en una habitación diferente, lejos de sus hermanos, para mitigar el riesgo de agresión y lesiones a los hermanos (Gray 1997, 2003; Hodgetts et al. 2013b). Restringen el acceso a posesiones valiosas de otros miembros de la familia o artículos potencialmente peligrosos (p. ej. objetos afilados) mediante la instalación de cerraduras en armarios y puertas (Bourke-Taylor et al. 2010; Hutton & Caron, 2005).

Por último, la restricción física se suele emplear para manejar arrebatos agresivos o peligrosos (Gray 1997; Preece 2014). La contención también se utiliza para evitar lesiones a los hermanos, evitar que el niño se escape o restringir el comportamiento peligroso (Bailey & Blair 2015; Fairthorne et al. 2014).

3.3. Evaluación de las estrategias de crianza en menores con autismo.

La mayoría de instrumentos empleados para evaluar los estilos de crianza han sido diseñados a partir de estudios realizados en población con desarrollo típico. El comportamiento problemático que surge en el TEA parece tener condiciones iniciadoras diferentes a otros trastornos del desarrollo, estando relacionadas con vulnerabilidades cognitivas específicas de este trastorno (baja conciencia social, sensibilidades sensoriales, rigidez cognitiva, entre otras). Por lo tanto, las estrategias óptimas de crianza en el TEA pueden diferir de otras poblaciones.

Existe un reducido número de cuestionarios y escalas que evalúan las estrategias parentales desarrollados específicamente para la población con autismo. Los instrumentos más destacados para evaluar las estrategias parentales para el manejo y la prevención de los problemas del comportamiento en menores con autismo son las

siguientes: Parenting Behaviour Scale-ASD version (PBS-A) (Lambrechts et al. 2011; Maljaars et al. 2014); Preventing Challenging Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorder (PASEC) (Kabashima et al. 2020); Parenting Self-Efficacy Scale for Autism Spectrum Disorder (PSES-ASD) (Roama-Alves & Ciasca 2022); y Parenting Strategies Questionnaire (PSQ) (O'Nions et al. 2019).

La escala Parenting Behaviour Scale-ASD version (PBS-A, Lambrechts et al. 2011; Maljaars et al. 2014) es un cuestionario autoinforme de 52 ítems que describe conductas parentales observables. Los padres deben indicar la frecuencia de sus comportamientos de crianza a través de una escala Likert de 5 puntos que va desde 1 (Nunca/casi nunca) a 5 (Siempre/casi siempre). El cuestionario consta de cinco subescalas para medir el comportamiento parental general (Van Leeuwen & Vermulst 2004, 2010) y dos subescalas para medir el comportamiento parental específico para los menores con autismo. Las subescalas generales son: (a) Crianza positiva (11 ítems, p. ej., “Hago tiempo para escuchar a mi hijo cuando quiere decirme algo”), (b) Recompensa material (4 ítems, p. ej., “Le doy dulces a mi hijo como recompensa por su buen comportamiento”), (c) Reglas (6 ítems, p. ej., “Le enseño a mi hijo a ser cortés en la escuela”), (d) Disciplina (6 ítems, p. ej., “Cuando mi niño ha sido desobediente, le doy una tarea como castigo”), y (e) Castigo severo (5 ítems, p. ej., “Le doy un ‘cachete’ a mi hijo cuando es desobediente o travieso”). Las dos subescalas adicionales adaptadas a los menores con autismo son: (f) Estimular el desarrollo (11 ítems, p. ej., “Le explico los sentimientos a mi hijo”), y (g) Adaptar el entorno (9 ítems, p. ej., “Solo doy mi niño una tarea a la vez”). Los análisis factoriales confirmatorios apoyan la validez estructural de la escala (Lambrechts et al. 2011). Con una consistencia interna en las subescalas que varía de aceptable a buena ($\alpha = 0,75 - 0,87$) (Boonen et al., 2015; van Esch et al., 2018).

Preventing Challenging Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorder (PASEC, Kabashima et al. 2020) es una escala de 6 ítems que evalúa la autoeficacia de los padres de menores con autismo para prevenir y manejar los problemas del comportamiento de sus hijos. Esta escala está dividida en dos categorías: 1) Potenciación de la sociabilidad del niño y 2) Optimización del entorno del niño. Los padres tienen que responder en función de una escala Likert de cuatro puntos, compuesta por: 0) en desacuerdo, 1) un poco en desacuerdo, 2) un poco de acuerdo, y 3) de acuerdo. La puntuación puede variar de 0 a 18, en la que una mayor puntuación se asocia a una mayor creencia de máxima eficacia por parte del padre, madre o cuidador para potenciar la sociabilidad y optimizar el entorno de su hijo. La prueba demostró una adecuada validez de constructo, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,81 para el primer factor, 0,73 para el segundo y 0,82 para la escala global (Kabashima et al. 2020).

Parenting Self-Efficacy Scale for Autism Spectrum Disorder (PSES-ASD, Roama-Alves & Ciasca 2022) consta de 27 ítems compuesta por enunciados sobre posibles creencias y comportamientos presentados por los padres, divididos en cinco categorías: 1) necesidades básicas y actividades de la vida diaria; 2) socialización; 3) desarrollo cognitivo; 4) estructura y disciplina; y, finalmente, 5) atención con tratamiento/escuela. Las respuestas a los ítems, que comienzan con la frase “Creo que puedo...”, están basadas en una escala tipo Likert de cuatro puntos, compuesta por: 0) Nunca; 1) Pocas veces; 2) Muchas veces; y 3) Siempre. La puntuación puede variar de 0 a 81, en la que una mayor puntuación se asocia a una mayor creencia de máxima eficacia por parte del padre, madre o cuidador.

Parenting Strategies Questionnaire (PSQ, O'Nions et al. 2019) se diseñó para evaluar las estrategias de crianza empleadas por los progenitores de menores con

autismo para manejar los problemas de comportamiento y la reactividad emocional (O'Nions et al. 2019). En su versión inicial, el PSQ estaba compuesto por 45 ítems correspondientes a los subconjuntos de respuesta identificados en el metaanálisis realizado previamente por los autores (O'Nions et al. 2018). La versión definitiva del PSQ se obtuvo a partir de la reducción de dimensiones mediante el análisis de componentes principales (PCA) con una rotación Varimax en el que se seleccionaron 31 de los 45 ítems que formaban la escala total. Esta última versión de la escala está compuesta por tres subescalas que constituyen tres tipos de estrategias empleadas por los padres para el manejo y prevención de los problemas de comportamiento: *acomodación* (15 ítems); *enfoques de refuerzo* (10 ítems); y *reducción de la incertidumbre* (6 ítems). La consistencia interna de las subescalas varía de aceptable a buena ($\alpha = 0,72 - 0,89$) (O'Nions et al. 2019).

En los últimos años, existe un gran interés en conocer la relación entre los comportamientos parentales y los comportamientos observados en los menores con autismo. Lamentablemente, ninguno de los instrumentos descritos para evaluar las estrategias de crianza ha sido adaptado y validado en nuestro país. Los profesionales que trabajan con menores con autismo no disponen de herramientas validadas empíricamente para el idioma castellano que evalúen los comportamientos empleados por los progenitores para prevenir y manejar los problemas de regulación emocional de sus hijos/as. Más allá de la descripción detallada de las fortalezas y debilidades del menor, resulta de gran utilidad saber qué comportamientos realizan los progenitores para afrontar situaciones de difícil manejo en distintos contextos familiares. Además, las escalas como el PSQ permiten comprobar el nivel de conocimiento que los progenitores tienen de los rasgos nucleares del TEA, así como otras condiciones co-

ocurrentes en el TEA. Por último, conocer las estrategias de crianza parentales permiten una mejor coordinación en los planes de intervención que se realizan con el menor en diferentes contextos (p. ej. escuela, familia, servicio de atención temprana).

MARCO EMPÍRICO

JUSTIFICACIÓN

Los problemas de regulación emocional podrían ser la base para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos co-ocurrentes en el TEA (Lugo-Marín et al., 2019; Mazefsky et al., 2013) y manifestarse a través de problemas de conducta como irritabilidad, arrebatos de mal genio, hiperexcitación, conductas de oposición, conductas agresivas e inestabilidad del estado de ánimo (Hervás y Rueda, 2018). Es necesario contar con instrumentos que permitan medir la desregulación emocional en población infantil para poder desarrollar programas de intervención temprana antes de que se desarrollen trastornos psiquiátricos en edades más avanzadas.

Además, no debemos olvidar el papel que juegan las familias como co-reguladores de los estados emocionales. Muchos estudios se han interesado en los programas de intervención dirigidos a la capacitación de los progenitores en el manejo de los problemas de conducta de sus hijos/as con autismo (Gulsrud, Jahromi & Kasari, 2010; Keluskar et al., 2021; Ting & Weiss, 2017). Las intervenciones de crianza generalmente tienen como objetivo aumentar el conocimiento, las habilidades y la confianza de los padres para manejar el comportamiento problemático, ayudando a los padres a identificar los desencadenantes, fomentar interacciones más positivas y abordar los factores de mantenimiento (Crowell, Keluskar & Gorecki, 2019; Cullen & Barlow, 2002). Sin embargo, varían considerablemente en filosofía y secuencialmente en el enfoque recomendado. Se necesita investigación para explorar sistemáticamente qué estrategias de crianza podrían estar asociadas con mejoras en la regulación emocional a lo largo del tiempo (O’Nions et al., 2018).

Debido a la heterogeneidad en los factores de vulnerabilidad de las personas con autismo, es necesario examinar si se requieren enfoques distintos en función de los

desencadenantes que generan un estado emocional desregulado. Por otro lado, la diversidad en los estilos educativos de los progenitores es un factor que requiere una exploración sistemática de cómo se ajustan a las características del niño y promueven el uso de estrategias particulares.

En nuestro contexto, necesitamos incorporar protocolos de evaluación específicos en las personas con autismo que describan las conductas observables de la desregulación emocional infantil y las estrategias de crianza empleadas para prevenir y manejar las consecuencias derivadas de los problemas de regulación emocional. Las personas con autismo presentan necesidades particulares que las diferencian de otras personas con otros trastornos del desarrollo. Por ello, si deseamos crear programas de intervención centrados en las familias, resulta esencial desarrollar instrumentos de evaluación con criterios de sensibilidad y especificidad adecuados para las personas con autismo.

El presente estudio se centrará en dar respuesta a tres cuestiones principales: describir las diferencias individuales en la regulación emocional de los menores con autismo, explorar los estilos educativos parentales que emplean los progenitores y, por último, describir las estrategias empleadas por las familias para afrontar y prevenir los problemas de regulación emocional de sus hijos/as.

OBJETIVOS

Los **objetivos** del presente proyecto son los siguientes:

O.1.- Estudiar los problemas de regulación emocional en los menores con autismo.

O.2.- Identificar los distintos estilos educativos empleados por los padres de menores con autismo.

O.3.- Describir las estrategias de crianza empleadas por los progenitores para prevenir y manejar los problemas de comportamiento presentes en menores con autismo.

O.4.- Diseñar un modelo explicativo de la relación entre la desregulación emocional y sus componentes con los estilos educativos y las estrategias de crianza.

MÉTODO

PARTICIPANTES

El presente estudio está dirigido a padres/cuidadores de menores de entre 6 y 18 años. Los criterios de inclusión para el presente estudio es que (a) el padre / cuidador viva con el niño a tiempo completo o parcial; (b) el padre / cuidador informe que el niño tiene diagnóstico de TEA; (c) la puntuación del niño en el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ; Rutter, Bailey & Lord, adaptación española de Pereña y Santamaria, 2005) fue de 12 o más (Mazefsky et al. 2018b); y (d) que, según la recopilación de datos descriptivos, el niño haya tenido problemas del comportamiento o conductas desafiantes en los últimos 6 meses.

Se contactó con distintas asociaciones pertenecientes a la Confederación Autismo España y Confederación Asperger España explicando el objetivo del estudio junto con la logística prevista. Se informó a los participantes de la confidencialidad de las respuestas de acuerdo con lo establecido en las regulaciones nacionales, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y Reglamento (UE) 2016/67, así como por los principios recogidos en la Declaración de Helsinki (2017) sobre sus derechos a acceder, rectificar o cancelar sus datos, contactando con el investigador responsable del este estudio. La participación en el estudio fue voluntaria, pudiendo abandonarse en el momento en el

que el participante lo decidía. Ninguno de los participantes obtuvo gratificación alguna por su colaboración en el estudio.

Las familias que aceptaron participar en el estudio accedían a un enlace para completar el estudio a través de una plataforma on-line. Los datos se recopilaron a través de cuestionarios autoadministrados completados por el padre o la madre del niño/a. El acceso a los datos quedó restringida a cualquier persona ajena a la investigación.

Se recopilaron diferentes datos descriptivos del menor evaluado y de los progenitores.

Los datos solicitados del menor fueron: fecha de nacimiento, género, tipo de centro escolar, curso académico, diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo, otros diagnósticos relacionados con problemas del desarrollo, DI reconocida, nivel de discapacidad y el tipo de comunicación empleada (tabla 1). Los datos solicitados de los progenitores fueron los siguientes: el tipo de parentesco, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, estado civil, número de hijos, número de hijos que conviven en el hogar y nivel de estudios (tabla 2).

Tabla 1. Características del menor (N = 324).

	N (%)
Varones	266 (82.1)
Mujeres	57 (17.6)
No binario	1 (0.3)
Diagnósticos asociados	
Trastorno de ansiedad	16 (4.94)
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	2 (0.62)
TDAH	8 (2.47)
Epilepsia	84 (25.93)
Trastorno del estado de ánimo	2 (0.62)
Problemas de conducta	36 (11.11)
Discapacidad intelectual leve	21 (6.48)
Discapacidad intelectual moderada	22 (6.79)
Discapacidad intelectual grave	23 (7.1)
Reconocido algún grado de discapacidad	272 (84.0)
Grado de discapacidad	
Leve (1-24%)	10 (3.7)
Moderado (25-49%)	175 (54.01)
Grave (50-70%)	63 (23.5)
Muy grave (75%)	20 (7.5)
Formas de comunicación	
Se expresa verbalmente con normalidad	155 (51.0)
Habla usando frases sencillas y concretas	81 (26.6)
Se comunica con palabras aisladas	38 (12.5)
Hace uso de un lenguaje no verbal (p. ej. pictogramas, gestos)	25 (8.2)
No se comunica de ninguna manera	5 (1.6)
Centro educativo	
Colegio ordinario	119 (36.7)
Colegio ordinario con inclusión o integración de apoyos	116 (35.8)
Colegio de integración preferente	14 (4.3)
Colegio de educación especial	75 (23.1)
Nivel académico	
Similar al resto de sus compañeros	83 (27.3)
Similar al de los compañeros de clase, con la excepción de algunas dificultades	82 (27)
Ligeramente por detrás de los compañeros	30 (9.9)
Notablemente por detrás de los compañeros	61 (20.1)
Muy por detrás de sus compañeros	48 (15.8)
Nivel de independencia en habilidades básicas de la vida diaria	
Similar a otras personas de su edad	61 (20.1)
Necesita un poco más de ayuda que otras personas de su edad	134 (44.1)
Necesita mucha más ayuda que otras personas de su edad	68 (22.4)
Completamente dependiente de la ayuda de los padres/cuidadores	41 (13.5)

Tabla 2. Características de los progenitores (N = 324)

	N (%)
Madre	262 (80.9)
Número de hijos	
Uno	97 (29.9)
Dos	178 (54.9)
Tres	46 (14.2)
Cuatro	1 (0.3)
Cinco	2 (0.6)
Estado civil	
Casado/a	232 (71.6)
Pareja de hecho	22 (6.8)
Separado/a	13 (4.0)
Divorciado/a	33 (10.2)
Soltero/a	23 (7.1)
Otros	1 (0.3)
Nivel académico del padre/madre participante	
Educación primaria	20 (6.2)
Educación secundaria	30 (9.3)
Bachillerato	31 (9.6)
Formación profesional	73 (22.5)
Estudios universitarios	131 (40.4)
Estudios universitarios de posgrado (Máster, Doctorado)	39 (12.0)
Nivel académico del cónyuge	
Educación primaria	29 (9.5)
Educación secundaria	32 (10.5)
Bachillerato	41 (13.4)
Formación profesional	79 (25.9)
Estudios universitarios	89 (29.2)
Estudios universitarios de posgrado (Máster, Doctorado)	35 (11.5)

INSTRUMENTOS

Evaluación de los síntomas de autismo

Cuestionario de Comunicación Social (SCQ) – Forma A. Toda la vida

Es una escala para padres y cuidadores de 40 ítems para determinar la posible presencia de Trastornos del Espectro Autista (Rutter, Bailey & Lord, adaptación española de Pereña y Santamaria, 2005). La forma A se refiere a toda la vida pasada del sujeto. El SCQ es una medida de detección de informes de los padres de 40 elementos diseñada para cuantificar los comportamientos asociados con el TEA, que originalmente se basó en la Entrevista de diagnóstico de autismo revisada (Lord et al. 1994). Se les pide a los padres que respondan "Sí" o "No" a cada uno de los elementos. Diecinueve elementos se centran en toda la historia del desarrollo y 21 en el comportamiento del niño cuando tenía entre 4 y 5 años. Como se describe en el manual (Rutter et al. 2003), sólo 39 de los 40 ítems contribuyen a la puntuación total, indexando la gravedad del TEA del niño. La escala presenta unas adecuadas propiedades psicométricas (Pereña y Santamaria, 2005). Para esta muestra, los valores de consistencia interna fueron: 0.80 para problemas de interacción social; 0.68 por dificultades de comunicación; 0.56 para el comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado y 0.83 para la puntuación general total.

Evaluación de la regulación emocional

Child Behavior Checklist Dysregulation Profile (CBCL-DP) 6-18

El CBCL-DP / 6-18 es una escala de calificación de 118 ítems de psicopatología general que consta de ocho escalas de síndrome (Achenbach, 2000; Achenbach y Rescorla, 2001; Althof et al., 2010). Se les pidió a los padres que calificaran el comportamiento de sus hijos durante los últimos 6 meses usando una escala Likert de 3

puntos (0 = no es cierto, 1 = algo o algunas veces cierto, o 2 = muy cierto o a menudo cierto). Varios estudios han validado el uso de CBCL / 6-18 para evaluar la psicopatología en la población con autismo (Keefer et al., 2020; Magyar & Pandolfi, 2017; Medeiros, Mazurek y Kanne, 2017).

El CBCL-DP es una puntuación T compuesta de tres escalas de síndrome que cada una representa un subdominio diferente (emocional, cognitivo y conductual) de desregulación: ansiedad/depresión (AD, 13 ítems), problemas de atención (PA, 10 ítems), y comportamientos agresivos (CA, 18 ítems). Una puntuación T compuesta de 180-209 indica la presencia de desregulación moderada (DEM) y ≥ 210 indica desregulación severa (DES). Además, el CBCL permite analizar los problemas del comportamiento en cada dominio de la regulación emocional de manera independiente, donde una puntuación típica con valores entre 50 y 64 se considera como *sospecha de trastorno* en ese dominio específico y una puntuación típica de 65 o superior indicaría un *probable trastorno* en ese dominio específico. Para esta muestra, los valores de consistencia interna fueron: 0.87 en AD; 0.77 en PA; 0.90 en CA y 0.92 en desregulación emocional.

Evaluación de los estilos educativos parentales

Escala de Normas y Exigencias, versión para padres (ENE-P)

La ENE-P es una escala de auto reporte que evalúa los estilos parentales y se refiere a la forma en que los padres establecen y exigen el cumplimiento de las normas (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001). Está compuesta por 28 ítems agrupados en 3 subescalas: estilo inductivo, estilo rígido y estilo indulgente. Todas las dimensiones se responden a lo largo de una escala tipo Likert de cinco puntos que mide la frecuencia de los comportamientos parentales (1 = nunca, 5 = siempre). En el presente estudio se

obtuvo un α de Cronbach en el estilo inductivo de 0.86; en el estilo rígido un $\alpha = 0.64$ y en el estilo indulgente un $\alpha = 0.80$.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ)

Los comportamientos de los padres también se midieron utilizando el Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Essau et al. 2006; Frick et al. 1999). El APQ está diseñado para medir cinco dimensiones de crianza relevantes en el desarrollo de problemas de conducta infantil. Esta escala se compone de 35 ítems que se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos que mide la frecuencia de los comportamientos parentales (1 = nunca, 5 = siempre). Las subescalas de APQ son implicación parental (10 ítems), crianza positiva (6 ítems), pobre supervisión (10 ítems), disciplina inconsistente (6 ítems) y castigo físico (3 ítems). Al igual que en estudios previos, en el presente estudio no se incluyeron los ítems relativos al castigo físico. La consistencia interna de las subescalas que evalúa el estilo de crianza positivo fue adecuada (implicación parental, $\alpha = 0.79$; crianza positiva, $\alpha = 0.80$); mientras que, en las subescalas correspondientes al estilo de crianza negativo se obtuvo una consistencia interna más baja (pobre supervisión, $\alpha = 0.46$; disciplina inconsistente, $\alpha = 0.59$).

Evaluación de las estrategias de crianza en menores con autismo

Parenting Strategies Questionnaire (PSQ)

El PSQ es un cuestionario que evalúa las estrategias empleadas por los progenitores/cuidadores para manejar los problemas de conducta de sus hijos/as. Está compuesto por 31 ítems que se evalúan mediante una escala Likert de 5 puntos: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = a menudo y 4 = siempre. El PSQ tiene tres subescalas: acomodación (15 ítems); enfoque de refuerzo (10 ítems); y reducción de la incertidumbre (6 ítems) (O'Nions et al. 2019). En el presente estudio, la consistencia

interna de la subescala de acomodación fue un α de Cronbach = 0.83, en el enfoque de refuerzo 0.67, en reducción de la incertidumbre 0.78 y en la puntuación global de la escala fue de 0.88.

A continuación, se resumen las medidas recogidas en cada uno de los instrumentos empleados en el presente estudio:

Tabla 3: Medidas obtenidas por los instrumentos de evaluación.

Instrumentos / Subescalas	Descripción de los constructos evaluados
PSQ	Estrategias de crianza empleadas para el manejo y prevención de los problemas del comportamiento de los menores con TEA.
Acomodación	Planificar, modificar y adaptar las rutinas y exigencias según los intereses, necesidades y estado de ánimo de sus hijos/as.
Enfoques de Refuerzo	Enseñar comportamientos adecuados y reglas básicas de convivencia a través de diferentes sistemas de refuerzo positivo y negativo.
Reducción de la Incertidumbre	Estructuración de las actividades y anticipación de las situaciones para reducir el malestar que pueda generar los acontecimientos novedosos o cambios de rutina.
ENE-P	Estilos educativos clasificados según la dimensión de exigencias-control.
Estilo Educativo Inductivo	Explicación de las normas y ajuste de las mismas a las necesidades y posibilidades del menor.
Estilo Educativo Rígido	Imposición del cumplimiento de normas y un nivel de exigencias demasiado alto.
Estilo Educativo Indulgente	Ausencia de normas y límites a la conducta de sus hijos y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento.
APQ	Comportamientos de crianza positiva y negativa.
Implicación Parental	Grado en el que los progenitores se implican en la vida de sus hijos/as.
Crianza Positiva	Uso del refuerzo positivo en el aprendizaje de comportamientos adecuados.
Pobre Supervisión	Falta de supervisión y control con respecto a los comportamientos de sus hijos/as.
Disciplina Inconsistente	Inconsistencia en el uso de las normas, concesiones a las demandas del menor y permiten la evitación del castigo.
SCQ	Número de comportamientos compatibles con los síntomas asociados al TEA
CBCL-DP	Perfil de desregulación emocional: severidad de la desregulación emocional.
Ansiedad/Depresión	Dominio afectivo: síntomas de ansiedad y depresión del menor
Problemas de Atención	Dominio cognitivo: problemas atencionales y dificultades de concentración.
Comportamiento Agresivo	Dominio comportamental: conductas externalizantes, de oposición y negativistas.

ANÁLISIS DE DATOS

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando SPSS versión 26 (IBM Corp. Released 2019), JAMOVI (The jamovi project, 2020) y R (R Core team, 2022).

Inicialmente se completó un análisis descriptivo para cuantificar la distribución y cualquier posible sesgo o curtosis dentro de la muestra.

Se analizaron las propiedades psicométricas de la escala CBCL-DP. Se realizaron análisis exploratorios, calculando las correlaciones de Pearson entre las características del menor y la desregulación emocional. Se realizó un análisis de la varianza de las puntuaciones de la CBCL-DP y sus subescalas para comparar la diferencia entre grupos en función de las características del menor. Por último, se realizó un análisis de regresión múltiple con el fin de determinar qué características del menor predice la desregulación emocional y los subdominios afectivo, cognitivo y comportamental.

El modelo factorial del PSQ se estimó usando Lavaan versión 0.5-23.1097 (Rosseel 2012), a través de una estimación de mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV) (Beauducel y Herzberg 2006). WLSMV se recomienda cuando hay cuatro (o menos) categorías de respuestas ordenadas, como es el caso de la escala Likert de respuesta del PSQ. El ajuste del modelo será evaluado usando el habitual χ^2 , así como el índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de Tucker Lewis (TLI) como índices de ajuste incremental, y la raíz cuadrática media residual ponderada (WRMR) y la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) como línea base de los índices de ajuste.

Finalmente, se realizaron varios análisis exploratorios, calculando las correlaciones de Pearson entre las características del menor, la desregulación emocional del menor, las variables relacionadas con el progenitor, los estilos educativos parental y las estrategias de crianza. Posteriormente, se realizaron dos análisis de regresión jerárquica con el fin de determinar los predictores de los estilos educativos parentales y las estrategias de crianza.

RESULTADOS

En la siguiente tabla, se muestran los datos descriptivos generales de las escalas empleadas en el estudio.

Tabla 4. Información de las escalas incluidas en el presente estudio.

	N	N.º ítems	Fiabilidad		Puntuación total			Puntuación ítem		
			(Alpha)	(Omega)	M	DT	Rango	M	DT	Rango
Medidas parentales										
PSQ										
PSQ Total	324	31	0.88	0.89	83.5	14.1	29-116	2.69	0.95	0-4
Acomodación	324	15	0.83	0.84	38.5	7.86	10-57	2.56	0.95	0-4
Enfoques de Refuerzo	324	10	0.67	0.69	27.6	4.77	11-39	2.76	0.93	0-4
Reducción de la Incertidumbre	324	6	0.78	0.79	17.4	4.16	2-24	2.90	1.00	0-4
ENE-P										
Estilo Educativo Inductivo	315	10	0.86	0.86	41.3	7.19	10-50	4.15	0.96	1-5
Estilo Educativo Rígido	315	10	0.64	0.67	25.8	6.11	10-41	2.60	1.17	1-5
Estilo Educativo Indulgente	315	8	0.80	0.80	15.3	4.66	8-30	1.93	0.86	1-5
APQ										
Implicación Parental	306	10	0.79	0.79	39.7	5.93	20-50	3.97	0.98	1-5
Crianza Positiva	306	6	0.80	0.84	26.7	3.10	10-30	4.45	0.72	1-5
Pobre Supervisión	306	10	0.46	0.60	13.6	3.55	10-27	1.99	0.99	1-5
Disciplina Inconsistente	306	6	0.59	0.61	11.9	3.39	6-22	1.36	0.78	1-5
Medidas del menor										
SCQ										
Síntomas de TEA (SCQ)	324	39	0.83	0.83	23.2	6.26	12-38	0.61	0.46	0-1
CBCL										
Ansiedad/Depresión	324	13	0.87	0.88	60.1	15.3	38-110	0.59	0.67	0-2
Problemas de Atención	324	10	0.77	0.79	67.6	11	39-93	1.12	0.70	0-2
Comportamiento agresivo	324	18	0.90	0.90	57.2	13.1	38-94	0.57	0.65	0-2
Perfil de desregulación Emocional	324	41	0.92	0.92	185	31.4	127-280	0.71	0.67	0-2

O.1.- Los problemas de regulación emocional en los menores con autismo.

O.1.1.- El Perfil de Desregulación Emocional (CBCL-DP).

La escala CBCL-DP presenta una elevada consistencia interna ($\alpha = 0.92$ y $\omega = 0.92$). La puntuación media en el CBCL-DP de los participantes es de 185 ($DT = 31.4$, rango: 127-280). Del total de la muestra, 87 participantes presentan una desregulación emocional moderada (*DEM*, CBCL-DP rango: 180-209) y 72 participantes desregulación emocional severa (*DES*, CBCL-DP ≥ 210) (figura 4). Por lo tanto, el

50.07% de la muestra presenta una desregulación emocional significativa, siendo un 26.85% DEM y un 22.22% DES. El grupo de participantes con DEM tiene una puntuación media en la escala CBCL-DP de 194 ($DT = 8.44$, rango: 178-209) y el grupo DES una puntuación media de 231 ($DT = 17.3$, rango: 210-280) (figura 5).

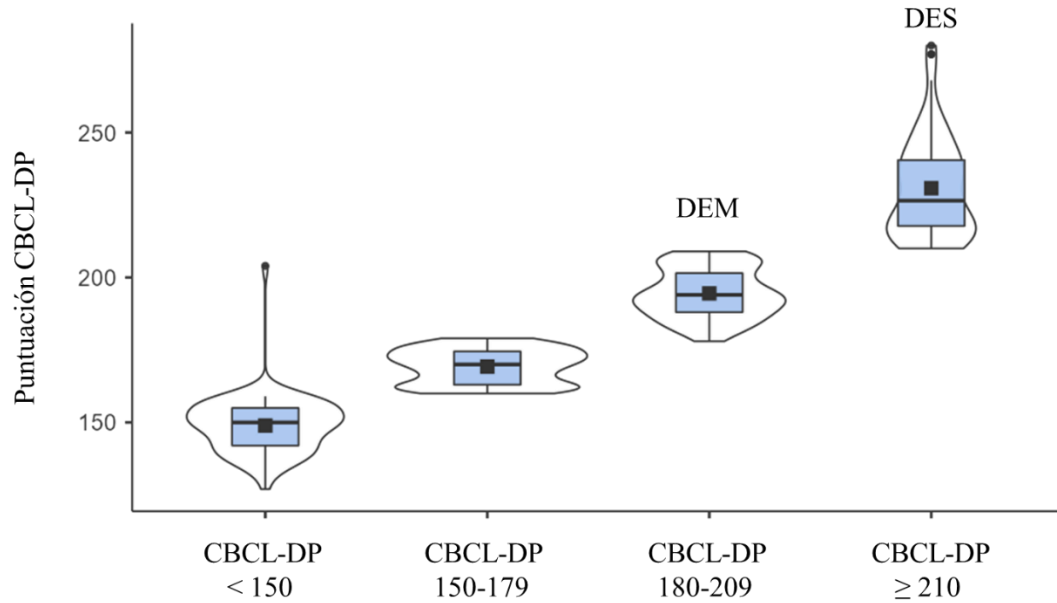


Figura 4. Distribución de la muestra según la puntuación de CBCL-DP

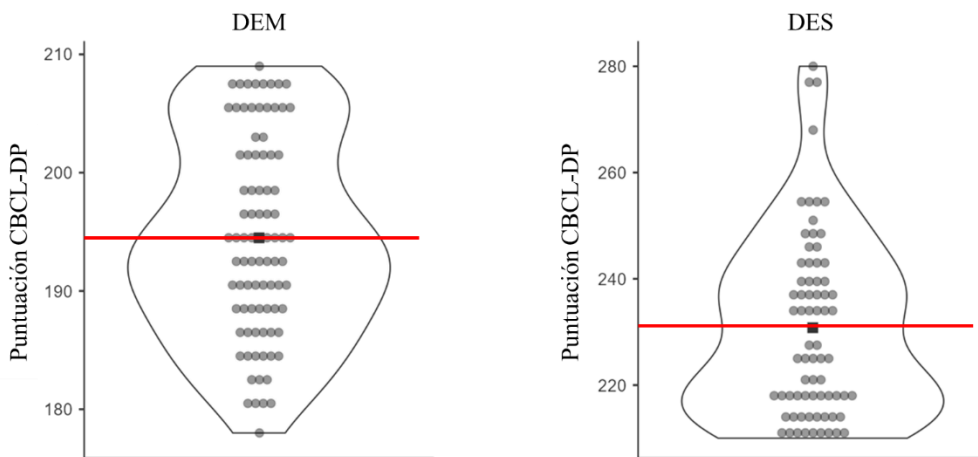


Figura 5. Distribución de la muestra con DEM y DES

O.1.2.- Los subdominios de desregulación afectivo, cognitivo y comportamental.

La escala CBCL-DP está compuesta por tres subescalas que cada una de ellas evalúa un subdominio de desregulación. La subescala ansiedad/depresión (CBCL-AD) mide los componentes afectivos, la subescala problemas de atención (CBCL-PA) mide el apartado cognitivo, y por último, la subescala de conductas agresivas (CBCL-CA) evalúa el dominio comportamental (Althoff et al., 2010; Biederman et al., 2010).

Las subescalas del CBCL-DP presentan una elevada consistencia interna (CBCL-AD, $\alpha = 0.87$ y $\omega = 0.88$; CBCL-PA, $\alpha = 0.77$ y $\omega = 0.79$; CBCL-CA, $\alpha = 0.90$ y $\omega = 0.90$). Se observaron mayores puntuaciones en CBL-PA ($M = 67.6$, $DT = 11.0$, rango: 39-93) en comparación a CBCL-AD ($M = 60.1$, $DT = 15.3$, rango: 38-110) y CBCL-CA ($M = 57.2$, $DT = 13.1$, rango: 38-94). La subescala CBCL-PA obtuvo una puntuación media por ítem ($M = 1.12$, $DT = 0.70$, rango: 0-2) muy superior a la puntuación media por ítem de las subescalas CBCL-AD ($M = 0.59$, $DT = 0.67$, rango: 0-2) y CBCL-CA ($M = 0.57$, $DT = 0.65$, rango: 0-2). Por lo tanto, la muestra del estudio presenta más problemas de desregulación dentro del subdominio cognición en comparación con los subdominios afectivo y comportamental (figura 6).

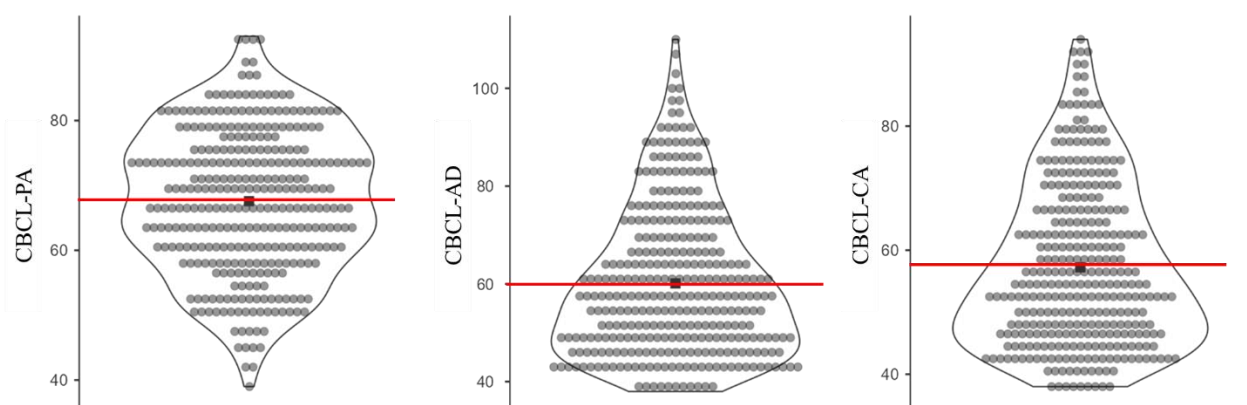


Figura 6. Puntuaciones obtenidas en las subescalas CBCL-PA, CBCL-AD y CBCL-CA

La CBCL-CA fue la subescala que mayor correlación de Pearson presentó con la escala de desregulación emocional CBCL-DP ($r = 0.86, p < .001$), seguido de la subescala CBCL-AD ($r = 0.80, p < .001$) y la subescala CBCL-PA ($r = 0.73, p < .001$). Se observó una correlación positiva significativa ($p < .001$) entre todas las subescalas del CBCL-DP (tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre factores de la escala PSQ (N = 324).

	CBCL-AD	CBCL-PA	CBCL-CA	CBCL-DP
CBCL-AD	-			
CBCL-PA	0.31	-		
CBCL-CA	0.50	0.56	-	
CBCL-DP	0.80	0.73	0.86	-

En la subescala CBCL-AP seis ítems de los diez que componen esta subescala obtuvieron una puntuación media superior a 1 (algo o algunas veces cierto). Mientras que, tanto la subescala CBCL-AD como la subescala CBCL-CA sólo hubo un ítem con una puntuación media superior a 1. Por otro lado, el ítem con menor puntuación media en la subescala CBCL-PA fue el ítem 27 ($M = 0.55, DT = 0.67$, rango: 0-2); en la subescala CBCL-AD el ítem 36 ($M = 0.16, DT = 0.41$, rango: 0-2) y el ítem 16 ($M = 0.26, DT = 0.54$, rango: 0-2), y en la subescala CBCL-CA los ítems 39 ($M = 0.15, DT = 0.38$, rango: 0-2) e ítem 8 ($M = 0.21, DT = 0.48$, rango: 0-2). Por último, eliminar alguno de los ítems no produce una mejora significativa de la consistencia interna de la subescala (véase la tabla 6 para más información).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los ítems de las subescalas del CBCL-DP (N = 324).

		<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	G1	G2	G3
CBCL-AD	Item 014. Lloro mucho	0.51	0.62	0-2	0.81	-0.35	0.87
	Item 029. Tiene miedo a ciertos animales, sitios o situaciones	0.87	0.71	0-2	0.17	-1.00	0.87
	Item 030. Tiene miedo al colegio	0.26	0.54	0-2	1.97	2.94	0.87
	Item 031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	0.49	0.68	0-2	1.07	-0.13	0.86
	Item 032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0.57	0.77	0-2	0.93	-0.71	0.86
	Item 033. Siente o se queja de que nadie le quiere	0.42	0.63	0-2	1.26	0.43	0.85
	Item 035. Se siente inútil, inferior a los demás	0.54	0.70	0-2	0.90	-0.45	0.85
	Item 045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	1.25	0.73	0-2	-0.43	-1.04	0.87
	Item 050. Es demasiado miedoso/a o ansioso/a	0.89	0.76	0-2	0.19	-1.24	0.86
	Item 052. Se siente demasiado culpable	0.50	0.69	0-2	1.03	-0.21	0.85
	Item 071. Se aturde con facilidad, sentido del ridículo	0.61	0.74	0-2	0.77	-0.80	0.85
	Item 091. Habla de suicidio	0.16	0.41	0-2	2.57	6.17	0.87
Item 112. Está preocupado/a	0.61	0.69	0-2	0.69	-0.69	0.85	
CBCL-PA	Item 001. Se comporta de una manera más infantil	1.44	0.72	0-2	-0.88	-0.55	0.78
	Item 004. No termina lo que ha empezado	1.20	0.73	0-2	-0.33	-1.06	0.75
	Item 008. No se puede concentrar	1.50	0.67	0-2	-0.98	-0.21	0.73
	Item 010. No está quieto/a nunca	1.23	0.78	0-2	-0.42	-1.24	0.77
	Item 013. Está en las nubes	1.12	0.70	0-2	-0.17	-0.93	0.74
	Item 017. Se pierde en sus pensamientos	0.93	0.74	0-2	0.11	-1.17	0.77
	Item 041. Es muy impulsivo/a	0.98	0.76	0-2	0.04	-1.25	0.76
	Item 061. Trabaja mal en la escuela	0.55	0.67	0-2	0.82	-0.46	0.75
	Item 078. Inatento/a o se distrae fácilmente	1.40	0.64	0-2	-0.60	-0.60	0.72
	Item 080. Se queda en blanco	0.89	0.64	0-2	0.10	-0.56	0.75
CBCL-CA	Item 003. Discute mucho	0.95	0.79	0-2	0.09	-1.37	0.89
	Item 016. Mete miedo a los demás	0.21	0.48	0-2	2.21	4.20	0.89
	Item 019. Reclama mucho la atención	1.10	0.78	0-2	-0.17	-1.34	0.90
	Item 020. Rompe o destroza sus cosas	0.49	0.68	0-2	1.06	-0.13	0.89
	Item 021. Rompe o destroza las cosas de los demás	0.35	0.61	0-2	1.55	1.26	0.90
	Item 022. No obedece en casa	0.82	0.67	0-2	0.21	-0.77	0.89
	Item 023. No obedece en la escuela	0.54	0.63	0-2	0.73	-0.46	0.89
	Item 037. Se pelea mucho	0.44	0.64	0-2	1.19	0.26	0.89
	Item 057. Ataca físicamente a la gente	0.30	0.49	0-2	1.19	0.16	0.89
	Item 068. Grita y chilla mucho	0.79	0.75	0-2	0.36	-1.13	0.89
	Item 086. Es irritable, testarudo/a, repugnante	0.61	0.73	0-2	0.77	-0.76	0.88
	Item 087. Cambia rápido de humor	0.79	0.71	0-2	0.32	-0.99	0.89
	Item 088. Es arisco/a, solitario/a	0.69	0.74	0-2	0.57	-0.97	0.89
	Item 089. Es suspicaz, desconfiado/a	0.41	0.63	0-2	1.27	0.50	0.90
	Item 094. Molesta mucho	0.53	0.64	0-2	0.80	-0.41	0.89
	Item 095. Tiene muchas rabietas	0.67	0.68	0-2	0.53	-0.78	0.89
Item 097. Amenaza a la gente	0.15	0.38	0-2	2.48	5.58	0.89	
Item 104. Demasiado alborotador/a	0.43	0.63	0-2	1.16	0.25	0.89	

Nota. M = media; DT = desviación típica; G1 = asimetría; G2 = curtosis; G3 = Alpha de la subescala si se elimina el ítem

Más de la mitad de los participantes, un 58.64%, muestran puntuaciones clínicamente significativas ($PT \geq 65$, “probable trastorno”) en la subescala CBCL-PA,

el 32.72% de los participantes obtienen puntuaciones clínicamente significativas en la subescala CBCL-AD y el 28.09% presentan puntuaciones clínicamente significativas en la subescala CBCL-CA (Tabla 7). En cuanto al número de dominios en el que se observa un probable trastorno, el 33% solo presentaba problemas en un dominio, el 22.5% mostraba un probable trastorno en dos dominios y el 13.6% de la muestra llegó a presentar problemas clínicamente significativos en los tres dominios de la regulación emocional. En nuestro estudio, se destaca que el 40.58% de los menores con problemas de atención clínicamente significativos ($CBCL-PA \geq 65$) probablemente presenta a su vez problemas de comportamiento agresivo clínicamente significativos ($CBCL-CA \geq 65$).

Tabla 7. Participantes según la puntuación obtenida en las subescalas CBCL.

Puntuación T /	<i>Sin trastorno</i>	<i>Sospecha de trastorno</i>	<i>Probable trastorno</i>
N (%)	<50	50-64	≥ 65
CBCL-AD	105 (32.41)	113 (34.88)	106 (32.72)
CBCL-CA	110 (33.95)	123 (37.96)	91 (28.09)
CBCL-PA	12 (3.70)	122 (37.65)	190 (58.64)

De los 106 participantes que presentan puntuaciones clínicamente significativas en CBCL-AD, el 33.02% presenta desregulación emocional moderada (DEM) y el 57.5% desregulación emocional severa (DES). De los 91 participantes que presentan puntuaciones clínicamente significativas en CBCL-CA, el 31.87% presenta DEM y el 64.84%, DES. Por último, de los 190 participantes que presentan puntuaciones clínicamente significativas en CBCL-PA, el 37.89% presenta DEM y el 34.74%, DES. Véase la siguiente tabla:

Tabla 8. Puntuación en las subescalas CBCL y su relación con DEM y DES.

Puntuación T / N (%)	DEM			DES		
	<50	50-64	≥ 65	<50	50-64	≥ 65
CBCL-AD	12 (11.43)	40 (35.40)	35 (33.02)	0	11 (9.73)	61 (57.55)
CBCL-CA	12 (10.91)	47 (38.21)	29 (31.87)	2 (1.82)	11 (8.94)	59 (64.84)
CBCL-PA	0	16 (13.11)	72 (37.89)	0	6 (4.92)	66 (34.74)

En las figuras 7 y 8 se muestra la representación de los dominios afectivo, cognitivo y comportamental de la muestra que presenta DEM y DES:

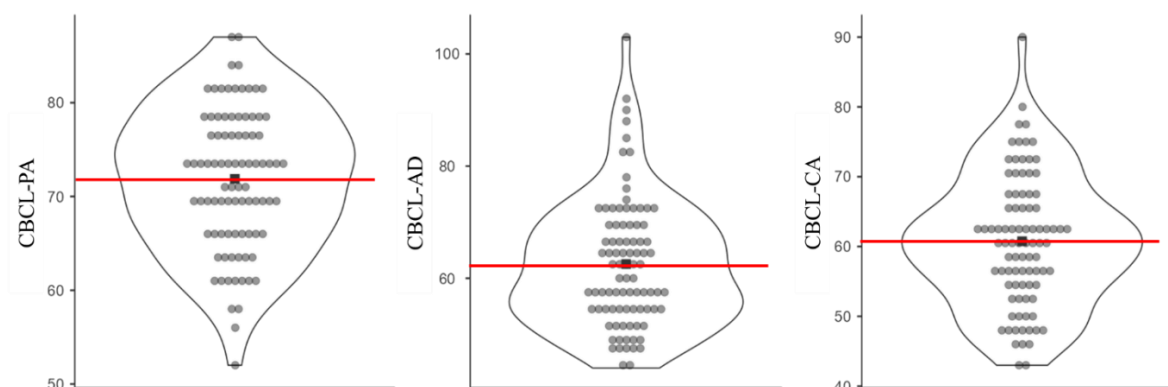


Figura 7. Distribución de las puntuaciones en las subescalas CBCL en la muestra con DEM

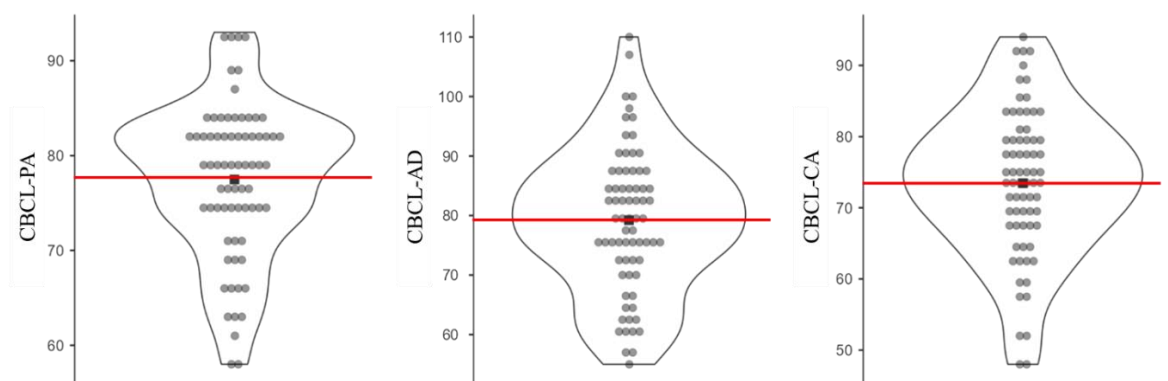


Figura 8. Distribución de las puntuaciones en las subescalas CBCL en la muestra con DES

O.1.3.- Características del menor relacionadas con la desregulación emocional y los subdominios de desregulación afectivo, cognitivo y comportamental.

La edad media de la muestra fue de 11.7 años ($DT = 3.71$, rango: 6.00-18.8). El 84% de los menores tenía algún grado de discapacidad reconocido, siendo el moderado el más frecuente. El 77.6% de la muestra tenía capacidad para expresarse verbalmente o usando frases sencillas y concretas. El 54.3% tiene un nivel académico similar al de sus compañeros o con excepción de algunas dificultades. El 64.2% presenta un nivel de autonomía personal en habilidades básicas de la vida diaria similar a otras personas de su edad o necesitan un poco más de ayuda. En cuanto a la sintomatología TEA, en la escala SCQ se obtuvo una puntuación media de 23.2 ($DT = 6.26$, rango: 12-38). La siguiente tabla muestra las correlaciones entre las subescalas CBCL y las características de los menores con autismo:

Tabla 9. Correlación de las características del niño con cada subescala CBCL (N = 324).

	CBCL-DP	CBCL-AD	CBCL-PA	CBCL-CA
Edad del menor (años)	-0.08	0.04	-0.08	-0.16**
Nivel académico	0.08	0.32***	-0.16**	-0.04
Comunicación	0.24***	0.44***	-0.02	0.08
Independencia	0.07	0.29***	-0.12**	-0.06
Grado de discapacidad	-0.29***	-0.38***	-0.11*	-0.17**
Grado de discapacidad intelectual	-0.11*	-0.22***	0.04	-0.03
Síntomas de TEA (SCQ)	0.11*	-0.04	0.18**	0.15**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Aparecen en negrita las correlaciones con un nivel moderado o superior.

Relación entre la edad y la desregulación emocional

Se observa una correlación negativa baja, aunque estadísticamente significativa, entre la edad y las puntuaciones en CBCL-CA ($r = -0.16$, $p < .01$).

Relación entre la capacidad comunicativa y la desregulación emocional

La capacidad comunicativa se asoció significativamente con la desregulación emocional ($r = 0.24$, $p < .001$) y la subescala CBCL-AD ($r = 0.44$, $p < .001$). Los menores que se expresan verbalmente con normalidad y los que hablan usando frases sencillas y concretas mostraron una mayor desregulación emocional ($M = 190.9$, $DT = 33.99$; $M = 183.9$, $DT = 29.46$; respectivamente) en comparación con aquellos menores que no se comunicaban de ninguna manera ($M = 161.4$, $DT = 15.52$) y/o aquellos que hacían uso de un lenguaje no verbal (pictogramas, gestos) ($M = 169.1$, $DT = 22.87$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(4, 319) = 4.86$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.06$ (figura 9). Los problemas de regulación emocional de los menores que se expresan verbalmente con normalidad fueron significativamente mayores en comparación con los menores que hacían uso de un lenguaje no verbal (pictogramas, gestos) y un tamaño del efecto moderado ($M_{dif} = 21.81$; $DT = 6.01$; $t(4, 319) = 3.63$; $p_{tukey} = 0.003$; $p_{scheffe} = 0.012$; $d = 0.71$).

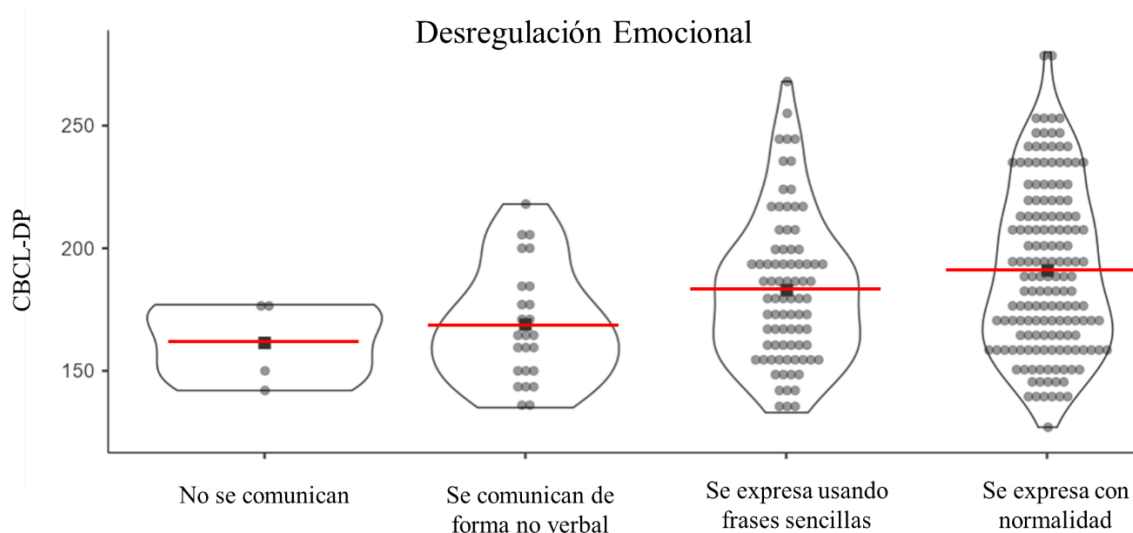


Figura 9. Puntuación media en la CBCL-DP según la capacidad comunicativa.

En cuanto al subdominio afectivo de la desregulación evaluado con el CBCL-AD, los menores que se expresan verbalmente con normalidad y los que hablan usando frases sencillas y concretas mostraron mayores problemas afectivos ($M = 66.0$, $DT = 15.42$; $M = 58.4$, $DT = 14.03$; respectivamente) que aquellos menores que no se comunicaban de ninguna manera ($M = 43.4$, $DT = 3.71$) y/o aquellos que hacían uso de un lenguaje no verbal (pictogramas, gestos) ($M = 49.4$, $DT = 9.83$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(4, 319) = 19.8$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.20$ (figura 10). Los problemas afectivos de los menores que se expresan verbalmente con normalidad fueron significativamente mayores en comparación con los menores que no se comunican de ninguna manera, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 22.64$; $DT = 6.24$; $t(4, 319) = 3.63$; $p_{tukey} = 0.003$; $p_{scheffe} = 0.012$; $d = 1.64$); comparados con los que hacían uso de un lenguaje no verbal (pictogramas, gestos), con tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 16.62$; $DT = 2.70$; $t(315) = 6.17$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.21$); comparados con los que se comunican palabras aisladas, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 16.06$; $DT = 2.43$; $t(315) = 6.62$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.17$); y por último, comparados con los que hablan usando frases sencillas y concretas, con un tamaño del efecto moderado ($M_{dif} = 7.61$; $DT = 1.83$; $t(315) = 4.15$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.002$; $d = 0.55$).

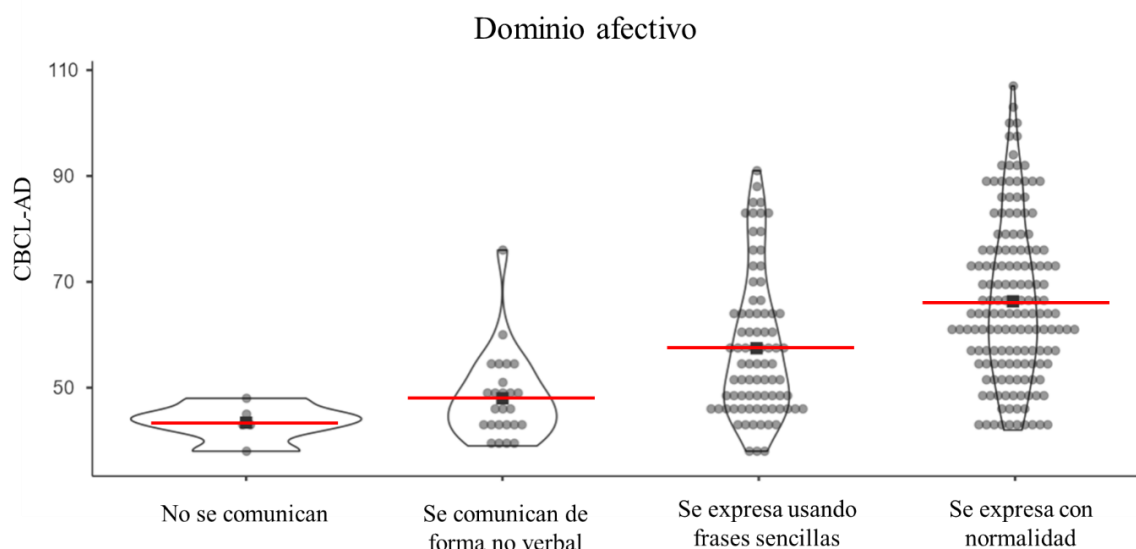


Figura 10. Puntuación media en la CBCL-AD según la capacidad comunicativa.

Relación entre el nivel académico y la desregulación emocional

Se encontró una correlación moderada significativa entre el nivel académico y la subescala CBCL-AD ($r = 0.32, p < .001$). Los menores que presentaban un nivel académico similar al de sus compañeros o con la excepción de algunas dificultades específicas presentaban más problemas afectivos ($M = 63.0, DT = 14.95; M = 65.9, DT = 17.32$; respectivamente) en comparación con aquellos menores que están muy por detrás ($M = 50.0, DT = 8.21$) o notablemente por detrás de sus compañeros ($M = 56.3, DT = 12.88$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(4, 319) = 11.5, p < 0.001, \eta^2 = 0.13$ (figura 11).

Los problemas afectivos de los menores con un nivel académico similar a los compañeros ordinarios fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un nivel académico muy por detrás de sus compañeros, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 12.83; DT = 2.58; t(315) = 4.98; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.89$). Además, los problemas afectivos de los menores con un nivel académico

similar al de sus compañeros de clase, con la excepción de algunas dificultades específicas, fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un nivel académico muy por detrás de sus compañeros, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 15.73$; $DT = 2.56$; $t(315) = 6.14$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.10$). Por último, los problemas afectivos de los menores con un nivel académico similar al de sus compañeros de clase, con la excepción de algunas dificultades específicas, fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un nivel académico notablemente por detrás de sus compañeros, con un tamaño del efecto moderado ($M_{dif} = 9.64$; $DT = 2.32$; $t(315) = 6.14$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.002$; $d = 0.67$).

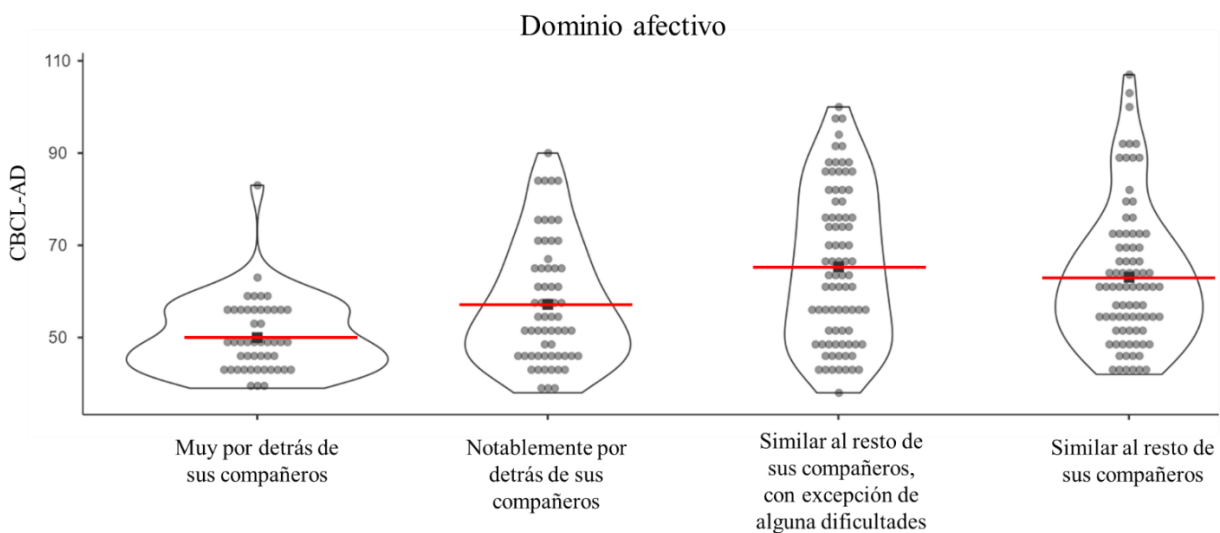


Figura 11. Puntuación media en la CBCL-AD según el nivel académico.

Relación entre el nivel de independencia y la desregulación emocional

El nivel de independencia correlaciona significativamente con la subescala CBCL-AD ($r = 0.29$, $p < .001$). Los menores que tenían un nivel de independencia similar o que necesitaban un poco más de ayuda que otras personas de su edad presentaban más problemas afectivos ($M = 62.0$, $DT = 16.1$; $M = 62.5$, $DT = 15.7$;

respectivamente) en comparación con aquellos menores que eran completamente dependientes ($M = 50.0$, $DT = 8.54$) o necesitan mucha más ayuda de los padres/cuidadores ($M = 55.3$, $DT = 12.7$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y el tamaño del efecto pequeño, $F(4, 319) = 11.4$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.13$ (figura 12).

Los problemas afectivos de los menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad fueron significativamente mayores en comparación con los menores que son completamente dependientes de la ayuda de los padres/cuidadores, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 12.51$; $DT = 2.78$; $t(315) = 4.49$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.87$). Además, los problemas afectivos de los menores que necesitan un poco más de ayuda que otras personas de su edad fueron significativamente mayores en comparación con los menores que son completamente dependientes de la ayuda de los padres/cuidadores, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 14.66$; $DT = 2.51$; $t(315) = 5.83$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.02$). Por último, los problemas afectivos de los menores que necesitan un poco más de ayuda que otras personas de su edad fueron significativamente mayores en comparación con los menores que necesitan mucha más de ayuda que otras personas de su edad, con un tamaño del efecto moderado ($M_{dif} = 9.35$; $DT = 2.08$; $t(315) = 4.50$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.002$; $d = 0.65$).

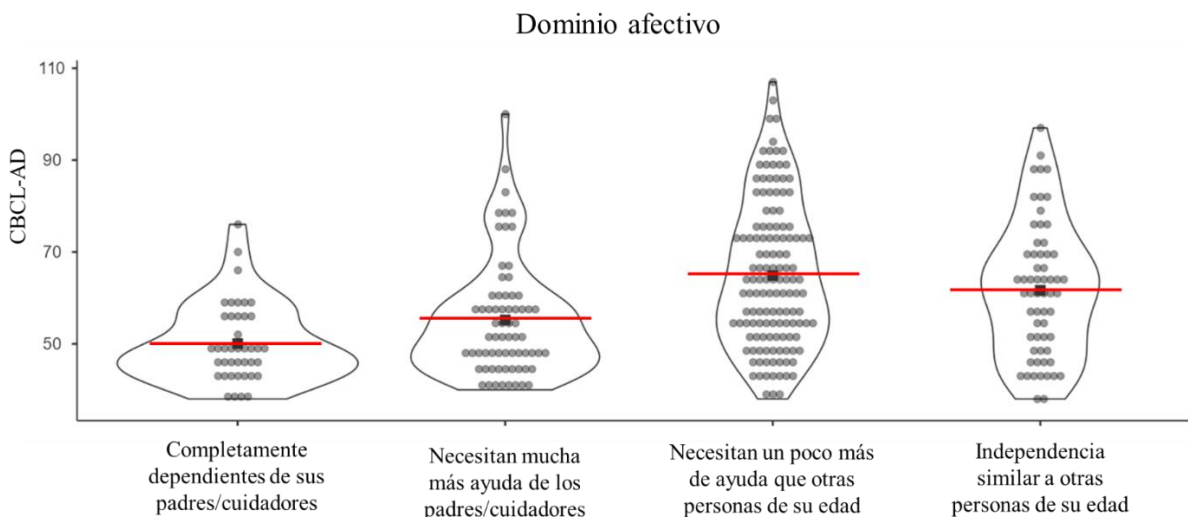


Figura 12. Puntuación media en la CBCL-AD según el nivel de independencia.

Relación entre el grado de discapacidad y la desregulación emocional

El grado de discapacidad se correlaciona significativamente con la desregulación emocional ($r = -0.29, p < .001$). Se encontró una correlación moderada significativa con la subescala CBCL-AD ($r = -0.38, p < .001$) y una correlación baja, aunque significativa, con la subescala CBCL-CA ($r = -0.17, p < .01$). Los menores con un grado de discapacidad leve y moderada mostraron una mayor desregulación emocional ($M = 195.2, DT = 39.8$; $M = 190.4, DT = 30.8$; respectivamente) que aquellos menores con un grado de discapacidad grave ($M = 170.6, DT = 22.3$) o muy grave ($M = 168.0, DT = 24.6$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(3, 268) = 9.47, p < 0.001, \eta^2 = 0.10$ (figura 13).

Los problemas de regulación emocional de los menores con un grado de discapacidad moderado fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un grado de discapacidad grave, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 19.07; DT = 4.23; t(264) = 4.51; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.66$) y comparados

con aquellos menores que presentan un grado de discapacidad muy grave, el tamaño del efecto fue moderado ($M_{dif} = 22.35$; $DT = 6.84$; $t(264) = 3.27$; $p_{tukey} = 0.007$; $p_{scheffe} = 0.015$; $d = 0.77$).

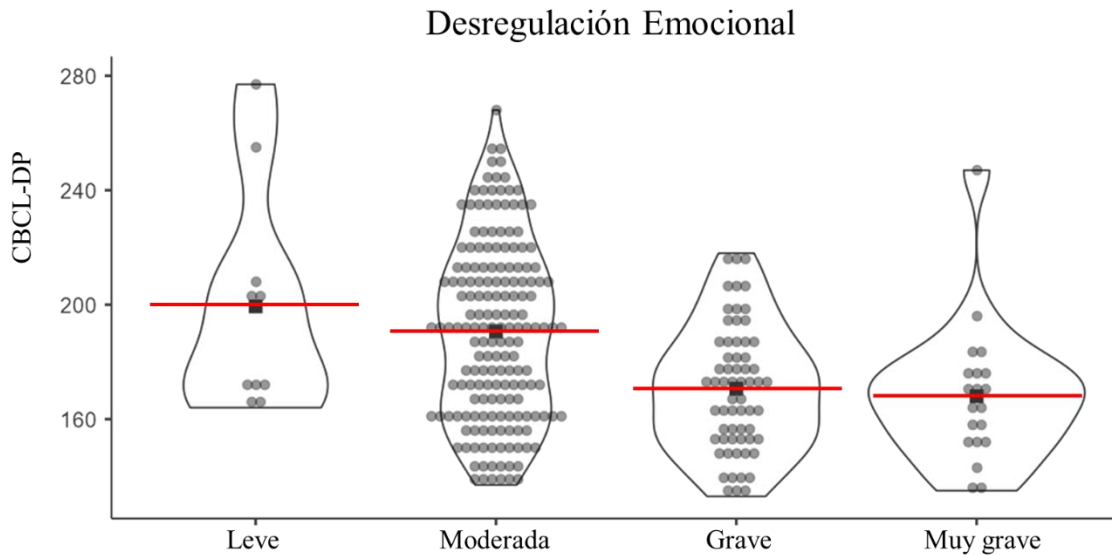


Figura 13. Puntuación media en la CBCL-DP según el grado de discapacidad.

En el subdominio afectivo de la desregulación evaluado con el CBCL-AD, los menores con un grado de discapacidad leve y moderada mostraron mayores problemas afectivos ($M = 68.2$, $DT = 18.6$; $M = 62.9$, $DT = 14.6$) que aquellos menores con un grado de discapacidad grave ($M = 51.9$, $DT = 9.87$) o muy grave ($M = 48.3$, $DT = 10.2$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(3, 268) = 16.5$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.16$ (figura 14).

Los problemas afectivos de los menores con un grado de discapacidad leve fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un grado de discapacidad grave, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 16.26$; $DT = 4.41$; $t(264) = 3.68$; $p_{tukey} = 0.002$; $p_{scheffe} = 0.004$; $d = 1.20$) y un grado de discapacidad muy grave,

con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 19.93$; $DT = 5.08$; $t(264) = 3.93$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.002$; $d = 1.47$). Además, los problemas afectivos de los menores con un grado de discapacidad moderado fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un grado de discapacidad grave, y un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 10.94$; $DT = 1.97$; $t(264) = 5.55$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.81$) y un grado de discapacidad muy grave, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 14.61$; $DT = 3.19$; $t(264) = 4.58$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.08$).

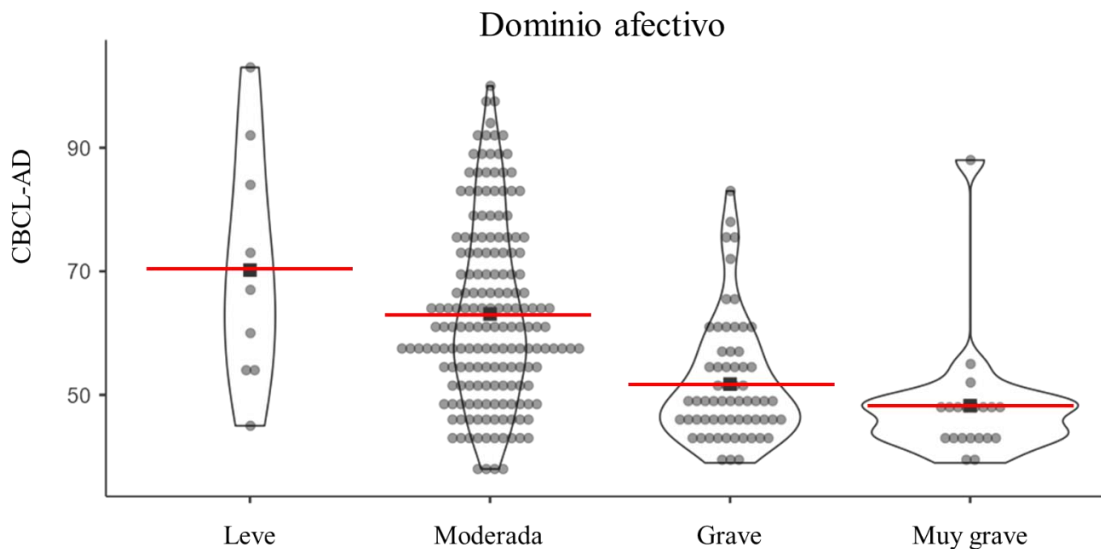


Figura 14. Puntuación media en la CBCL-AD según el grado de discapacidad.

Por último, en el subdominio comportamental de la desregulación medido a través del CBCL-CA los menores con un grado de discapacidad leve y moderada mostraron mayores comportamientos agresivos ($M = 58.5$, $DT = 14.5$; $M = 58.8$, $DT = 13.9$; respectivamente) que aquellos menores con un grado de discapacidad grave ($M = 53.5$, $DT = 14.5$) o muy grave ($M = 53.4$, $DT = 13.9$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(3, 268) = 3.36$, $p < 0.02$, $\eta^2 = 0.04$ (figura 15). Los problemas de comportamiento agresivo de los menores con

un grado de discapacidad moderado fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un grado de discapacidad grave, con un tamaño del efecto pequeño ($M_{dif} = 5.25$; $DT = 1.84$; $t(264) = 2.85$; $p_{tukey} = 0.02$; $p_{scheffe} = 0.05$; $d = 0.42$).

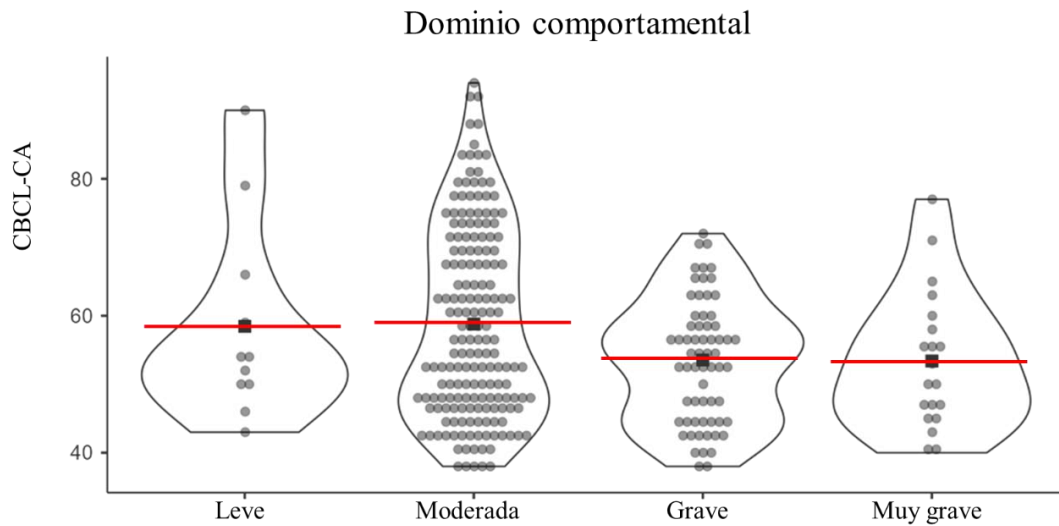


Figura 15. Puntuación media en la CBCL-CA según el grado de discapacidad.

Relación entre el grado de DI y la desregulación emocional

El grado de DI sólo correlacionó significativamente con la subescala CBCL-AD ($r = -0.22$, $p < .001$). Los menores sin DI y/o DI leve mostraron mayores problemas afectivos ($M = 61.6$, $DT = 15.55$; $M = 59.0$, $DT = 15.11$; respectivamente) que aquellos menores con un grado de DI moderado ($M = 52.0$, $DT = 10.8$) y DI grave ($M = 51.0$, $DT = 9.57$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño, $F(3, 320) = 5.65$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.05$ (figura 16).

Los problemas afectivos de los menores sin DI fueron significativamente mayores en comparación con los menores con un grado de DI moderada, con un tamaño del efecto moderado ($M_{dif} = 9.65$; $DT = 3.32$; $t(316) = 2.91$; $p_{tukey} = 0.02$; $p_{scheffe} = 0.04$;

$d = 0.65$) y DI grave, con un tamaño del efecto moderado ($M_{dif} = 10.55$; $DT = 3.39$; $t(316) = 3.11$; $p_{tukey} = 0.01$; $p_{scheffe} = 0.02$; $d = 0.71$).

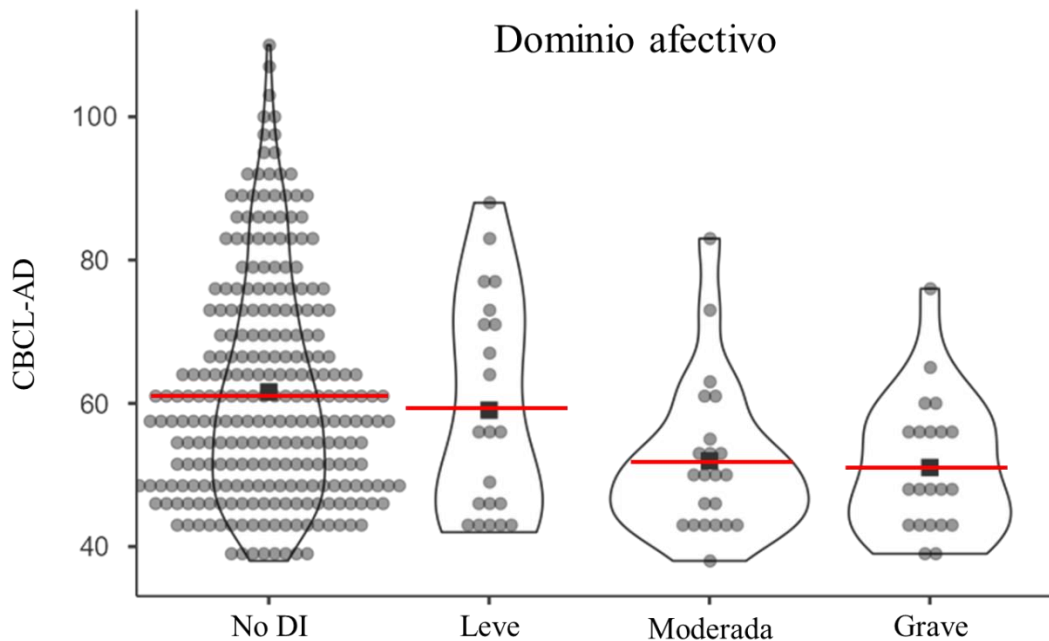


Figura 16. Puntuación media en la CBCL-AD según el grado de DI.

Relación entre la sintomatología TEA y la desregulación emocional

Se observó una correlación baja, aunque significativa, entre la escala SCQ con las subescalas CBCL-PA ($r = 0.18$, $p < .01$), CBCL-CA ($r = 0.15$, $p < .01$) y CBCL-DP ($r = 0.11$, $p < .05$).

0.1.4.- Características del menor que predicen la desregulación emocional CBCL-DP y los subdominios afectivo, cognitivo y comportamental.

Se analizó qué características del menor predicen la varianza de la variable desregulación emocional y los subdominios afectivo, cognitivo y comportamental. Se realizó un análisis de regresión múltiple en el que se introdujeron como variables independientes la edad, el género, el nivel académico, la capacidad comunicativa, el

nivel de independencia, el grado de discapacidad, el nivel de DI y la sintomatología TEA (SCQ).

Las características del menor predicen el 13% de la varianza de la desregulación emocional (CBCL-DP). Siendo estadísticamente significativas: la capacidad comunicativa, el grado de discapacidad y la sintomatología TEA (SCQ) (tabla 10).

En el dominio afectivo de la desregulación (CBCL-AD) las características del menor predicen el 26% de la varianza del. El análisis de regresión extrajo sólo dos características del menor estadísticamente significativas: la capacidad comunicativa y el grado de discapacidad.

En dominio cognitivo de la desregulación (CBCL-PA) las características del menor predicen el 9% de la varianza y en el dominio comportamental de la desregulación (CBCL-CA) el 8% de la varianza. En el CBCL-PA se observaron cuatro características estadísticamente significativas: el género, el nivel académico, el grado de discapacidad y la sintomatología TEA (SCQ). En el CBCL-CA las características que resultaron estadísticamente significativas fueron también el grado de discapacidad y la sintomatología TEA (SCQ) y, además, la edad y la capacidad comunicativa.

Tabla 10. Variables que predicen la varianza de CBCL-DP y las subescalas CBCL-AD, CBCL-PA y CBCL-CA.

	CBCL-DP	CBCL-AD	CBCL-PA	CBCL-CA
Edad	-0.02	0.11	-0.03	-0.15*
Género	0.10	0.03	0.17**	0.06
Nivel académico	-0.05	0.11	-0.16*	-0.10
Comunicación	0.28***	0.31***	0.13	0.20*
Independencia	-0.12	-0.04	-0.14	-0.11
Grado de discapacidad	-0.27***	-0.27***	-0.20**	-0.16*
Grado DI	0.00	-0.02	0.04	0.00
SCQ	0.13*	0.00	0.14*	0.19**
<i>R² ajustado</i>	0.13	0.26	0.09	0.08

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

O.2.- Los estilos educativos empleados por los padres de menores con autismo.

Para evaluar el estilo educativo adoptado por los progenitores se emplearon la Escala de Normas y Exigencias, versión para padres (ENE-P) y el Alabama Parenting Questionnaire (APQ).

O.2.1.- Escala de Normas y Exigencias, versión para padres (ENE-P)

La consistencia interna de las tres subescalas de la ENE-P fue adecuada: estilo inductivo ($\alpha = 0.86$ y $\omega = 0.86$), estilo rígido ($\alpha = 0.64$ y $\omega = 0.67$) y estilo indulgente ($\alpha = 0.80$ y $\omega = 0.80$).

Se observaron puntuaciones significativamente mayores en el estilo inductivo (total: $M = 41.3$, $DT = 7.19$, rango: 10-50; ítem: $M = 4.15$, $DT = 0.96$, rango: 1-5) en comparación a las subescalas de estilo rígido (total: $M = 25.8$, $DT = 6.11$, rango: 10-41; ítem: $M = 2.60$, $DT = 1.17$, rango: 1-5), con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 15.5$; $DT = 0.48$; $t(309) = 32.2$; $p < 0.001$; $d = 1.82$).

También se encontraron puntuaciones significativamente mayores en el estilo inductivo en comparación con el estilo indulgente (total: $M = 15.3$, $DT = 4.66$, rango: 8-33; ítem: $M = 1.93$, $DT = 0.86$, rango: 1-5), con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 26.1$; $DT = 0.52$; $t(309) = 50.6$; $p < 0.001$; $d = 2.86$).

Por último, la puntuación en el estilo rígido fue significativamente mayor comparada con la puntuación en el estilo indulgente, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 10.6$; $DT = 0.39$; $t(309) = 27.2$; $p < 0.001$; $d = 1.54$). Véase la comparación entre las puntuaciones en la siguiente figura.

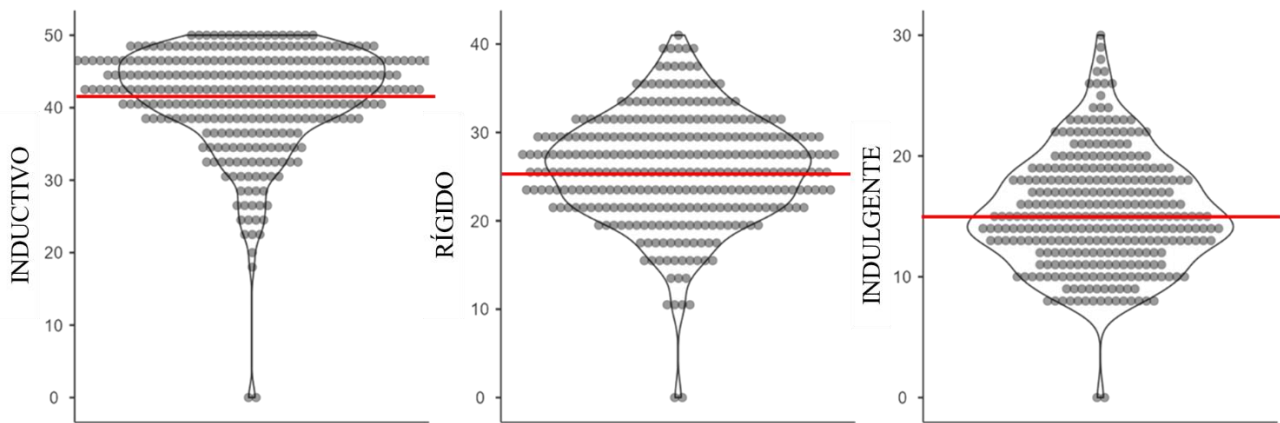


Figura 17. Puntuaciones obtenidas en las subescalas ENE-P.

Todos los ítems de la subescala de estilo inductivo presentan una puntuación media superior a 3.5 y siete de los diez ítems que componen esta subescala obtuvieron una puntuación media superior a 4 (a menudo, frecuentemente): ítems 1, 8, 11, 14, 19, 22 y 26. En la subescala de estilo rígido tres ítems superaron la puntuación media de 3 (algunas veces): ítems 2, 12 y 18. Por último, ningún ítem de la subescala de estilo indulgente obtuvo una puntuación media superior a 3. Todos los ítems de esta subescala tienen una puntuación media inferior a 2.5 y tres ítems tienen una puntuación media inferior a 2 (pocas veces): ítems 10, 16 y 24. Por último, si se eliminase el ítem 23 de la subescala estilo rígido se obtendría una mejora de la consistencia interna en 0.2 puntos (véase la tabla 11 para más información).

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala ENE-P (N = 313).

		<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	G1	G2	G3
Inductivo	Item 1. Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigarle	4.22	0.891	1-5	-1.08	0.71	0.87
	Item 6. Antes de castigar a mi hijo/a, escucho sus razones	3.90	1.16	1-5	-0.94	0.15	0.85
	Item 8. Le explico lo importante que son las normas para la convivencia	4.22	1.05	1-5	-1.43	1.57	0.83
	Item 11. Le explico las razones por las que debe cumplir las normas	4.31	0.99	1-5	-1.57	2.00	0.83
	Item 14. Le explico muy claro lo que se debe y no se debe hacer	4.35	0.82	1-5	-1.46	2.51	0.84
	Item 17. Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	3.63	1.11	1-5	-0.60	-0.31	0.84
	Item 19. Le explico las consecuencias de no cumplir las normas	4.12	1.04	1-5	-1.19	0.92	0.83
	Item 22. Si alguna vez me equivoco con mi hijo/a, lo reconozco	4.49	0.77	1-5	-1.56	2.24	0.85
	Item 26. Le animo a que haga las cosas por sí mismo/a	4.48	0.78	1-5	-1.64	2.86	0.84
Item 28. A medida que se hace mayor, le doy más responsabilidades.	3.81	1.01	1-5	-0.52	-0.49	0.85	
Rígido	Item 2. Intento controlar su vida en todo momento	3.53	1.03	1-5	-0.53	-0.08	0.61
	Item 4. Le digo que en casa mando yo	2.82	1.39	1-5	0.12	-1.23	0.62
	Item 9. Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer	1.49	0.74	1-4	1.42	1.35	0.62
	Item 12. Le exijo que cumpla las normas, aunque no las entienda	3.12	1.22	1-5	-0.14	-0.82	0.61
	Item 15. Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que yo digo	2.12	1.05	1-5	0.55	-0.66	0.60
	Item 18. Le exijo respeto absoluto a la autoridad	3.18	1.37	1-5	-0.28	-1.10	0.61
	Item 20. Le digo que los padres siempre llevamos la razón	2.18	1.23	1-5	0.68	-0.66	0.59
	Item 23. Le trato como si fuera un/una niño/a pequeño/a	2.38	1.20	1-5	0.40	-0.84	0.66
	Item 25. Me disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo	2.68	1.41	1-5	0.31	-1.19	0.64
Item 27. Le agobio porque siempre estoy pendiente de él/ella	2.52	1.03	1-5	0.27	-0.42	0.63	
Indulgente	Item 3. Le digo sí a todo lo que me pide	2.37	0.95	1-5	0.29	-0.52	0.77
	Item 5. Si me desobedece, no pasa nada	2.06	0.90	1-5	0.63	0.09	0.78
	Item 7. Le doy libertad total para que haga lo que quiera	2.11	1.00	1-5	0.41	-0.90	0.79
	Item 10. Llorando y enfadándose, consigue siempre lo que quiere	1.65	0.83	1-5	1.16	0.78	0.79
	Item 13. Hago la vista gorda cuando no cumple las normas	2.02	0.84	1-4	0.39	-0.59	0.77
	Item 16. Me da igual que obedezca o desobedezca	1.24	0.53	1-4	2.33	5.10	0.80
	Item 21. Consiento que haga lo que le gusta en todo momento	2.13	0.96	1-5	0.41	-0.56	0.76
	Item 24. Con tal que sea feliz, le dejo que haga lo que quiera	1.87	0.89	1-5	0.76	0.13	0.75

Nota. M = media; DT = desviación típica; G1 = asimetría; G2 = curtosis; G3 = Alpha de la subescala si se elimina el ítem

Se observó una correlación positiva baja entre el estilo inductivo y el estilo rígido ($r = 0.17, p < .01$) y una correlación negativa baja entre el estilo inductivo y el estilo indulgente ($r = -0.20, p < .001$). Por último, también se ha encontrado una correlación positiva baja entre el estilo rígido y el estilo indulgente ($r = 0.20, p < .001$).

0.2.2.- Cuestionario Alabama Parenting Questionnaire (APQ)

En cuanto a la escala APQ, la consistencia interna de las dos subescalas que evalúan el estilo educativo positivo fue significativamente mayor que las dos subescalas

que miden el estilo educativo negativo: implicación parental ($\alpha = 0.79$ y $\omega = 0.79$) y crianza positiva ($\alpha = 0.80$ y $\omega = 0.84$), frente a pobre supervisión ($\alpha = 0.46$ y $\omega = 0.60$) y disciplina inconsistente ($\alpha = 0.59$ y $\omega = 0.61$).

Se observaron puntuaciones significativamente mayores en implicación parental (total: $M = 39.7$, $DT = 5.93$, rango: 20-50; ítem: $M = 3.97$, $DT = 0.98$, rango: 1-5) en comparación a la subescala de pobre supervisión (total: $M = 13.6$, $DT = 3.55$, rango: 10-27; ítem: $M = 1.99$, $DT = 0.99$, rango: 1-5), con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 26.1$; $DT = 0.41$; $t(301) = 63.1$; $p < 0.001$; $d = 3.60$). También se encontraron puntuaciones significativamente mayores en implicación parental en comparación a la subescala de disciplina inconsistente (total: $M = 11.9$, $DT = 3.99$, rango: 6-22; ítem: $M = 1.36$, $DT = 0.78$, rango: 1-5), con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 27.8$; $DT = 0.41$; $t(301) = 67.8$; $p < 0.001$; $d = 3.87$).

Por otro lado, en la subescala crianza positiva se observaron puntuaciones significativamente mayores (total: $M = 26.7$, $DT = 3.10$, rango: 10-30; ítem: $M = 4.45$, $DT = 0.72$, rango: 1-5) en comparación a las subescalas de pobre supervisión, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 13.1$; $DT = 0.31$; $t(301) = 41.9$; $p < 0.001$; $d = 2.40$). Además, también se encontraron puntuaciones significativamente mayores comparada con la subescala disciplina inconsistente, con un tamaño del efecto grande ($M_{dif} = 14.7$; $DT = 0.28$; $t(301) = 53.1$; $p < 0.001$; $d = 3.03$). Véase la comparación entre las puntuaciones en la siguiente figura.

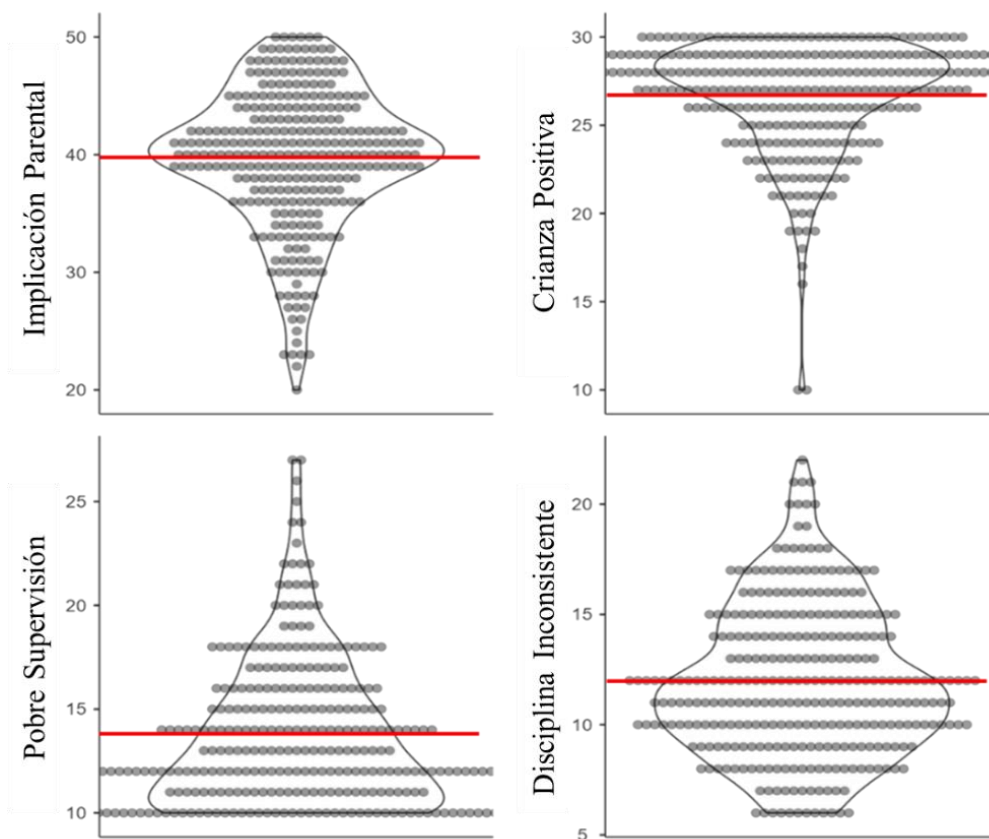


Figura 18. Puntuaciones obtenidas en las subescalas APQ.

Los ítems de las dos subescalas que evalúan estilos de crianza positivos presentan puntuaciones significativamente elevadas. Todos los ítems de la subescala implicación parental presentan una puntuación media igual o superior a 3.5, salvo el ítem 23 ($M = 2.86$, $DT = 1.16$). Tres de los diez ítems que componen esta subescala obtuvieron una puntuación media superior a 4 (a menudo, frecuentemente): ítems 9, 15 y 26. En la subescala crianza positiva cinco de los seis ítems que componen la escala tienen una puntuación media superior a 4.5, ítems 2, 13, 16, 18 y 27.

En cuanto a los subdominios que evalúan estilos de crianza negativos, todos los ítems presentan puntuaciones inferiores a 2.5. En la subescala pobre supervisión todos los ítems obtuvieron una puntuación media inferior a 2 (casi nunca) y en la subescala

disciplina inconsistente, fueron tres de los seis ítems que componen esta subescala, ítems 8, 12 y 23.

Por último, no es necesario eliminar ninguno de los ítems de las dos subescalas que evalúan estilos de crianza positivos (implicación parental y crianza positiva) y la subescala de disciplina inconsistente, ya que no produciría una mejora significativa de la consistencia interna de estas subescalas. En cambio, si se eliminase el ítem 6 de la subescala pobre supervisión se obtendría una mejora de la consistencia interna de esta subescala en 0.5 puntos (véase la tabla 12 para más información).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario APQ (N = 306).

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	G1	G2	G3	
Implicación Parental	Item 1. Tiene charlas amistosas con su hijo.	3.97	0.94	1-5	-1.02	1.10	0.76
	Item 4. Ayuda a su hijo en actividades propias (actividades que le gustan) en las que participa.	3.94	0.86	1-5	-0.42	-0.37	0.78
	Item 7. Juega o hace otras cosas divertidas con su hijo.	3.92	0.83	1-5	-0.29	-0.28	0.77
	Item 9. Le pregunta a su hijo sobre cómo le ha ido el día en el colegio.	4.74	0.67	1-5	-3.45	13.67	0.77
	Item 11. Ayuda a su hijo con sus deberes.	3.87	1.30	1-5	-0.98	-0.20	0.77
	Item 14. Le pregunta a su hijo qué va a hacer durante el día.	3.82	1.17	1-5	-0.92	0.17	0.75
	Item 15. Lleva a su hijo a sus actividades preferidas.	4.34	0.81	1-5	-1.40	2.57	0.78
	Item 20. Habla con su hijo sobre sus amigos.	3.50	1.41	1-5	-0.72	-0.76	0.76
	Item 23. Su hijo colabora en las decisiones familiares.	2.86	1.16	1-5	-0.17	-0.69	0.77
	Item 26. Acude a las reuniones de los padres con los profesores o a otras reuniones de la escuela de su hijo.	4.76	0.64	1-5	-3.43	13.79	0.80
Crianza Positiva	Item 2. Le hace saber a su hijo cuando está haciendo un buen trabajo.	4.69	0.56	2-5	-1.70	2.58	0.75
	Item 5. Premia o da algo extra a su hijo cuando le obedece o se porta bien.	3.47	1.01	1-5	-0.36	-0.19	0.84
	Item 13. Felicita a su hijo cuando hace algo bien.	4.75	0.56	1-5	-2.71	9.37	0.74
	Item 16. Alaba a su hijo cuando se porta bien.	4.60	0.66	1-5	-1.96	5.33	0.73
	Item 18. Abraza o besa a su hijo cuando ha hecho algo bien.	4.59	0.77	1-5	-2.15	4.99	0.75
	Item 27. Le dice a su hijo que le gusta cuando colabora en casa.	4.58	0.76	1-5	-2.19	5.39	0.79
Pobre Supervisión	Item 6. Su hijo no le deja notas ni le dice adónde va.	1.77	1.38	1-5	1.58	0.92	0.51
	Item 10. Su hijo sigue estando fuera por la tarde/noche pasada la hora en que se supone que debería estar en casa.	1.09	0.37	1-4	5.15	30.23	0.43
	Item 17. Su hijo sale con amigos a los que usted no conoce.	1.20	0.64	1-5	3.73	14.99	0.42
	Item 19. Su hijo sale sin tener una hora límite para volver a casa.	1.12	0.55	1-5	5.32	30.07	0.43
	Item 21. Su hijo está fuera sin ningún adulto cuando ya es de noche.	1.14	0.51	1-5	4.25	20.64	0.39
	Item 24. Está tan ocupado que olvida dónde está su hijo y qué está haciendo.	1.19	0.49	1-4	2.73	7.55	0.43
	Item 28. No controla que su hijo vuelva a casa a la hora que debería hacerlo.	1.43	1.19	1-5	2.57	4.82	0.41
	Item 29. No le dice a su hijo adónde se va usted.	1.98	1.30	1-5	1.22	0.35	0.44
	Item 30. Su hijo vuelve a casa después de la escuela una hora más tarde de lo esperado.	1.07	0.37	1-5	6.72	53.47	0.44
	Item 32. Su hijo está en casa sin supervisión de ningún adulto.	1.62	0.97	1-5	1.42	1.16	0.41
Disciplina Inconsistente	Item 3. Amenaza con castigar a su hijo y luego realmente no lo hace.	2.26	0.93	1-5	0.37	-0.15	0.50
	Item 8. Su hijo le convence para que no lo castigue después de haberse portado mal.	1.96	1.08	1-5	0.86	-0.15	0.56
	Item 12. Siente que el hecho de conseguir que su hijo le obedezca le da tantos problemas que no le compensa.	1.91	1.06	1-5	0.90	-0.14	0.53
	Item 22. Permite que su hijo pueda escaparse de un castigo enseguida.	1.70	0.85	1-4	0.91	-0.23	0.48
	Item 25. No castiga a su hijo cuando hace algo malo.	2.07	1.01	1-5	0.83	0.36	0.60
	Item 31. El castigo que le da a su hijo depende de su estado de ánimo.	2.05	1.01	1-5	0.56	-0.37	0.54

Nota. M = media; DT = desviación típica; G1 = asimetría; G2 = curtosis; G3 = Alpha de la subescala si se elimina el ítem

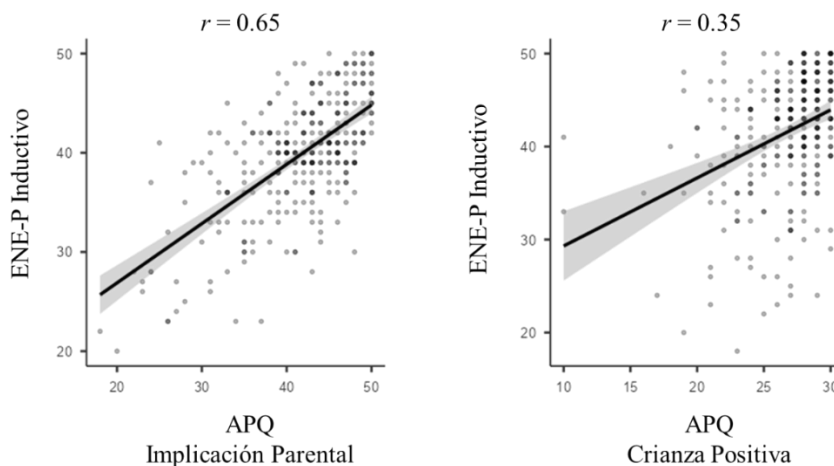
Se observó una correlación positiva moderada ente la subescala implicación parental y la subescala crianza positiva ($r = 0.45, p < .001$). Por otro lado, aunque resulte significativa, se encontró una correlación baja entre la subescala Pobre Supervisión y

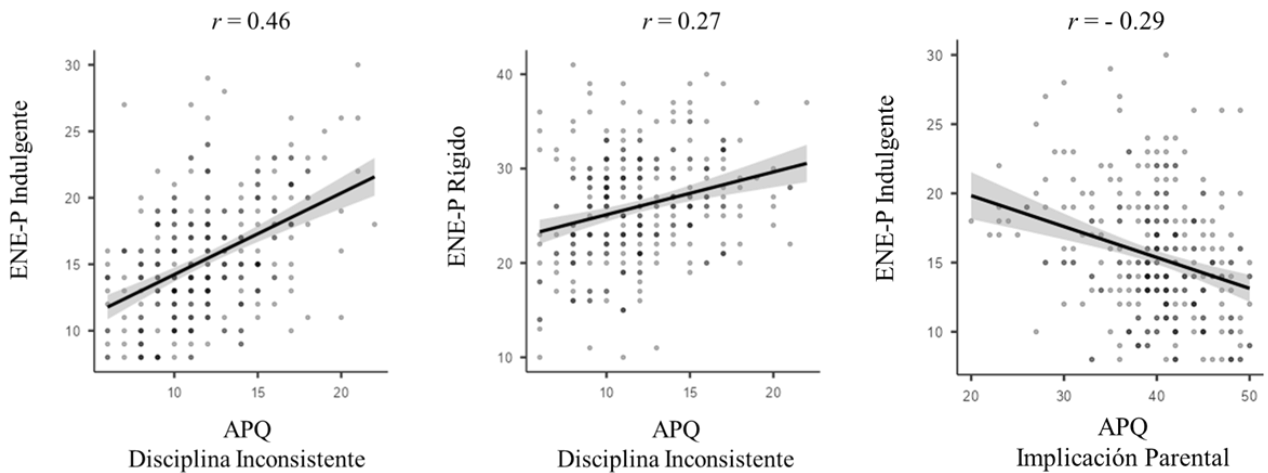
disciplina inconsistente ($r = 0.14, p < .05$). Estos datos indican que existe una mayor relación entre las subescalas que componen el estilo de crianza positivo que aquellas subescalas que componen el estilo de crianza negativo.

Por otro lado, se encontró una correlación negativa significativa entre la subescala de crianza positiva y la subescala pobre supervisión ($r = -0.34, p < .001$). Por último, existe una baja correlación negativa, aunque significativa, entre las subescalas crianza positiva e implicación parental y la subescala disciplina inconsistente ($r = -0.12, p < .05$, para ambas subescalas).

0.2.3.- Relación entre los estilos educativos evaluados por ambas escalas

El estilo inductivo de la escala ENE-P correlacionó significativamente con las dos subescalas correspondientes al estilo educativo positivo de la APQ, implicación parental ($r = 0.65, p < .001$) y crianza positiva ($r = 0.35, p < .001$). El estilo rígido correlacionó significativamente con la subescala disciplina inconsistente ($r = 0.27, p < .001$). Por último, el estilo indulgente correlacionó positivamente con la subescala disciplina inconsistente ($r = 0.46, p < .001$) y negativamente, con la subescala implicación parental ($r = -0.29, p < .001$).





En la siguiente tabla, se muestran el resto de correlaciones entre ENE-P y APQ:

Tabla 13. Correlaciones entre las subescalas de ENE-P y APQ.

		ENE-P		
		Inductivo	Rígido	Indulgente
APQ	Implicación parental	0.65***	-0.03	-0.29***
	Crianza positiva	0.35***	0.07	-0.16**
	Pobre supervisión	-0.02	0.07	0.15*
	Disciplina inconsistente	-0.22	0.27***	0.46***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Aparecen en negrita las correlaciones con un nivel moderado o superior.

0.2.4.- Estilo educativo democrático, rígido y permisivo

La asociación entre las subescalas nos hace pensar que puede existir tres categorías diferentes de estilo educativo parental. Por un lado, estarían los comportamientos relacionados con el estilo inductivo, la implicación parental y la crianza positiva; al que podríamos llamar *estilo educativo democrático* (E.E. Democrático). Por otro lado, se encuentran los comportamientos relacionados con el estilo indulgente y disciplina inconsistente podríamos llamar *estilo educativo permisivo*

(E.E. Permisivo). Y, por último, estaría la subescala de estilo educativo rígido de la ENE-P al que llamaríamos *estilo educativo rígido* (E.E. Rígido).

La subescala pobre supervisión al presentar una débil asociación con disciplina inconsistente y estilo indulgente y no asociarse con el estilo rígido, no podría formar parte ni del E.E. Permisivo ni E.E. Rígido.

La consistencia interna del E.E. Democrático (ENE-P inductivo, APQ-IP y APQ-CP) y E.E. Permisivo (ENE-P indulgente y APQ-DI) fue adecuada ($\alpha = 0.90$ y $\omega = 0.90$; $\alpha = 0.79$ y $\omega = 0.81$; respectivamente). La puntuación media del E.E. Democrático fue 108 ($DT = 12.9$, rango: 59-130) y del E.E. Permisivo 27.4 ($DT = 6.76$, rango: 14-51) (figura 19).

La correlación media de los ítems del E.E. Democrático con la puntuación total de esta categoría fue de 0.54 ($DT = 0.13$; rango: 0.23-0.72). Por otro lado, la correlación media de los ítems del E.E. Permisivo con la puntuación total de esta categoría fue de 0.53 ($DT = 0.11$; rango: 0.37-0.67) (Figura 20).

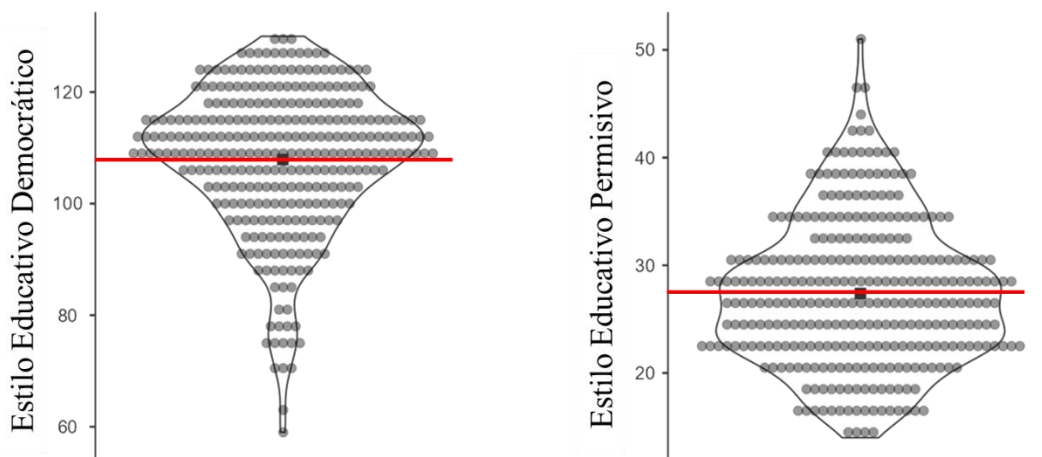


Figura 19. Puntuaciones obtenidas en los estilos educativos democrático y permisivo.

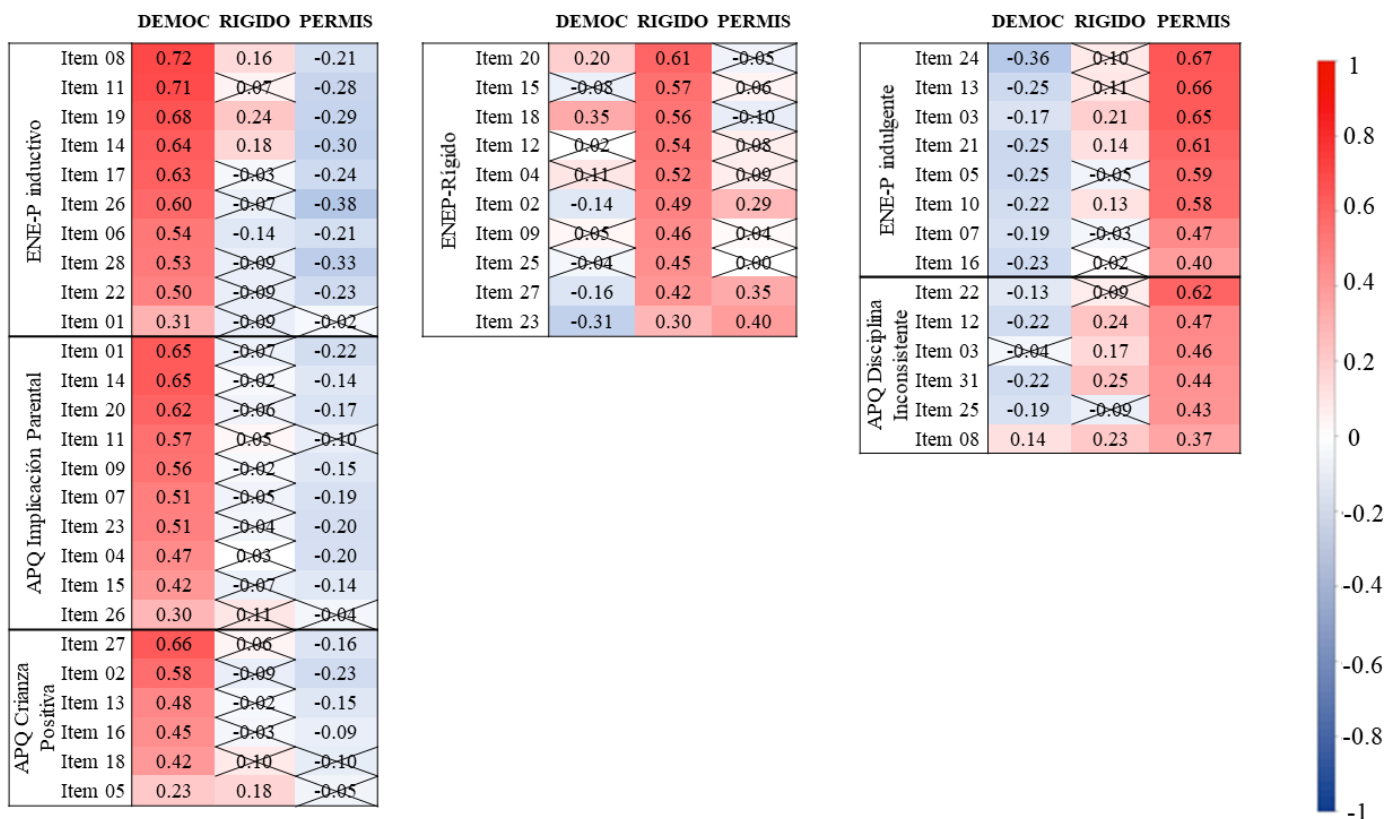


Figura 20. Correlogramas que representan correlaciones punto-biserial entre los ítems de las subescalas ENE-P y APQ con el estilo educativo democrático (DEMOC), estilo rígido y el estilo educativo permisivo (PERMIS). La intensidad y el color de los cuadrados representan la magnitud y el signo (rojo = positivo y azul = negativo) de la correlación, respectivamente. Un valor cruzado indica una correlación no significativa ($p > 0.05$; corrección de Bonferroni-Holm).

0.2.5. Relación entre las características de los progenitores y los estilos educativos.

A continuación, se describe la relación entre los estilos educativos y las características del progenitor y su cónyuge (véase tabla 14).

En cuanto al género del progenitor, en la escala ENE-P se observó una diferencia significativa en la subescala de estilo inductivo $F(1, 311) = 8.98, p < 0.01, \eta^2 = 0.03$ (madre: $M = 42.1, DT = 6.04$; padre: $M = 39.4, DT = 7.30$) y en el estilo indulgente $F(1, 311) = 4.27, p < 0.05, \eta^2 = 0.01$ (madre: $M = 15.2, DT = 4.5$; padre: $M = 16.5, DT = 4.39$). En la escala APQ se observó una diferencia significativa en la subescala

implicación parental $F(1, 304) = 13.8, p < 0.001, \eta^2 = 0.04$ (madre: $M = 40.3, DT = 5.65$; padre: $M = 37.2, DT = 6.43$). Las madres emplean con más frecuencia comportamientos del estilo inductivo ($M_{dif} = 2.69; DT = 0.89; t(309) = 3.00; p_{tukey} = 0.003; p_{scheffe} = 0.003; d = 0.43$) e implicación parental ($M_{dif} = 3.13; DT = 0.84; t(302) = 3.72; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.54$) en comparación con los padres. Por otro lado, los padres emplean con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente ($M_{dif} = 1.31; DT = 0.64; t(309) = 2.07; p_{tukey} = 0.04; p_{scheffe} = 0.04; d = 0.29$) en comparación con las madres. Hay que destacar que el número de madres que participaron en el estudio es significativamente mayor que el número de padres ($N_{padres} = 62$ y $N_{madres} = 262$).

La edad del progenitor participante en el estudio correlacionó significativamente con las subescalas de la APQ implicación parental ($r = -0.17, p < .001$), crianza positiva ($r = -0.22, p < .001$) y pobre supervisión ($r = 0.17, p < .001$). Los progenitores más jóvenes empleaban con más frecuencia comportamientos relacionados con el estilo educativo correspondiente a la implicación parental y crianza positiva en comparación a los progenitores más mayores, mientras que los progenitores más mayores informaban de emplear con más frecuencia comportamientos relacionados con el estilo educativo de pobre supervisión en comparación a los progenitores más jóvenes.

El número de hijos correlacionó significativamente con las subescalas de la ENE-P estilo inductivo ($r = -0.18, p < .001$) y estilo indulgente ($r = 0.15, p < .01$) y con las subescalas de la APQ implicación parental ($r = -0.19, p < .001$), crianza positiva ($r = -0.16, p < .001$) y disciplina inconsistente ($r = 0.14, p < .05$).

Tabla 14. Correlaciones entre las características de los progenitores y las escalas ENE-P y APQ.

	ENE-P			APQ			
	Inductivo	Rígido	Indulgente	I.P.	C.P.	P.S.	D.I.
Edad del progenitor participante	-0.11	-0.03	0.08	-0.17**	-0.22***	0.17**	-0.02
Número de hijos	-0.18***	-0.04	0.15**	-0.19***	-0.16**	0.06	0.14*
N.E. progenitor participante	-0.04	0.01	0.03	-0.07	-0.05	-0.06	-0.03
N.E. cónyuge	-0.02	-0.04	0.04	-0.05	0.10	-0.08	-0.04

Nota. N.E. progenitor participante: nivel educativo del progenitor participante; N.E. cónyuge: nivel educativo del cónyuge; I.P.: Implicación Parental; C.P.: Crianza Positiva; P.S.: Pobre Supervisión; D.I.: Disciplina Inconsistente.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

O.2.6.- Relación entre las características del menor y los estilos educativos.

Relación entre la edad del menor y los estilos educativos del progenitor

La edad del menor correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo indulgente de la ENE-P ($r = 0.12$, $p < .05$) y la subescala pobre supervisión de la APQ ($r = 0.33$, $p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con las subescalas de implicación parental ($r = -0.18$, $p < .01$) y crianza positiva de la APQ ($r = -0.36$, $p < .001$). Los padres de niños/as de menor edad muestran más comportamientos relacionados con el E.E. Democrático en comparación a los padres de niños/as mayores.

Relación entre el nivel académico del menor y los estilos educativos del progenitor

El nivel académico correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = 0.23$, $p < .001$) y la subescala de implicación parental de la APQ ($r = 0.24$, $p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con el estilo indulgente de la ENE-P ($r = -0.22$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo inductivo de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(4, 308) = 5.42$, $p < 0.001$,

$\eta^2 = 0.07$. Los padres de menores que presentaban un nivel académico similar al de sus compañeros empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo de la ENE-P ($M = 42.8$, $DT = 0.68$) en comparación con aquellos padres de menores que están muy por detrás de sus compañeros ($M = 37.9$, $DT = 0.90$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 4.85$; $DT = 1.13$; $t(304) = 4.31$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.001$; $d = 0.78$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la implicación parental de la APQ y un tamaño del efecto medio, $F(4, 301) = 6.54$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.08$. Los padres de menores que presentaban un nivel académico similar al de sus compañeros, con la excepción de algunas dificultades específicas empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 42.5$, $DT = 0.68$) en comparación con aquellos padres de menores que están muy por detrás de sus compañeros, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 4.56$; $DT = 1.13$; $t(304) = 4.31$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.003$; $d = 0.73$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo indulgente de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(4, 308) = 4.83$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.06$. Los padres de menores que presentaban un nivel académico muy por detrás de sus compañeros empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente ($M = 17.1$, $DT = 0.64$) en comparación con aquellos padres de menores con un nivel académico similar al de sus compañeros, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.73$; $DT = 0.95$; $t(304) = -3.43$; $p_{tukey} < 0.006$; $p_{scheffe} = 0.021$; $d = 0.62$.

Relación entre la capacidad de comunicación del menor y los estilos educativos del progenitor

La capacidad de comunicación correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = 0.42, p < .001$) y la subescala de implicación parental de la APQ ($r = 0.37, p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con el estilo indulgente de la ENE-P ($r = -0.24, p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo inductivo de la ENE-P y un tamaño del efecto grande, $F(4, 308) = 18.9, p < 0.001, \eta^2 = 0.20$. Los padres de menores que se expresan verbalmente con normalidad y que hablan usando frases sencillas y concretas empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo ($M = 43.3, DT = 0.46; M = 42.4, DT = 0.63$; respectivamente) en comparación con aquellos padres de menores que no se comunican de ninguna manera ($M = 28.8, DT = 2.89$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 14.5; DT = 2.93; t(304) = 4.96; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = -2.51$), $M_{dif} = 13.61; DT = 2.96; t(304) = 4.60; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 2.36$; respectivamente. Además, los padres de menores que se expresan verbalmente con normalidad y que hablan usando frases sencillas y concretas empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo en comparación con aquellos padres de menores que hace un uso de lenguaje no verbal (p. ej. pictogramas, gestos) ($M = 36.3, DT = 1.07$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 6.97; DT = 1.17; t(304) = 5.98; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 1.21, M_{dif} = -6.09; DT = 1.25; t(304) = 4.88; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 1.05$; respectivamente. También, los padres de menores que se expresan verbalmente con normalidad y que hablan usando

frases sencillas y concretas empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo en comparación con aquellos padres de menores que se comunican con palabras aisladas ($M = 37.7$, $DT = 0.95$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 5.54$; $DT = 1.05$; $t(304) = 5.26$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.96$, $M_{dif} = -4.66$; $DT = 1.14$; $t(304) = 4.08$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.003$; $d = 0.81$; respectivamente.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la implicación parental de la APQ y un tamaño del efecto grande, $F(4, 301) = 15.3$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.17$. Los padres de menores que se expresan verbalmente con normalidad y que hablan usando frases sencillas y concretas empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 41.2$, $DT = 0.43$; $M = 40.6$, $DT = 0.61$; respectivamente) en comparación con aquellos padres de menores que hace un uso de lenguaje no verbal (p. ej. pictogramas, gestos) ($M = 35.8$, $DT = 1.06$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 5.37$; $DT = 1.15$; $t(297) = 4.67$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.98$), $M_{dif} = 4.76$; $DT = 1.23$; $t(297) = 3.87$; $p_{tukey} = 0.001$; $p_{scheffe} = 0.005$; $d = 0.87$; respectivamente. Además, los padres de menores que se expresan verbalmente con normalidad y que hablan usando frases sencillas y concretas empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental en comparación con aquellos padres de menores que se comunican con palabras aisladas ($M = 34.7$, $DT = 0.91$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 6.49$; $DT = 1.00$; $t(297) = 6.47$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.19$, $M_{dif} = -5.69$; $DT = 1.09$; $t(297) = 5.38$ $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.08$; respectivamente.

Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo indulgente de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(4, 308) = 4.93$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.06$. Los padres de menores que se comunican a través del uso de lenguaje no verbal (p. ej. pictogramas, gestos) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente ($M = 17.5$, $DT = 0.81$) en comparación con aquellos padres de menores que se expresan verbalmente con normalidad ($M = 14.5$, $DT = 0.34$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.99$; $DT = 0.89$; $t(304) = 3.37$; $p_{tukey} = 0.007$; $p_{scheffe} = 0.024$; $d = 0.68$.

Relación entre el nivel de independencia del menor y los estilos educativos del progenitor

El nivel de independencia correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = 0.30$, $p < .001$), la subescala de implicación parental ($r = 0.22$, $p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con el estilo educativo rígido ($r = -0.12$, $p < .05$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo inductivo de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(4, 308) = 8.40$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.09$. Los padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad o que necesitan un poco más de ayuda que otras personas de su edad empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo ($M = 43.3$, $DT = 0.74$; $M = 42.5$, $DT = 0.53$; respectivamente) en comparación con aquellos padres de menores que eran completamente dependientes de la ayuda de sus padres/cuidadores ($M = 37.0$, $DT = 0.97$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 6.31$; $DT = 1.22$; $t(304) = 5.17$; p_{tukey}

< 0.001 ; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.03$, $M_{dif} = 5.50$; $DT = 1.10$; $t(304) = 4.98$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.90$; respectivamente.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la implicación parental de la APQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(4, 301) = 4.28$, $p = 0.002$, $\eta^2 = 0.05$. Los padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad o que necesitan un poco más de ayuda que otras personas de su edad empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 41.0$, $DT = 0.70$; $M = 40.2$, $DT = 0.51$; respectivamente) en comparación con aquellos padres de menores que eran completamente dependientes de la ayuda de sus padres/cuidadores ($M = 36.5$, $DT = 0.93$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 4.57$; $DT = 1.16$; $t(297) = 3.92$; $p_{tukey} = 0.001$; $p_{scheffe} = 0.005$; $d = 0.79$, $M_{dif} = 3.74$; $DT = 1.06$; $t(297) = 3.54$; $p_{tukey} = 0.004$; $p_{scheffe} = 0.015$; $d = 0.65$; respectivamente.

Se observó diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo rígido de la ENE-P y un tamaño del efecto pequeño, $F(4, 308) = 3.89$, $p = 0.004$, $\eta^2 = 0.05$. Los padres de menores que necesitan mucha más de ayuda que otras personas de su edad empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido ($M = 27.1$, $DT = 0.67$) en comparación con aquellos padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad ($M = 23.8$, $DT = 0.69$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.32$; $DT = 0.96$; $t(304) = 3.46$; $p_{tukey} = 0.006$; $p_{scheffe} = 0.019$; $d = 0.59$.

Relación entre el grado de discapacidad del menor y los estilos educativos del progenitor

El grado de discapacidad correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo indulgente de la ENE-P ($r = 0.22, p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = -0.25, p < .001$) e implicación parental de la APQ ($r = -0.21, p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo indulgente de la ENE-P y un tamaño del efecto pequeño, $F(4, 308) = 4.85, p = 0.003, \eta^2 = 0.05$. Los padres de menores con un grado de discapacidad grave empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente ($M = 17.0, DT = 0.57$) en comparación con aquellos padres de menores con un grado de discapacidad moderada ($M = 14.9, DT = 0.34$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto medio, $M_{dif} = 2.10; DT = 0.67; t(254) = 3.15; p_{tukey} = 0.010; p_{scheffe} = 0.021; d = 0.47$.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo inductivo de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(4, 258) = 5.74, p < 0.001, \eta^2 = 0.06$. Los padres de menores con un grado de discapacidad leve empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo ($M = 44.6, DT = 1.99$) en comparación con aquellos padres de menores con un grado de discapacidad muy grave ($M = 37.3, DT = 1.45$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 7.28; DT = 2.42; t(254) = 2.96; p_{tukey} = 0.018; p_{scheffe} = 0.035; d = 1.56$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la implicación parental de la APQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(4, 251) = 4.06$, $p = 0.008$, $\eta^2 = 0.05$. Los padres de menores con un grado de discapacidad leve empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 42.6$, $DT = 1.77$) en comparación con aquellos padres de menores con un grado de discapacidad muy grave ($M = 37.0$, $DT = 1.39$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 5.64$; $DT = 2.25$; $t(247) = 2.51$; $p_{tukey} = 0.06$; $p_{scheffe} = 0.102$; $d = 0.96$.

Relación entre el nivel de DI del menor y los estilos educativos del progenitor

El nivel de DI correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo indulgente de la ENE-P ($r = 0.29$, $p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = -0.34$, $p < .001$) e implicación parental de la APQ ($r = -0.26$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo indulgente de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(3, 309) = 12.7$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.11$. Los padres de menores con un grado de DI grave empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente ($M = 20.9$, $DT = 0.93$) en comparación con aquellos padres de menores sin DI ($M = 15.0$, $DT = 0.27$), con DI leve ($M = 14.8$, $DT = 0.98$) y DI moderada ($M = 16.1$, $DT = 0.96$) siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $t(305) = 6.10$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.38$; $t(305) = 4.52$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.43$; $t(305) = 3.6$; $p_{tukey} = 0.002$; $p_{scheffe} = 0.005$; $d = 1.12$; respectivamente.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo inductivo de la ENE-P y un tamaño del efecto grande, $F(3, 309) = 17.6, p < 0.001$, $\eta^2 = 0.15$. Los padres de menores sin DI empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo ($M = 42.3, DT = 0.37$) en comparación con aquellos padres de menores con DI moderada ($M = 37.6, DT = 1.33$) y con DI grave ($M = 33.8, DT = 1.30$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado/grande, $M_{dif} = 4.71; DT = 1.38; t(305) = 3.41; p_{tukey} = 0.004; p_{scheffe} = 0.010; d = 0.79; M_{dif} = 8.45; DT = 1.35; t(305) = 6.25; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 1.42$; respectivamente. Además, los padres de menores con un grado de DI leve empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo ($M = 44.5, DT = 1.37$) en comparación con aquellos padres de menores con DI moderada y grave, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 6.98; DT = 1.91; t(305) = 3.66; p_{tukey} = 0.002; p_{scheffe} = 0.004; d = 1.17; M_{dif} = 10.72; DT = 1.88; t(305) = 5.69; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 1.80$; respectivamente.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la implicación parental de la APQ y un tamaño del efecto medio, $F(3, 302) = 9.50, p < 0.001$, $\eta^2 = 0.09$. Los padres de menores sin DI empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 40.3, DT = 0.36$) en comparación con aquellos padres de menores con DI moderada ($M = 36.6, DT = 1.27$) y con DI grave ($M = 34.4, DT = 1.24$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado/grande, $M_{dif} = 3.68; DT = 1.32; t(297) = 2.78; p_{tukey} = 0.03; p_{scheffe} = 0.054; d = 0.64; M_{dif} = 5.85; DT = 1.29; t(297) = 4.52; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 1.03$; respectivamente. Además, los padres de menores con un grado

de DI leve empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 41.6$, $DT = 1.34$) en comparación con aquellos padres de menores con DI moderada y grave, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 5.01$; $DT = 1.85$; $t(297) = 2.71$; $p_{tukey} = 0.04$; $p_{scheffe} = 0.064$; $d = 0.88$; $M_{dif} = 7.18$; $DT = 1.83$; $t(297) = 3.93$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.002$; $d = 1.26$; respectivamente.

Relación entre los síntomas de TEA del menor y los estilos educativos del progenitor

Los síntomas de TEA correlacionaron significativamente de forma positiva con el estilo rígido de la ENE-P ($r = 0.17$, $p < .001$). Además, se observó una correlación significativa negativa con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = -0.12$, $p < .05$) e implicación parental de la APQ ($r = -0.20$, $p < .001$). Los padres de menores con una mayor cantidad de comportamientos compatibles con los síntomas de TEA, medido con la escala SCQ, informaron emplear con mayor frecuencia comportamientos relacionados con el estilo rígido y con menor frecuencia los comportamientos de E.E. Democrático en comparación a los padres de menores con una menor sintomatología TEA.

Relación entre la desregulación emocional del menor y los estilos educativos del progenitor

La desregulación emocional (CBCL-DP) correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo rígido de la ENE-P ($r = 0.26$, $p < .001$) y la subescala disciplina inconsistente de la APQ ($r = 0.26$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo rígido de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(3, 308) = 6.89, p < 0.001, \eta^2 = 0.06$. Los padres de menores con un grado de desregulación emocional severo (DES) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido ($M = 27.8, DT = 0.67$) en comparación con aquellos padres de menores sin desregulación emocional ($M = 24.3, DT = 0.65$) y con un grado de desregulación emocional leve ($M = 24.8, DT = 0.62$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.48; DT = 0.94; t(305) = 3.71; p_{tukey} = 0.001; p_{scheffe} = 0.004; d = 0.62; M_{dif} = 2.97; DT = 0.92; t(305) = 3.25; p_{tukey} = 0.007; p_{scheffe} = 0.016; d = 0.53$; respectivamente. Los padres de menores con un grado de desregulación emocional moderado (DEM) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido ($M = 24.8, DT = 0.62$) en comparación con aquellos padres de menores sin desregulación emocional, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.78; DT = 0.89; t(305) = 3.13; p_{tukey} = 0.010; p_{scheffe} = 0.022; d = 0.50$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en disciplina inconsistente de la APQ y un tamaño del efecto medio, $F(3, 301) = 7.13, p < 0.001, \eta^2 = 0.07$. Los padres de menores con un grado de desregulación emocional severo (DES) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la disciplina inconsistente ($M = 12.9, DT = 0.40$) en comparación con aquellos padres de menores sin desregulación emocional ($M = 10.7, DT = 0.39$) y con un grado de desregulación emocional leve ($M = 11.4, DT = 0.38$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.13; DT = 0.55; t(297) = 3.85; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} = 0.002; d = 0.59; M_{dif} = 1.44; DT = 0.55; t(297) =$

2.62; $p_{tukey} = 0.045$; $p_{scheffe} = 0.078$; $d = 0.44$; respectivamente. Los padres de menores con un grado de desregulación emocional moderado (DEM) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la disciplina inconsistente ($M = 12.7$, $DT = 0.35$) en comparación con aquellos padres de menores sin desregulación emocional, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 1.94$; $DT = 0.52$; $t(297) = 3.71$; $p_{tukey} = 0.001$; $p_{scheffe} = 0.004$; $d = 0.59$.

Relación entre el dominio afectivo de la desregulación emocional del menor y los estilos educativos del progenitor

El dominio afectivo de la desregulación emocional (CBCL-AD) correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo inductivo de la ENE-P ($r = 0.26$, $p < .001$) y las subescalas de implicación parental ($r = 0.26$, $p < .001$) y pobre supervisión de la APQ ($r = 0.16$, $p < .01$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo inductivo de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(2, 309) = 13.0$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.08$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala afectiva como probable trastorno (CBCL-AD ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo ($M = 43.5$, $DT = 0.60$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-AD < 50) ($M = 39.1$, $DT = 0.63$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 4.41$; $DT = 0.87$; $t(305) = 5.07$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.71$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en implicación parental de la APQ y un tamaño del efecto medio, $F(2, 302) = 9.01$, $p <$

0.001, $\eta^2 = 0.06$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala afectiva como probable trastorno (CBCL-AD ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental ($M = 41.4$, $DT = 0.57$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-AD < 50) ($M = 37.9$, $DT = 0.60$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.49$; $DT = 0.82$; $t(297) = 4.24$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.60$.

Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en pobre supervisión de la APQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(2, 302) = 6.40$, $p = 0.002$, $\eta^2 = 0.04$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala afectiva como probable trastorno (CBCL-AD ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la pobre supervisión ($M = 14.6$, $DT = 0.34$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-AD < 50) ($M = 12.9$, $DT = 0.36$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 1.68$; $DT = 0.50$; $t(297) = 3.38$; $p_{tukey} = 0.002$; $p_{scheffe} = 0.004$; $d = 0.48$.

Relación entre el dominio cognitivo de la desregulación emocional del menor y los estilos educativos del progenitor

El dominio cognitivo (CBCL-PA) de la desregulación emocional correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo rígido de la ENE-P ($r = 0.22$, $p < .001$) y la disciplina inconsistente de la APQ ($r = 0.27$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo rígido de la ENE-P y un tamaño del efecto pequeño, $F(2, 310) = 7.09$, $p < 0.001$,

$\eta^2 = 0.04$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala cognitiva como probable trastorno (CBCL-PA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido ($M = 26.8$, $DT = 0.42$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-PA < 50) ($M = 21.1$, $DT = 1.70$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 5.73$; $DT = 1.76$; $t(306) = 3.26$; $p_{tukey} = 0.004$; $p_{scheffe} = 0.005$; $d = 1.01$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en disciplina inconsistente de la APQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(2, 303) = 7.74$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.05$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala cognitiva como probable trastorno (CBCL-PA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes la disciplina inconsistente ($M = 12.6$, $DT = 0.25$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-PA < 50) ($M = 10.2$, $DT = 1.00$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.38$; $DT = 1.03$; $t(299) = 2.31$; $p_{tukey} = 0.056$; $p_{scheffe} = 0.071$; $d = 0.71$.

Relación entre el dominio comportamental de la desregulación emocional del menor y los estilos educativos del progenitor

El dominio comportamental (CBCL-CA) de la desregulación emocional correlacionó significativamente de forma positiva con el estilo rígido de la ENE-P ($r = 0.29$, $p < .001$) y la subescala disciplina inconsistente de la APQ ($r = 0.25$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el estilo rígido de la ENE-P y un tamaño del efecto medio, $F(2, 310) = 11.8$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.07$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala comportamental como

probable trastorno (CBCL-CA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido ($M = 28.0$, $DT = 0.59$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-CA < 50) ($M = 24.1$, $DT = 0.54$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.87$; $DT = 0.80$; $t(306) = 4.82$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.70$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en disciplina inconsistente de la APQ y un tamaño del efecto medio, $F(2, 303) = 11.4$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.07$. Los padres de menores que puntuaban en la subescala comportamental como probable trastorno (CBCL-CA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes la disciplina inconsistente ($M = 13.1$, $DT = 0.35$) en comparación con aquellos padres de menores sin trastorno afectivo (CBCL-CA < 50) ($M = 10.8$, $DT = 0.33$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.27$; $DT = 0.48$; $t(299) = 4.74$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.69$. Véase la siguiente tabla para más información con respecto al resto de correlaciones.

Tabla 15. Correlaciones entre las características del menor y las escalas ENE-P y APQ.

	ENE-P			APQ			
	Inductivo	Rígido	Indulgente	I.P.	C.P.	P.S.	D.I.
Edad (años)	-0.08	-0.06	0.12*	-0.18**	-0.36***	0.33***	0.00
N. Académico	0.23***	-0.02	-0.22***	0.24***	-0.03	0.01	-0.07
Comunicación	0.42***	-0.01	-0.24***	0.37***	-0.06	0.09	0.07
Independencia	0.30***	-0.12*	-0.17**	0.22***	-0.010	0.12*	0.06
G. Discapacidad	-0.25***	0.01	0.22***	-0.21***	0.01	0.02	-0.03
Grado DI	-0.34***	0.00	0.29***	-0.26***	-0.03	-0.01	0.05
SCQ	-0.12*	0.17**	0.04	-0.20***	-0.01	0.04	0.01
CBCL-AD	0.26***	0.12*	-0.03	0.26***	-0.05	0.16**	0.14*
CBCL-PA	-0.07	0.22***	0.06	-0.11	-0.06	0.06	0.27***
CBCL-CA	-0.04	0.29***	0.11	-0.06	-0.03	0.03	0.25***
CBCL-DP	0.09	0.26***	0.05	0.06	-0.06	0.11	0.26***

*Nota. Nota. I.P.: Implicación Parental; C.P.: Crianza Positiva; P.S.: Pobre Supervisión; D.I: Disciplina Inconsistente; * p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Aparecen en negrita las correlaciones con un nivel moderado o superior.

0.2.7.- Explorando el grado en que las características del menor y del progenitor predicen el tipo de estilo educativo del progenitor.

Se realizó un análisis de regresión múltiple en tres pasos para cada uno de los estilos educativos, donde se generaron tres modelos para cada variable dependiente. En el primer modelo, se incluyeron como variables independientes las características del progenitor. El segundo modelo estuvo compuesto por las características del progenitor y las características del menor, excepto las medidas de desregulación emocional. El tercer y último modelo, estuvo formado por las características del progenitor y las características del menor, a las que se añadieron las subescalas de la desregulación emocional (CBCL-AD, CBCL-PA y CBCL-CA).

Variabes predictivas de las subescalas ENE-P

En el primer modelo, las características del progenitor predicen de forma significativa el 6% de la varianza de la subescala de ENE-P inductivo, pero no predicen

de forma significativa las subescalas ENE-P rígido e indulgente. En este modelo, el género del progenitor y el número de hijos resultaron ser predictores significativos. El segundo modelo, en el que se incluyen las características del menor, excepto las subescalas de desregulación emocional, se explica un 16% extra de la varianza de la subescala ENE-P inductivo y un 10% extra de la subescala ENE-P indulgente, pero este modelo no predice de forma significativa la varianza de la subescala ENE-P rígido. En este segundo modelo, la capacidad de comunicación y el grado de DI resultaron significativos en la varianza de la ENE-P inductivo y sólo el grado DI resultó significativo en ENE-P indulgente. En el tercer modelo, en el que se incluyen las subescalas de la desregulación emocional, las subescalas CBCL predicen significativamente un 5% extra de la varianza ENE-P inductivo, un 6% extra de ENE-P rígido y un 4% extra de ENE-P indulgente. En este modelo final, las variables CBCL-AD y CBCL-CA predicen significativamente la varianza de la subescala de ENE-P inductivo, mientras que sólo CBCL-CA predice significativamente ENE-P rígido e indulgente (tabla 16).

Tabla 16. Modelos que predicen la varianza de las subescalas de ENE-P a partir de las características del progenitor, características del menor y subescalas CBCL-DP.

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
Estilo Educativo Inductivo (ENE-P inductivo)			
Edad del progenitor	-0.09	-0.04	-0.04
Género del progenitor	-0.18**	-0.09	-0.10
Número de hijos	-0.16*	-0.12*	-0.12*
N. académico progenitor	-0.07	-0.07	-0.05
N. académico cónyuge	0.04	0.03	0.01
Edad del menor	-	-0.07	-0.15
Género del menor	-	0.02	0.04
Nivel académico	-	-0.05	-0.10
Comunicación	-	0.39***	0.40***
Independencia	-	0.02	-0.01
Grado discapacidad	-	0.04	0.05
Grado DI	-	-0.17*	-0.16*
Síntomas de TEA (SCQ)	-	0.04	0.09
CBCL-AD	-	-	0.20**
CBCL-PA	-	-	-0.04
CBCL-CA	-	-	-0.26***
<i>R² ajustado</i>	<i>0.06***</i>	<i>0.22***</i>	<i>0.27***</i>
Estilo Educativo Rígido (ENE-P rígido)			
Edad del progenitor	0.03	0.01	0.04
Género del progenitor	-0.06	-0.03	0.00
Número de hijos	-0.07	-0.09	-0.05
N. académico progenitor	0.03	0.06	0.05
N. académico cónyuge	-0.08	-0.08	-0.05
Edad del menor	-	-0.01	0.02
Género del menor	-	0.00	-0.03
Nivel académico	-	0.06	0.08
Comunicación	-	0.13	0.05
Independencia	-	-0.13	-0.11
Grado discapacidad	-	0.04	0.09
Grado DI	-	-0.08	-0.10
Síntomas de TEA (SCQ)	-	0.20**	0.15*
CBCL-AD	-	-	0.10
CBCL-PA	-	-	0.03
CBCL-CA	-	-	0.22*
<i>R² ajustado</i>	<i>-0.01</i>	<i>0.02</i>	<i>0.08***</i>
Estilo Educativo Indulgente (ENE-P indulgente)			
Edad del progenitor	0.05	-0.03	-0.01
Género del progenitor	0.11	0.04	0.06
Número de hijos	0.14*	0.09	0.10
N. académico progenitor	0.08	0.06	0.05
N. académico cónyuge	-0.04	-0.02	0.00
Edad del menor	-	0.12	0.16
Género del menor	-	0.02	0.01
Nivel académico	-	-0.09	-0.08
Comunicación	-	-0.16	-0.21*
Independencia	-	0.01	0.01
Grado discapacidad	-	0.01	0.04
Grado DI	-	0.21**	0.20**
Síntomas de TEA (SCQ)	-	-0.10	-0.15*
CBCL-AD	-	-	0.06
CBCL-PA	-	-	-0.08
CBCL-CA	-	-	0.25**
<i>R² ajustado</i>	<i>0.02</i>	<i>0.12***</i>	<i>0.16**</i>

Note. **Modelo 1:** Características del progenitor, **Modelo 2:** Características del progenitor + Características del menor, **Modelo 3:** Características del progenitor + Características del menor + Subescalas CBCL-DP.

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Variables predictivas de las subescalas APQ

En el primer modelo, las características del progenitor predicen de forma significativa el 6 y el 7% de la varianza de las subescalas de APQ-IP y APQ-CP, respectivamente; pero no predicen de forma significativa las subescalas APQ-PS y APQ-DI. En este modelo, el género del progenitor resultó significativo para predecir la varianza de APQ-IP y la edad y el nivel académico del cónyuge para APQ-CP. El segundo modelo, en el que se incluyen las características del menor, excepto las subescalas de desregulación emocional, se explica un 15% extra de la varianza de la subescala APQ-IP y un 7% extra de las subescalas APQ-CP, pero este modelo no predice de forma significativa la varianza de la subescala APQ-DI. En este segundo modelo, la edad del menor y la capacidad de comunicación resultaron significativos para predecir la varianza de APQ-IP, la edad del menor y el grado de discapacidad resultaron significativos para predecir la varianza de APQ-CP y la edad del menor resultó significativa para predecir la varianza de APQ-PS. En el tercer modelo, en el que se incluyen las subescalas de la desregulación emocional, las subescalas CBCL predicen significativamente un 6% extra de la varianza APQ-IP, un 3% extra de APQ-CP y APQ-PS, y un 10% de APQ-DI. En este modelo final, las variables CBCL-AD y CBCL-CA predicen significativamente la varianza de la subescala de APQ-IP, la variable CBCL-CA predice significativamente la varianza de la subescala de APQ-CP, la variable CBCL-AD predice significativamente la varianza de la subescala de APQ-PS y las variables CBCL-PA y CBCL-CA predicen significativamente la varianza de la subescala de APQ-DI (tabla 17).

Tabla 17. Modelos que predicen la varianza de las subescalas de APQ a partir de las características del progenitor, características del menor y subescalas CBCL-DP.

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
Implicación Parental (APQ-IP)			
Edad del progenitor	-0.10	-0.01	-0.02
Género del progenitor	-0.19**	-0.14*	-0.15*
Número de hijos	-0.10	-0.03	-0.04
N. académico progenitor	-0.09	-0.10	-0.09
N. académico cónyuge	-0.01	-0.04	-0.06
Edad del menor	-	-0.17*	-0.25**
Género del menor	-	-0.04	-0.01
Nivel académico	-	0.08	0.00
Comunicación	-	0.38***	0.38***
Independencia	-	-0.06	-0.09
Grado discapacidad	-	0.04	0.06
Grado DI	-	-0.02	-0.01
Síntomas de TEA (SCQ)	-	-0.06	0.01
CBCL-AD	-	-	0.25**
CBCL-PA	-	-	-0.10
CBCL-CA	-	-	-0.27***
<i>R² ajustado</i>	0.06***	0.21***	0.27***
Crianza Positiva (APQ-CP)			
Edad del progenitor	-0.21**	-0.07	-0.09
Género del progenitor	-0.04	-0.04	-0.06
Número de hijos	-0.10	-0.10	-0.12
N. académico progenitor	-0.13	-0.12	-0.12
N. académico cónyuge	0.17*	0.15*	0.13
Edad del menor	-	-0.37***	-0.42**
Género del menor	-	-0.02	0.01
Nivel académico	-	0.00	-0.05
Comunicación	-	0.06	0.10
Independencia	-	-0.04	-0.06
Grado discapacidad	-	0.18*	0.16*
Grado DI	-	-0.01	0.01
Síntomas de TEA (SCQ)	-	0.09	0.14*
CBCL-AD	-	-	0.04
CBCL-PA	-	-	-0.05
CBCL-CA	-	-	-0.21*
<i>R² ajustado</i>	0.07***	0.14***	0.17**
Pobre Supervisión (APQ-PS)			
Edad del progenitor	0.18**	0.06	0.07
Género del progenitor	0.07	0.10	0.10
Número de hijos	-0.02	-0.04	0.00
N. académico progenitor	-0.05	-0.05	-0.04
N. académico cónyuge	-0.10	-0.07	-0.05
Edad del menor	-	0.31***	0.28**
Género del menor	-	-0.12	0.01
Nivel académico	-	-0.09	-0.13*
Comunicación	-	0.02	-0.05
Independencia	-	0.06	0.07
Grado discapacidad	-	-0.03	0.03
Grado DI	-	-0.07	-0.08
Síntomas de TEA (SCQ)	-	-0.04	-0.05
CBCL-AD	-	-	0.19*
CBCL-PA	-	-	0.07
CBCL-CA	-	-	-0.01
<i>R² ajustado</i>	0.02	0.09**	0.12*

Note. **Modelo 1:** Características del progenitor, **Modelo 2:** Características del progenitor + Características del menor, **Modelo 3:** Características del progenitor + Características del menor + Subescalas CBCL-DP.

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabla 17 cont. Modelos que predicen la varianza de las subescalas de APQ a partir de las características del progenitor, características del menor y subescalas CBCL-DP

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
<i>Disciplina Inconsistente (APQ-DI)</i>			
Edad del progenitor	-0.01	-0.01	0.02
Género del progenitor	-0.02	-0.03	-0.01
Número de hijos	-0.08	0.09	0.15*
N. académico progenitor	0.03	0.01	0.01
N. académico cónyuge	-0.03	-0.03	0.02
Edad del menor	-	-0.01	0.02
Género del menor	-	0.01	-0.04
Nivel académico	-	-0.16	-0.09
Comunicación	-	0.11	0.03
Independencia	-	0.09	0.14
Grado discapacidad	-	-0.04	0.03
Grado DI	-	0.08	0.05
Síntomas de TEA (SCQ)	-	-0.04	-0.11
CBCL-AD	-	-	0.02
CBCL-PA	-	-	0.25**
CBCL-CA	-	-	0.18*
<i>R2 ajustado</i>	<i>-0.01</i>	<i>-0.2</i>	<i>0.10***</i>

Note. Modelo 1: Características del progenitor, *Modelo 2:* Características del progenitor + Características del menor, *Modelo 3:* Características del progenitor + Características del menor + Subescalas CBCL-DP.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Variables predictivas de los estilos educativos democrático y permisivo

En el primer modelo, las características del progenitor predicen de forma significativa el 8% de la varianza del estilo educativo democrático, pero no predice de forma significativa la varianza del estilo educativo permisivo. El segundo modelo, en el que se incluyen las características del menor, se explica un 14% extra de la varianza del estilo educativo democrático y un 3% extra la varianza del estilo educativo permisivo. En el tercer modelo, en el que se incluyen las subescalas de la desregulación emocional, las subescalas CBCL predicen significativamente un 6% extra de la varianza del estilo educativo democrático y un 9% extra del estilo educativo permisivo. En este modelo final, las variables CBCL-AD y CBCL-CA predicen significativamente la varianza del estilo educativo democrático y solamente la variable CBCL-CA predice significativamente la varianza del estilo educativo permisivo (tabla 18).

Tabla 18. Modelos que predicen la varianza de los estilos educativos democrático y permisivo a partir de las características del progenitor, características del menor y subescalas CBCL-DP.

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
Estilo Educativo Democrático			
Edad del progenitor	-0.13*	-0.03	-0.04
Género del progenitor	-0.18**	-0.12*	-0.14*
Número de hijos	-0.16*	-0.10	-0.11
N. académico progenitor	-0.10	-0.10	-0.09
N. académico cónyuge	0.05	0.03	0.01
Edad del menor	-	-0.20**	-0.29**
Género del menor	-	-0.01	0.02
Nivel académico	-	0.03	-0.05
Comunicación	-	0.39***	0.40***
Independencia	-	-0.04	-0.07
Grado discapacidad	-	0.08	0.09
Grado DI	-	-0.10	-0.08
Síntomas de TEA (SCQ)	-	0.01	0.08
CBCL-AD	-	-	0.21**
CBCL-PA	-	-	-0.08
CBCL-CA	-	-	-0.29***
<i>R² ajustado</i>	<i>0.08***</i>	<i>0.22***</i>	<i>0.28***</i>
Estilo Educativo Permisivo			
Edad del progenitor	0.05	-0.02	0.01
Género del progenitor	0.06	0.01	0.03
Número de hijos	0.12	0.10	0.14*
N. académico progenitor	0.06	0.04	0.04
N. académico cónyuge	-0.04	-0.02	0.02
Edad del menor	-	0.07	0.12
Género del menor	-	0.01	-0.02
Nivel académico	-	-0.14	-0.09
Comunicación	-	-0.05	-0.14
Independencia	-	0.05	0.08
Grado discapacidad	-	-0.01	0.05
Grado DI	-	0.18*	0.15*
Síntomas de TEA (SCQ)	-	-0.10	-0.16*
CBCL-AD	-	-	0.05
CBCL-PA	-	-	0.09
CBCL-CA	-	-	0.25***
<i>R² ajustado</i>	<i>0.01</i>	<i>0.04*</i>	<i>0.13***</i>

Note. Modelo 1: Características del progenitor, *Modelo 2:* Características del progenitor + Características del menor, *Modelo 3:* Características del progenitor + Características del menor + Subescalas CBCL-DP.

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

O.3.- Las estrategias de crianza empleadas para prevenir y manejar los problemas de comportamiento de menores con autismo.

O.3.1.- Traducción y adaptación al castellano de la escala PSQ.

A finales del 2020 uno de los investigadores del estudio contactó a través del correo electrónico con la autora de la escala Parenting Strategies Questionnaire (PSQ), Elizabeth O'Nions, para solicitarle formalmente permiso para realizar la traducción al castellano y validarla en nuestro país. Esta nos respondió ofreciéndonos la escala en versión original en formato .docx y un documento con las puntuaciones y las instrucciones a seguir para realizar una correcta traducción. En este documento, sólo nos pedía realizar una traducción hacia delante (inglés - castellano) y una traducción inversa o retro-traducción (castellano-inglés) con dos traductores independientes. Además de seguir estas indicaciones, nuestro equipo de investigación contactó con un grupo de expertos para que valorase el nivel de equivalencia del primer texto traducido. A continuación, se incluye un esquema de las cuatro etapas del proceso de traducción de la escala PSQ:

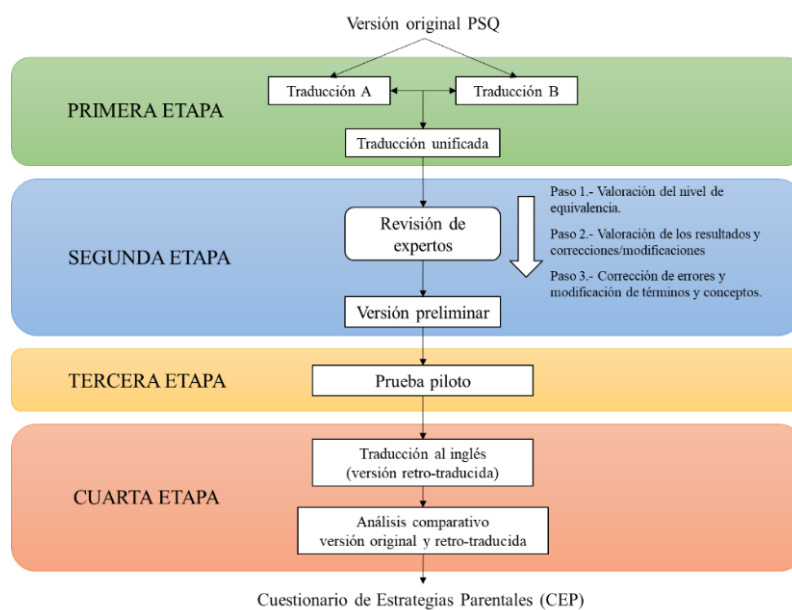


Figura 21. etapas del proceso de traducción de la escala PSQ.

En la primera etapa, se realizó una primera traducción al castellano por parte de los investigadores principales del presente estudio. Cada investigador realizó por separado una traducción de la escala original PSQ y ambos se reunieron para analizar las coincidencias y discrepancias entre ambas traducciones. La reunión finalizó con la redacción de una traducción unificada. Este documento, es el que en la etapa posterior se envió al grupo de expertos.

En la segunda etapa, la traducción unificada fue revisada por un grupo de 7 expertos en psicología clínica y profesores de universidad con nivel avanzado en inglés. La edad media fue de 35 años y 10 meses (DT = 3.71; rango: 30 – 42 años) y una media de 8 años y 2 meses de experiencia profesional (DT = 2.28; rango: 5 – 12 años). El objetivo de este grupo de expertos fue determinar las relaciones y posibles correcciones necesarias de acuerdo con la traducción realizada, así como establecer las concordancias y/o discrepancias de forma que el equipo de investigación pudiera concluir, en el proceso final, que dicha traducción es comprensible, fiel y veraz.

Cada experto fue informado de los conceptos sobre los cuales debía puntuar el nivel de equivalencia de cada ítem traducido. Las puntuaciones estaban compuestas por una escala Likert de 5 puntos. Donde (1) significa *Nada de acuerdo* y (5) *Totalmente de acuerdo* con la traducción. Los niveles de equivalencia fueron los siguientes:

- *Equivalencia semántica* (SEM): referida al significado de las palabras y la gramática empleada, es decir, cuando la traducción realizada mantiene el mismo significado que el idioma original.

- *Equivalencia idiomática (IDI)*: hace referencia a aquellos términos coloquiales o modismos propios del idioma original que son difícilmente traducidos, debiendo ser traducidas de la mejor manera posible.
- *Equivalencia experiencial (EXP)*: son aquellas actividades de la vida diaria propias de la cultura, por lo que su traducción implica una reformulación que permita la comprensión de la población general. Hay experiencias que pueden ser percibidas culturalmente distintas. Esta equivalencia busca que el término logre capturar actividades de la vida diaria que se experimenten en la cultura de destino.
- *Equivalencia conceptual (CON)*: son aquellos términos que pueden implicar un significado más amplio en la cultura de origen, pudiendo tener el mismo significado semántico, pero no conceptual. Por lo tanto, hay enunciados que pueden ser semánticamente equivalentes, pero conceptualmente no equivalentes.

Los resultados obtenidos en el nivel de equivalencias en el apartado de instrucciones de la escala fueron adecuados: SEM ($M = 4.83$; $DT = 0.26$; rango: 4.43 – 5.00); IDI ($M = 4.6$; $DT = 0.19$; rango: 4.29 – 4.71); EXP ($M = 4.69$; $DT = 0.19$; rango: 4.43 – 4.86) y CON ($M = 4.69$; $DT = 0.26$; rango: 4.29 – 5.00). Los resultados en el nivel de equivalencias obtenidos en la escala Likert alcanzaron el nivel máximo de puntuación. Las calificaciones del nivel de equivalencia de los enunciados de los ítems también fueron adecuadas: SEM ($M = 4.43$; $DT = 0.24$; rango: 3.86 – 4.71); IDI ($M = 4.52$; $DT = 0.33$; rango: 3.57 – 5.00); EXP ($M = 4.68$; $DT = 0.21$; rango: 4.00 – 5.00) y CON ($M = 4.65$; $DT = 0.27$; rango: 3.86 – 5.00).

Los ítems que obtuvieron una puntuación más alta en equivalencia semántica fueron el 2, 4, 6, 13, 15, 22, 29, 30 con una $M = 4.71$; $DT = 0.76$; rango: 3.00 – 5.00; mientras que los ítems con menor puntuación en este nivel de equivalencia fueron el ítem 24 ($M = 3.86$; $DT = 1.46$; rango: 2.00 – 5.00); el ítem 28 ($M = 4.00$; $DT = 1.15$; rango: 2.00 – 5.00) y los ítems 1, 9, 19 y 21 con una $M = 4.14$ cada uno. El ítem 30 alcanzó la puntuación máxima en equivalencia idiomática, seguido de los ítems 7, 8, 13, 22 y 29 con una $M = 4.86$; $DT = 0.38$. Por otro lado. los ítems con menor puntuación en equivalencia idiomática fueron el ítem 24 ($M = 3.57$; $DT = 1.51$; rango: 2.00 – 5.00); el ítem 23 ($M = 4.00$; $DT = 1.29$; rango: 2.00 – 5.00) y los ítems 11, 17, 19, 21 y 28 con una $M = 4.14$ cada uno. Los ítems que alcanzaron la puntuación máxima en equivalencia experiencial fueron los ítems 2 y 30, seguidos de los ítems 6, 7, 8, 16, 22, 25, 27 y 31 con una $M = 4.86$; $DT = 0.38$; rango: 4.00 – 5.00. Por el contrario, los ítems que puntuaron más bajo en equivalencia experiencial fueron el ítem 24 ($M = 4.00$; $DT = 1.41$; rango: 2.00 – 5.00); el ítem 28 ($M = 4.29$; $DT = 1,11$; rango: 2.00 – 5.00) y los ítems 1, 9 y 21 con una $M = 4.43$ cada uno. Por último, el ítem que alcanzó la puntuación máxima en equivalencia conceptual fue el ítem 30, seguido de los ítems 7, 8, 12, 13, 14, 16, 22, 25, 29 y 31 con una $M = 4.96$; $DT = 0.37$. Mientras que. los que puntuaron más bajo fueron el ítem 24 ($M = 3.86$; $DT = 1.46$; rango: 2.00 – 5.00); el ítem 1 ($M = 4.00$; $DT = 0.81$; rango: 3.00 – 5.00); el ítem 28 ($M = 4.14$; $DT = 1.21$; rango: 2.00 – 5.00) y el ítem 5 ($M = 4.29$; $DT = 0.95$; rango: 3.00 – 5.00). Para más información, puede consultarse tabla de resultados del Anexo 1.

Una vez revisadas las puntuaciones y las observaciones aportadas por cada experto, se realizaron diferentes correcciones/modificaciones de la traducción unificada. En las instrucciones del cuestionario se cambió el término “declaraciones” por

“enunciados”. En el tercer punto de este apartado se modificó la frase “muchas dependen de la edad y la personalidad del niño/a” por “depende de la edad y la personalidad del niño/a”. Por último, se sustituyó en el cuarto punto el término “apartado” por “enunciado” y “aplica” por “observa”. La frase previa a los ítems del cuestionario no sufrió modificación alguna, a pesar de que uno de los expertos nos aconsejó explicar previamente el término “estrategia”, ya que algunos padres podrían no llegar a comprender su significado. Pensamos que este término no precisa de aclaración alguna porque las familias de las personas con autismo suelen hacer uso de ese término con relativa frecuencia en distintos ámbitos de su vida diaria.

La escala Likert obtuvo una valoración perfecta por parte de todos los expertos. Por lo tanto, los términos utilizados para la valoración de la frecuencia de cada enunciado serán “nunca”, “casi nunca”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”.

En cuanto a los ítems del cuestionario las modificaciones que se realizaron fueron las siguientes:

- En el ítem 1 se sustituyó la frase “prepara al niño para los eventos” por “prepara al niño/a para eventos”. Además, se añade un ejemplo para que se comprenda mejor este enunciado “p. ej. anticipa al niño dándole detalles de las situaciones que van a suceder”.
- En el ítem 4 se sustituyó el término “posesiones” por “objetos o cosas”. Ya que “posesiones” es la traducción literal, pero puede ser más sencillo de entender para las familias hacer uso de las palabras “objetos” o “cosas”.
- En el ítem 5 añadimos un ejemplo para que se entienda el concepto de castigo negativo, referido a la retirada de un refuerzo ante la aparición de un problema

de conducta: “p. ej. le retira o no le da algo que le gusta cuando realiza una conducta inadecuada”.

- En el ítem 12 se sustituye la traducción literal del ejemplo que aparece en el cuestionario original (“visitar lugares nuevos en varias ocasiones solo para mirar”) porque en nuestro contexto puede resultar confuso. Se utilizó otro ejemplo similar (“aumentando progresivamente el tiempo de permanencia en actividades nuevas”) relacionado con la estrategia de *acercamiento progresivo* a situaciones novedosas empleada por muchas familias de menores con autismo.
- En el ítem 16 se modificó la frase “trata de mantener” por la palabra “mantiene”.
- En el ítem 17 se incluyó un ejemplo que aclare el término “tiempo fuera” a los padres que estaban menos familiarizados con esta estrategia: “le pide al niño que vaya a su habitación o que salga de la sala”.
- En el ítem 19 se sustituyó la palabra “asume” por la frase “hace por él/ella”.
- En el ítem 20 se sustituyó la frase “el comportamiento problemático” por la frase “un episodio de comportamiento problemático”, siendo una traducción más exacta al contenido de la versión original.
- En el ítem 21 se sustituyó el término “frene” por la palabra “pare”. Debido a que *frenar* es sinónimo de desaceleración y reducción de la velocidad, y *parar* es sinónimo de detener. El concepto semántico de ambos términos es diferente.
- En el ítem 23 se sustituyó la frase “que decide” por “al decidir”.

- En el ítem 24 se sustituyó la palabra “únicas” por “especiales”. Ya que *únicas* es una traducción literal de la versión original y es más correcto desde un punto de vista semántico el término *especiales*.
- En el ítem 26 se sustituyó la frase “que el niño encuentra difíciles” por “donde el/la niño/a presenta dificultades”. Ya que la frase *presenta dificultades* resulta más adecuado para lograr una mejor equivalencia idiomática y experiencial. Además, se corrige *el/la niño/a* para la inclusión de ambos géneros.
- En el ítem 28 se sustituyó la frase “le da al niño señales repetidas para hacer las cosas” por la frase “repite indicaciones o pautas al niño/a para que haga las cosas.” Además, añadimos “pautas” como sinónimo de *give cues*. Volvemos a modificar la frase para la correcta inclusión de ambos géneros.

Una vez realizadas todas las correcciones/modificaciones, la segunda etapa del proceso de traducción finalizó con la creación de la versión preliminar del cuestionario PSQ en castellano.

En la tercera etapa del proceso de traducción realizamos una prueba piloto de la versión preliminar del cuestionario. Este fue enviado a un grupo de padres y madres de niños/as y adolescentes con autismo pertenecientes a la Asociación Riojana para Personas con Autismo (ARPA). Una vez que completaron el cuestionario, se les pidió que valorasen si las instrucciones del cuestionario le permitían comprender correctamente el objeto del cuestionario y el modo de cumplimentación. Posteriormente, tenían que valorar si cada uno de los enunciados del cuestionario estaba redactados de una forma clara, precisa y comprensible. La valoración se realizó a través de una escala de 1 a 10, donde 1 correspondía a la puntuación mínima y 10 la puntuación máxima.

Por último, se les pidió que comunicasen si habían identificado algún error a lo largo del cuestionario. En caso afirmativo, debían explicarlo brevemente en la parte inferior. Los resultados de la prueba piloto fueron excelentes ($M = 9.66$; $DT = 0.28$; rango: 8.60 – 10.00). Los familiares comprendieron correctamente las instrucciones previas a completar el cuestionario y no tuvieron dudas acerca del sistema de puntuación. Todos los ítems fueron comprendidos correctamente, únicamente el ítem 11 “Persiste con las demandas rutinarias a pesar de las protestas” originó pequeñas dudas a uno de los padres. En los comentarios finales, varios de los participantes agradecieron los ejemplos en algunos enunciados, ya que esto les permitió comprender mejor el enunciado y ser más preciso en su respuesta. Finalmente, como propuesta de mejora, uno de los padres nos aconsejó cambiar el término “niño/a” por “hijo/a”, ya que ciertos padres con hijos más mayores pueden sentir que sus hijos son infantilizados por el hecho de tener DI. Este fue el último cambio que se realizó en la versión preliminar.

En la cuarta y última etapa, procedimos a realizar una búsqueda exhaustiva de profesores bilingües especializados en la traducción de textos de inglés a castellano, y viceversa, para que realizase la traducción al inglés de la versión preliminar del cuestionario (proceso de retro-traducción). La persona contratada era Doctora en Literatura Comparada, nivel C2 de inglés, docente con 17 años de experiencia y 11 años viviendo en EE.UU. Sólo recibió la versión preliminar del cuestionario y en ningún momento tuvo acceso a la versión original del PSQ. Las indicaciones que recibió fueron las siguientes: “somos un grupo de investigación de la Universidad de Salamanca y necesitamos que realice una traducción al inglés del siguiente cuestionario”.

Se analizó la correspondencia entre la versión original y la retro-traducida. El contenido de los apartados de la escala puede observarse en el documento con el nombre *Correspondencia entre traducciones PSQ (traducción hacia delante y hacia atrás)*.

Por último, enviamos a la autora del cuestionario original, Elizabeth O'Nions, la versión definitiva en castellano, la versión retro-traducida y un informe del procedimiento. Finalmente, Elizabeth O'Nions nos contestó autorizando la versión en castellano de la escala PSQ.

O.3.2.- Propiedades psicométricas y estructura factorial del PSQ.

Propiedades psicométricas de la escala PSQ

La escala PSQ muestra una elevada consistencia interna ($\alpha = 0.88$ y $\omega = 0.89$) con una puntuación global media de 83.5 ($DT = 14.1$, rango: 29-116) y una puntuación media por ítem de 2.69 ($DT = 0.95$, rango: 0-4). La consistencia interna para las tres subescalas del PSQ fue adecuada: acomodación ($\alpha = 0.83$ y $\omega = 0.84$), enfoque de refuerzo ($\alpha = 0.67$ y $\omega = 0.69$) y reducción de la incertidumbre ($\alpha = 0.78$ y $\omega = 0.79$). Se observó mayores puntuaciones en acomodación ($M = 38.5$, $DT = 7.86$, rango: 10-57) en comparación a las subescalas de enfoque de refuerzo ($M = 27.6$, $DT = 4.77$, rango: 11-39) y reducción de la incertidumbre ($M = 17.4$, $DT = 4.16$, rango: 2-24). En cambio, la subescala con mayor puntuación media por ítem es la subescala de reducción de la incertidumbre ($M = 2.90$, $DT = 1.00$, rango: 0-4), seguida de la subescala de enfoque de refuerzo ($M = 2.76$, $DT = 0.93$, rango: 0-4) y finalmente, la subescala acomodación ($M = 2.56$, $DT = 0.95$, rango: 0-4).

La subescala que mayor correlación presento con la escala global fue la subescala de acomodación ($r = 0.90$, $p < .001$), seguido de la subescala de reducción de

la incertidumbre ($r = 0.83, p < .001$) y la subescala de enfoque de refuerzo ($r = 0.75, p < .001$). Se observó una correlación positiva significativa ($p < .001$) entre todas las subescalas del PSQ (véase la Tabla 19).

Tabla 19. Correlación entre factores de la escala PSQ (N = 324).

	Acomodación	Enfoque de refuerzo	Reducción de la incertidumbre	PSQ
Acomodación	-	0.45	0.64	0.90
Enfoque de refuerzo	0.45	-	0.53	0.75
Reducción de la incertidumbre	0.64	0.53	-	0.83
PSQ	0.90	0.75	0.83	-

Cuatro ítems de la subescala de acomodación obtuvieron una puntuación media superior a 3 (a menudo, frecuentemente): ítems 2, 14, 25 y 31. En la subescala de enfoque de refuerzo seis ítems superaron la puntuación media de 3: ítems 8, 11, 21, 27, 28 y 29. Por último, en la subescala de reducción de la incertidumbre tres ítems obtuvieron una puntuación media superior o igual a 3: ítems 1, 20 y 22.

Por otro lado, los ítems con menor puntuación media en la subescala de acomodación fueron los ítems 6, 10 y 30; en la subescala de enfoque de refuerzo los ítems 4, 5 y 17; y en la subescala de reducción de la incertidumbre ninguno de los ítems obtuvo una puntuación inferior a 2 (algunas veces). Por último, todos los ítems correlacionaron significativamente con la escala global y eliminar alguno de los ítems no produce una mejora significativa de la consistencia interna de la subescala (véase la tabla 20 y 21 para más información).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario PSQ (N = 324).

		<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	G1	G2	G3
Acomodación	Item 2. Supervisión constante	3.18	0.83	0-4	-0.97	0.88	0.82
	Item 6. Limita las actividades sociales y salidas	1.36	1.16	0-4	0.24	-1.13	0.83
	Item 7. Evita los estímulos sensoriales	2.34	1.10	0-4	-0.60	-0.22	0.82
	Item 9. Ajusta sus expectativas	2.79	0.95	0-4	-0.65	0.31	0.82
	Item 10. Hace excepciones	1.80	1.04	0-4	-0.07	-0.75	0.83
	Item 13. Planifica las actividades	2.97	0.89	0-4	-0.79	0.67	0.82
	Item 14. Preparado para prevenir problemas	3.22	0.89	0-4	-1.11	0.90	0.81
	Item 15. Reduce las demandas	2.32	1.03	0-4	-0.47	0.00	0.82
	Item 19. Hace las partes difíciles	2.17	1.08	0-4	0.00	-0.50	0.83
	Item 23. Elige las “batallas” que hay que insistir	2.61	1.05	0-4	-0.68	0.26	0.83
	Item 24. Sigue sus reglas especiales	2.57	0.88	0-4	-0.22	-0.15	0.83
	Item 25. Se esfuerza por mantenerle estable	3.36	0.83	0-4	-1.56	2.84	0.82
	Item 26. Evita situaciones difíciles	2.52	0.96	0-4	-0.53	0.10	0.82
	Item 30. Cede a sus demandas	1.91	0.76	0-4	-0.23	0.67	0.83
Item 31. Atento a qué pueda molestarle	3.35	0.77	0-4	-1.09	1.05	0.82	
Enforque de Refuerzo	Item 3. Premia a su hijo al finalizar	2.83	1.02	0-4	-0.60	-0.14	0.66
	Item 4. Le restringe el acceso a cosas valiosas	1.58	1.16	0-4	0.23	-0.76	0.66
	Item 5. Le quita los refuerzos como castigo	1.94	1.12	0-4	-0.14	-0.54	0.62
	Item 8. Enseña el comportamiento apropiado	3.53	0.69	0-4	-1.42	1.99	0.64
	Item 11. Persiste con las demandas	3.02	0.95	0-4	-1.01	0.99	0.66
	Item 17. Le pone en “tiempo fuera”	1.47	1.19	0-4	0.34	-0.83	0.66
	Item 21. Le dice a su hijo que pare	3.05	1.02	0-4	-1.09	0.89	0.64
	Item 27. Le elogia su buen comportamiento	3.67	0.59	1-4	-1.82	3.03	0.66
	Item 28. Repite indicaciones o pautas	3.36	0.69	1-4	-0.72	-0.17	0.64
Item 29. Establece reglas básicas	3.13	0.85	0-4	-0.94	1.03	0.63	
Reducción de la Incertidumbre	Item 1. Prepara a su hijo anticipándole detalles	3.16	1.00	0-4	-1.20	1.01	0.73
	Item 12. Introduce cosas nuevas gradualmente	2.67	0.93	0-4	-0.48	0.13	0.79
	Item 16. Mantiene las cosas predecibles	2.81	0.87	0-4	-0.68	0.48	0.74
	Item 18. Planifica los problemas antes de salir	2.60	1.17	0-4	-0.60	-0.42	0.73
	Item 20. Piensa qué provocó el problema	3.17	1.05	0-4	-1.34	1.27	0.77
	Item 22. Informa a su hijo de los cambios	3.00	0.98	0-4	-1.06	1.07	0.72

Nota. M = media; DT = desviación típica; G1 = asimetría; G2 = curtosis; G3 = Alpha de la subescala si se elimina el ítem

Tabla 21. Correlación de Pearson de los ítems con cada subescala del PSQ (N = 324).

		Acomodación	Enfoque de Refuerzo	Reducción de la Incertidumbre	PSQ
Acomodación	Item 2. Supervisión constante	0.56***	0.34***	0.39***	0.54***
	Item 6. Limita las actividades sociales y salidas	0.53***	0.25***	0.23***	0.45***
	Item 7. Evita los estímulos sensoriales	0.60***	0.19***	0.36***	0.50***
	Item 9. Ajusta sus expectativas	0.56***	0.26***	0.41***	0.52***
	Item 10. Hace excepciones	0.52***	0.10	0.13*	0.37***
	Item 13. Planifica las actividades	0.59***	0.31***	0.51***	0.59***
	Item 14. Preparado para prevenir problemas	0.68***	0.39***	0.58***	0.69***
	Item 15. Reduce las demandas	0.55***	0.38***	0.30***	0.52***
	Item 19. Hace las partes difíciles	0.48***	0.17**	0.17**	0.37***
	Item 23. Elige las “batallas” que hay que insistir	0.50***	0.31***	0.49***	0.53***
	Item 24. Sigue sus reglas especiales	0.51***	0.23***	0.34***	0.46***
	Item 25. Se esfuerza por mantenerle estable	0.53***	0.28***	0.41***	0.52***
	Item 26. Evita situaciones difíciles	0.67***	0.23***	0.38***	0.56***
	Item 30. Cede a sus demandas	0.40***	0.00	0.12*	0.26***
Item 31. Atento a qué pueda molestarle	0.63***	0.31***	0.54***	0.62***	
Enfoque de refuerzo	Item 3. Premia a su hijo al finalizar	0.32***	0.47***	0.39***	0.45***
	Item 4. Le restringe el acceso a cosas valiosas	0.26***	0.51***	0.14*	0.36***
	Item 5. Le quita los refuerzos como castigo	0.11*	0.62***	0.13*	0.31***
	Item 8. Enseña el comportamiento apropiado	0.19***	0.50***	0.31***	0.37***
	Item 11. Persiste con las demandas	0.20***	0.46***	0.34***	0.37***
	Item 17. Le pone en “tiempo fuera”	0.07	0.50***	0.13*	0.25***
	Item 21. Le dice a su hijo que pare	0.25***	0.54***	0.23***	0.39***
	Item 27. Le elogia su buen comportamiento	0.25***	0.40***	0.35***	0.38***
	Item 28. Repite indicaciones o pautas	0.44***	0.51***	0.40***	0.54***
Item 29. Establece reglas básicas	0.33***	0.57***	0.49***	0.52***	
Reducción de la incertidumbre	Item 1. Prepara a su hijo anticipándole detalles	0.34***	0.37***	0.73***	0.53***
	Item 12. Introduce cosas nuevas gradualmente	0.31***	0.35***	0.54***	0.45***
	Item 16. Mantiene las cosas predecibles	0.56***	0.29***	0.71***	0.62***
	Item 18. Planifica los problemas antes de salir	0.58***	0.42***	0.77***	0.69***
	Item 20. Piensa qué provocó el problema	0.48***	0.39***	0.63***	0.59***
	Item 22. Informa a su hijo de los cambios	0.36***	0.37***	0.78***	0.55***

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Evidencia de la validez basada en la estructura interna.

En este estudio, utilizamos modelos de análisis factorial confirmatorio (AFC) para comparar la solución de estructura factorial original propuesta (tres factores correlacionados: acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre), con diferentes modelos en competencia que también podrían explicar la estructura factorial del PSQ: un modelo de factor único para probar el supuesto clave de

unidimensionalidad (modelo A); un modelo bifactorial, que incluye un factor general de estrategias de crianza y tres factores específicos (acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre), donde cada ítem va a tener una carga sobre el factor general y un factor específico, pero sin carga en otros factores específicos (modelo B); un modelo de tres factores no correlacionados con la misma estructura que el original (acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre) (modelo C); un modelo de orden superior, que incorpora un factor de estrategias de crianza superordinado mediado por una serie de factores subordinados (acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre) (modelo D) y un modelo de tres factores correlacionados con la misma estructura que el original (acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre) (modelo E).

Como se informa en la tabla 22, el modelo χ^2 , que evalúa la ajuste y la discrepancia entre la muestra y las matrices de covarianza ajustadas, dieron como resultado el rechazo de la hipótesis nula del ajuste perfecto del modelo para todos los modelos. Sin embargo, debido a su sensibilidad al tamaño de la muestra, también se consideró la relación χ^2/gl . Las proporciones fueron < 3 para todos los modelos y < 2 para los modelos D y E.

Las medidas de ajuste del modelo mostraron los mejores resultados para el modelo de orden superior (modelo D) y el modelo de tres factores correlacionados (modelo E), con medidas que indican casi aceptable (CFI cercano a 0,90) y buen ajuste ($\text{RMSEA} \leq 0,05$). Sólo el modelo de orden superior (modelo D) consigue un ajuste aceptable ($\text{SRMR} < 0,08$).

Tabla 22. Resumen de ajuste del modelo de análisis factorial confirmatorio (CFA).

	χ^2 (df)	χ^2/df	RMSEA	CFI	TLI	SRMR	AIC	BIC
MODELO A	952.527	2.053	0.057	0.607	0.606	0.124	25.710.459	25.948.645
MODELO B	932.415	2.158	0.060	0.597	0.566	0.430	25.734.449	26.093.620
MODELO C	905.261	2.085	0.058	0.620	0.593	0.168	25.681.926	26.033.535
MODELO D	755.973	1.753	0.048	0.738	0.718	0.073	25.362.606	25.725.558
MODELO E	828.420	1.805	0.050	0.702	0.699	0.102	25.453.285	25.710.376

En la figura 22 se muestran las cargas factoriales estandarizadas para el modelo factorial PSQ de orden superior, que incorpora un factor de estrategias de crianza superordinado mediado por una serie de factores subordinados (acomodación, enfoque de refuerzo y reducción de la incertidumbre) mostraron valores que oscilaban entre 0.23 y 0.74 para 31 ítems.

Modelo D

Modelo de orden superior, con un factor de estrategias de crianza superordinado mediado por tres factores subordinados (Acomodación, Enfoque de Refuerzo y Reducción de la Incertidumbre).

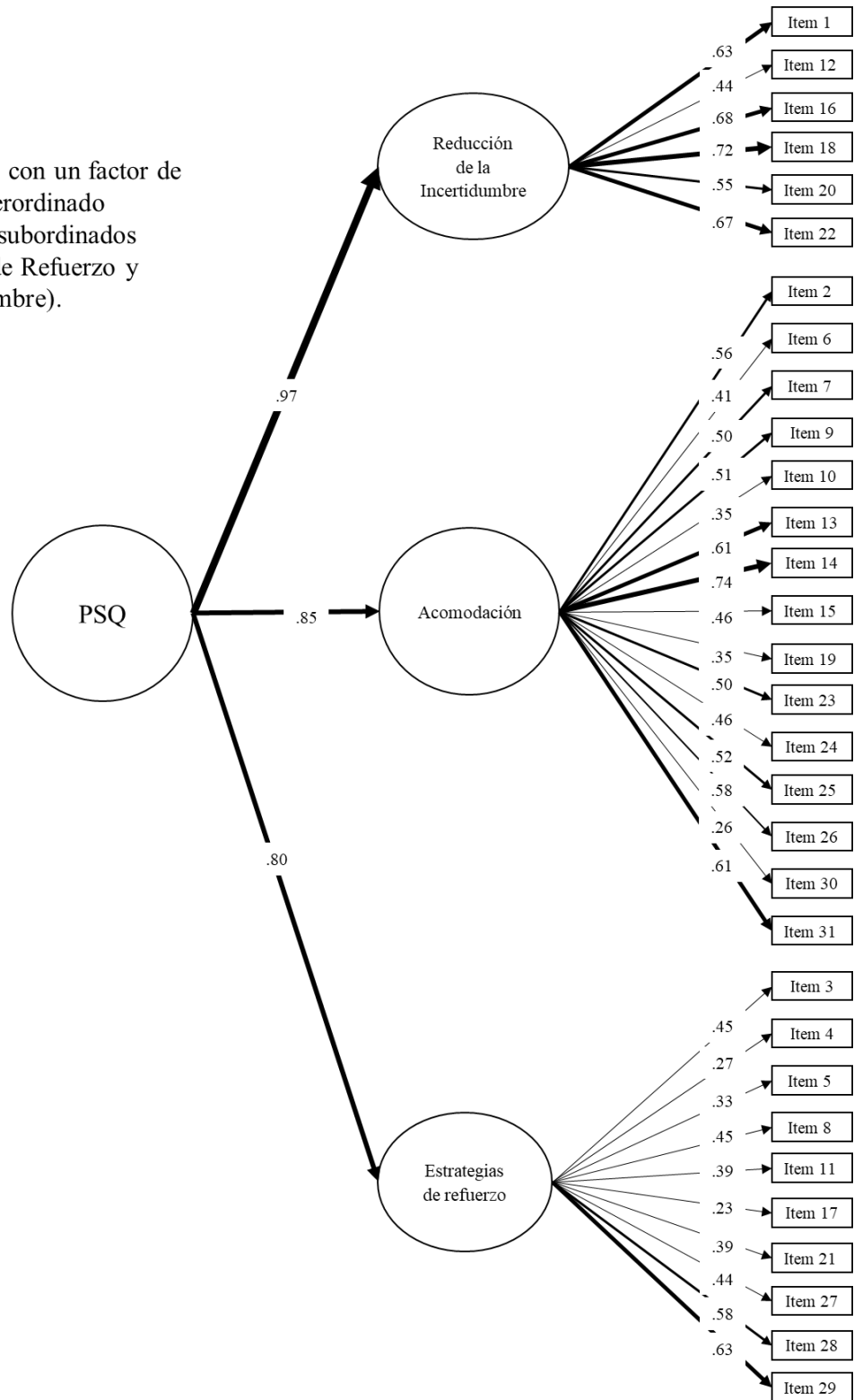


Figura 22. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la Escala PSQ.

O.3.3. Relación entre las características de los progenitores y las estrategias de crianza.

No se encontró ninguna correlación significativa entre las estrategias de crianza evaluadas con la PSQ y las características del progenitor o su cónyuge (véase tabla 23).

Tabla 23. Correlaciones entre las características de los progenitores y las subescalas PSQ.

	PSQ			
	Acom.	Enf. Ref.	Red. Inc.	Total
Edad del progenitor participante	0.06	-0.11	0.00	0.00
Número de hijos	0.00	-0.08	-0.09	-0.05
N.E. progenitor participante	0.01	0.02	0.05	0.03
N.E. cónyuge	-0.03	-0.08	0.00	-0.04

Nota. N.E. progenitor participante: nivel educativo del progenitor participante; N.E. cónyuge: nivel educativo del cónyuge; Acom: Acomodación; Enf. Ref: Enfoque de Refuerzo; Red. Inc: Reducción de la Incertidumbre
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

O.3.4.- Relación entre las características de los menores con autismo y las estrategias de crianza PSQ.

Relación entre la edad del menor y las estrategias de crianza

La edad del menor correlacionó significativamente de forma negativa con la subescala enfoque de refuerzo ($r = -0.17, p < .001$). Los padres de niños/as con menor edad muestran más comportamientos relacionados con el aprendizaje contingente en comparación a los padres de niños/as mayores.

Relación entre el nivel académico del menor y las estrategias de crianza

El nivel académico correlacionó significativamente de forma negativa con la subescala de acomodación ($r = -0.26, p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = -0.19, p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto medio, $F(4, 309) = 7.64, p < 0.001, \eta^2 = 0.09$. Los padres de menores que presentan un nivel académico muy por detrás de sus compañeros empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 43.2, DT = 1.08$) en comparación con los padres de menores que presentan un nivel académico similar al de sus compañeros ordinarios ($M = 35.8, DT = 0.82$), con padres de menores que presentan un nivel académico similar al de sus compañeros de clase, con la excepción de algunas dificultades específicas ($M = 38.6, DT = 0.81$) y con padres de menores con un nivel académico ligeramente por detrás de sus compañeros ($M = 37.4, DT = 1.30$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado/grande con los tres grupos, $M_{dif} = 7.38; DT = 1.36; t(315) = 5.44; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.98; M_{dif} = 4.60; DT = 1.35; t(315) = 3.41; p_{tukey} = 0.007; p_{scheffe} = 0.022; d = 0.61; M_{dif} = 5.80; DT = 1.69; t(315) = 3.45; p_{tukey} = 0.006; p_{scheffe} = 0.020; d = 0.77$; respectivamente.

Por otro lado, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global del PSQ y un tamaño del efecto medio, $F(4, 309) = 5.31, p < 0.001, \eta^2 = 0.06$. los padres de menores que presentan un nivel académico muy por detrás de sus compañeros empleaban con más frecuencia las estrategias de crianza del PSQ ($M = 90., DT = 1.96$) en comparación con los padres de menores que presentan un nivel académico similar al de sus compañeros ordinarios ($M = 79.7, DT = 1.49$) y con padres de menores con un nivel académico ligeramente por detrás de sus compañeros ($M = 81.4, DT = 2.35$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado/grande, $M_{dif} = 11.03; DT = 2.46; t(315) = 4.49; p_{tukey} < 0.001$;

$p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.80$; $M_{dif} = 9.36$; $DT = 3.06$; $t(315) = 3.06$; $p_{tukey} = 0.020$; $p_{scheffe} = 0.055$; $d = 0.68$; respectivamente.

Relación entre la capacidad comunicativa del menor y las estrategias de crianza

La capacidad comunicativa correlacionó significativamente de forma negativa con la subescala de acomodación ($r = -0.28$, $p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = -0.16$, $p < .01$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto medio, $F(4, 319) = 7.53$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.09$. Los padres de menores que hacen uso de un lenguaje no verbal (p. ej. pictogramas, gestos) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 41.4$, $DT = 1.36$) en comparación con los padres de menores que se comunican con normalidad ($M = 36.4$, $DT = 0.59$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 5.01$; $DT = 1.48$; $t(315) = 3.38$; $p_{tukey} = 0.007$; $p_{scheffe} = 0.024$; $d = 0.66$. Además, los padres de menores que se comunican con palabras aisladas también empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 42.4$, $DT = 1.19$) en comparación con los padres de menores que se comunican con normalidad, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 5.94$; $DT = 1.34$; $t(315) = 4.45$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.79$.

Por otro lado, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global del PSQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(4, 319) = 3.23$, $p = 0.013$, $\eta^2 = 0.04$. Los padres de menores que se comunican con palabras aisladas también empleaban con más frecuencia las estrategias de crianza del PSQ (M

= 88.3, $DT = 2.20$) en comparación con los padres de menores que se comunican con normalidad ($M = 80.9$, $DT = 1.09$), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 7.42$; $DT = 2.45$; $t(315) = 3.03$; $p_{tukey} = 0.022$; $p_{scheffe} = 0.059$; $d = 0.53$.

Relación entre el nivel de independencia del menor y las estrategias de crianza

El nivel de independencia correlacionó significativamente de forma negativa con la subescala de acomodación ($r = -0.40$, $p < .001$), enfoque de refuerzo ($r = -0.17$, $p < .01$) y la puntuación total de la PSQ ($r = -0.31$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto grande, $F(4, 319) = 15.4$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.16$. Los padres de menores que son completamente dependientes de ellos empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 43.2$, $DT = 1.10$) en comparación con los padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad ($M = 33.8$, $DT = 0.87$) y con padres de menores que necesitan un poco más de ayuda que otras personas de su edad ($M = 37.8$, $DT = 0.62$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado/grande, $M_{dif} = 9.39$; $DT = 1.40$; $t(315) = 6.69$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.30$; $M_{dif} = 5.41$; $DT = 1.27$; $t(315) = 4.27$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} = 0.001$; $d = 0.75$; respectivamente. Además, los padres de menores que necesitan mucha más ayuda que otras personas de su edad también empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 41.5$, $DT = 0.84$) en comparación con los padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad y con padres de menores que necesitan un poco más de ayuda que otras personas de su edad; siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado/grande, $M_{dif} = 7.69$; DT

= 1.21; $t(315) = 6.37$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 1.06$; $M_{dif} = 3.71$; $DT = 1.05$; $t(315) = 3.54$; $p_{tukey} = 0.004$; $p_{scheffe} = 0.015$; $d = 0.51$; respectivamente.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el enfoque de refuerzo y un tamaño del efecto pequeño, $F(4, 319) = 3.26$, $p = 0.012$, $\eta^2 = 0.04$. Los padres de menores que necesitan mucha más ayuda que otras personas de su edad también empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo ($M = 28.4$, $DT = 0.55$) en comparación con los padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad ($M = 25.8$, $DT = 0.56$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.54$; $DT = 0.79$; $t(315) = 3.23$; $p_{tukey} = 0.012$; $p_{scheffe} = 0.036$; $d = 0.54$.

Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global del PSQ y un tamaño del efecto medio, $F(4, 319) = 9.22$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.10$. Los padres de menores que son completamente dependientes de ellos y los padres de menores que necesitan mucha más ayuda que otras personas de su edad empleaban con más frecuencia estrategias de crianza del PSQ ($M = 89.6$, $DT = 2.05$; $M = 87.8$, $DT = 1.56$; respectivamente) en comparación con los padres de menores con un nivel de independencia similar a otras personas de su edad ($M = 76.3$, $DT = 1.60$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 13.27$; $DT = 2.60$; $t(315) = 5.11$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.99$; $M_{dif} = 11.48$; $DT = 2.24$; $t(315) = 5.13$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.86$; respectivamente.

Relación entre el grado de discapacidad del menor y las estrategias de crianza

El grado de discapacidad correlacionó significativamente de forma positiva la subescala de acomodación ($r = 0.18, p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = 0.12, p < .05$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto pequeño, $F(3, 268) = 3.21, p = 0.023, \eta^2 = 0.04$. Aunque, al realizar el análisis de comparación de medias entre grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos de discapacidad. Por otro lado, tampoco se encontraron diferencias significativas para la puntuación global del PSQ, $F(3, 268) = 1.83, p = 0.142, \eta^2 = 0.02$.

Relación entre el grado de DI del menor y las estrategias de crianza

El grado de DI correlacionó significativamente de forma positiva la subescala de acomodación ($r = 0.20, p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = 0.17, p < .01$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto pequeño, $F(3, 320) = 4.74, p = 0.003, \eta^2 = 0.04$. Los padres de menores con DI grave empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 44.2, DT = 1.69$) en comparación con los padres de menores sin DI ($M = 37.8, DT = 0.48$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 6.36; DT = 1.75; t(316) = 3.63; p_{tukey} = 0.002; p_{scheffe} = 0.005; d = 0.82$.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global del PSQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(3, 320) = 3.27, p = 0.022, \eta^2 = 0.03$. Los padres de menores con DI grave empleaban con más frecuencia

estrategias de crianza del PSQ ($M = 91.1$, $DT = 3.04$) en comparación con los padres de menores sin DI ($M = 82.4$, $DT = 0.86$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 8.75$; $DT = 3.16$; $t(316) = 2.77$; $p_{tukey} = 0.030$; $p_{scheffe} = 0.055$; $d = 0.63$.

Relación entre los síntomas de TEA y las estrategias de crianza

Los síntomas de TEA correlacionaron significativamente de forma positiva con la subescala de acomodación ($r = 0.31$, $p < .001$), enfoque de refuerzo ($r = 0.21$, $p < .001$), reducción de la incertidumbre ($r = 0.26$, $p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = 0.32$, $p < .001$). Los padres de menores con una mayor cantidad de comportamientos compatibles con la sintomatología TEA, medido con la escala SCQ, informaron de emplear con mayor frecuencia comportamientos basados en la acomodación a las necesidades y/o exigencias del niño, relacionados con el aprendizaje contingente y de anticipación ante situaciones que puedan generar malestar en el niño en comparación a padres de niños/as con una menor sintomatología TEA.

Relación entre la desregulación emocional del menor y las estrategias de crianza

La desregulación emocional (CBCL-DP) correlacionó significativamente de forma positiva con la subescala de acomodación ($r = 0.22$, $p < .001$), enfoque de refuerzo ($r = 0.28$, $p < .001$), reducción de la incertidumbre ($r = 0.19$, $p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = 0.27$, $p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto pequeño, $F(3, 319) = 4.18$, $p = 0.006$, $\eta^2 = 0.04$. Los padres de menores con desregulación emocional severa (DES) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 40.0$, $DT = 0.92$)

en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional ($M = 36.1$, $DT = 0.88$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.90$; $DT = 1.28$; $t(315) = 3.05$; $p_{tukey} = 0.013$; $p_{scheffe} = 0.026$; $d = 0.50$. Además, los padres de menores con desregulación emocional moderada (DEM) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 39.7$, $DT = 0.82$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional; siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 3.58$; $DT = 1.21$; $t(315) = 2.97$; $p_{tukey} = 0.017$; $p_{scheffe} = 0.034$; $d = 0.46$.

Se observaron, además, diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el enfoque de refuerzo y un tamaño del efecto medio, $F(3, 319) = 7.66$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.07$. Los padres de menores con desregulación emocional severa (DES) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo ($M = 29.4$, $DT = 0.55$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional ($M = 25.8$, $DT = 0.53$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.59$; $DT = 0.76$; $t(315) = 4.72$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.78$. Además, los padres de menores con desregulación emocional moderada (DEM) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo ($M = 27.3$, $DT = 0.50$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional; siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 2.05$; $DT = 0.72$; $t(315) = 2.84$; $p_{tukey} = 0.024$; $p_{scheffe} = 0.046$; $d = 0.44$. También, se encontró que los padres de menores con desregulación emocional severa (DES) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo en comparación con los

padres de menores con desregulación emocional moderada (DEM), siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 2.13$; $DT = 0.74$; $t(315) = 2.87$; $p_{tukey} = 0.022$; $p_{scheffe} = 0.043$; $d = 0.46$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la reducción de la incertidumbre y un tamaño del efecto pequeño, $F(3, 319) = 4.51$, $p = 0.004$, $\eta^2 = 0.04$. Los padres de menores con desregulación emocional severa (DES) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la reducción de la incertidumbre ($M = 18.1$, $DT = 0.49$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional ($M = 16.0$, $DT = 0.47$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.10$; $DT = 0.67$; $t(315) = 3.13$; $p_{tukey} = 0.010$; $p_{scheffe} = 0.022$; $d = 0.51$. Además, los padres de menores con desregulación emocional moderada (DEM) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la reducción de la incertidumbre ($M = 18.1$, $DT = 0.43$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional; siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.06$; $DT = 0.64$; $t(315) = 3.24$; $p_{tukey} = 0.007$; $p_{scheffe} = 0.016$; $d = 0.50$.

Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global de la PSQ y un tamaño del efecto pequeño, $F(3, 319) = 7.17$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.06$. Los padres de menores con desregulación emocional severa (DES) empleaban con más frecuencia estrategias de crianza de la PSQ ($M = 87.6$, $DT = 1.62$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional ($M = 78.0$, $DT = 1.56$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 9.59$; $DT = 2.25$; $t(315) = 4.26$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} <$

0.001; $d = 0.70$. Además, los padres de menores con desregulación emocional moderada (DEM) empleaban con más frecuencia estrategias de crianza de la PSQ ($M = 85.7$, $DT = 1.45$) en comparación con los padres de menores sin problemas de regulación emocional; siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 7.69$; $DT = 2.13$; $t(315) = 3.61$; $p_{tukey} = 0.002$; $p_{scheffe} = 0.005$; $d = 0.56$.

Relación entre el dominio afectivo de la desregulación emocional del menor y las estrategias de crianza

El dominio afectivo de la desregulación emocional (CBCL-AD) correlacionó significativamente de forma positiva con la subescala de reducción de la incertidumbre ($r = 0.17$, $p < .01$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la reducción de la incertidumbre y un tamaño del efecto pequeño, $F(2, 320) = 5.15$, $p = 0.006$, $\eta^2 = 0.03$. Los padres de menores con un probable trastorno afectivo (CBCL-AD ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la reducción de la incertidumbre ($M = 18.4$, $DT = 0.40$) en comparación con los padres de menores sin problemas afectivos ($M = 17.0$, $DT = 0.40$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 1.41$; $DT = 0.57$; $t(317) = 2.49$; $p_{tukey} = 0.035$; $p_{scheffe} = 0.046$; $d = 0.34$. Además, los padres de menores con un probable trastorno afectivo (CBCL-AD ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la reducción de la incertidumbre en comparación con los padres de menores con sospecha de trastornos afectivos (CBCL-AD = 50-64) ($M = 16.8$, $DT = 0.38$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 1.66$; $DT = 0.55$; $t(317) = 3.01$; $p_{tukey} = 0.008$; $p_{scheffe} = 0.012$; $d = 0.40$.

Relación entre el dominio cognitivo de la desregulación emocional del menor y las estrategias de crianza

El dominio cognitivo de la desregulación emocional (CBCL-PA) correlacionó significativamente de forma positiva la subescala de acomodación ($r = 0.23, p < .001$), enfoque de refuerzo ($r = 0.24, p < .001$) y la puntuación total de la PSQ ($r = 0.25, p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto medio, $F(2, 321) = 10.2, p < 0.001, \eta^2 = 0.06$. Los padres de menores con un probable trastorno atencional (CBCL-PA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 40.1, DT = 0.56$) en comparación con los padres de menores sin problemas de atención ($M = 34.8, DT = 2.21$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 5.32; DT = 2.27; t(319) = 2.34; p_{tukey} = 0.052; p_{scheffe} = 0.067; d = 0.70$. Además, los padres de menores con un probable trastorno atencional (CBCL-PA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación en comparación con los padres de menores con sospecha de problemas atencionales (CBCL-PA = 50-64) ($M = 36.4, DT = 0.69$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 3.71; DT = 0.89; t(319) = 4.18; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.49$.

Se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el enfoque de refuerzo y un tamaño del efecto pequeño, $F(2, 321) = 8.59, p < 0.001, \eta^2 = 0.05$. Los padres de menores con un probable trastorno atencional (CBCL-PA ≥ 65)

empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo ($M = 28.5$, $DT = 0.34$) en comparación con los padres de menores sin problemas de atención ($M = 24.9$, $DT = 1.35$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 3.55$; $DT = 1.39$; $t(319) = 2.56$; $p_{tukey} = 0.029$; $p_{scheffe} = 0.039$; $d = 0.76$. Además, los padres de menores con un probable trastorno atencional ($CBCL-PA \geq 65$) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo en comparación con los padres de menores con sospecha de problemas atencionales ($CBCL-PA = 50-64$) ($M = 26.5$, $DT = 0.42$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto pequeño, $M_{dif} = 2.01$; $DT = 0.54$; $t(319) = 3.72$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.43$.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global del PSQ y un tamaño del efecto medio, $F(2, 321) = 12.4$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.07$. Los padres de menores con un probable trastorno atencional ($CBCL-PA \geq 65$) empleaban con más frecuencia estrategias de crianza del PSQ ($M = 86.6$, $DT = 0.99$) en comparación con los padres de menores sin problemas de atención ($M = 76.0$, $DT = 3.93$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 10.60$; $DT = 4.05$; $t(319) = 2.62$; $p_{tukey} = 0.025$; $p_{scheffe} = 0.034$; $d = 0.78$. Además, los padres de menores con un probable trastorno atencional ($CBCL-PA \geq 65$) empleaban con más frecuencia estrategias de crianza del PSQ en comparación con los padres de menores con sospecha de problemas atencionales ($CBCL-PA = 50-64$) ($M = 79.4$, $DT = 1.23$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 7.25$; $DT = 1.58$; $t(319) = 4.59$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.53$.

Relación entre el dominio comportamental de la desregulación emocional del menor y las estrategias de crianza

El dominio comportamental de la desregulación emocional (CBCL-CA) correlacionó significativamente de forma positiva con la subescala de acomodación ($r = 0.26, p < .001$), enfoque de refuerzo ($r = 0.36, p < .001$), reducción de la incertidumbre ($r = 0.17, p < .01$) y la puntuación total de la PSQ ($r = 0.31, p < .001$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la acomodación y un tamaño del efecto medio, $F(2, 321) = 14.5, p < 0.001, \eta^2 = 0.08$. Los padres de menores con un probable trastorno del comportamiento agresivo (CBCL-CA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 40.7, DT = 0.79$) en comparación con los padres de menores sin problemas de comportamiento agresivo ($M = 35.3, DT = 0.73$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 5.33; DT = 1.08; t(319) = 4.96; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.71$. Además, los padres de menores con sospecha de trastorno del comportamiento agresivo (CBCL-CA = 50-64) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la acomodación ($M = 39.6, DT = 0.68$) en comparación con los padres de menores sin problemas de comportamiento agresivo, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 4.24; DT = 0.99; t(319) = 4.27; p_{tukey} < 0.001; p_{scheffe} < 0.001; d = 0.56$.

Además, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el enfoque de refuerzo y un tamaño del efecto medio, $F(2, 321) = 23.4, p < 0.001, \eta^2 = 0.13$. Los padres de menores con un probable trastorno del comportamiento agresivo (CBCL-CA ≥ 65) empleaban con más frecuencia comportamientos

correspondientes al enfoque de refuerzo ($M = 29.4$, $DT = 0.47$) en comparación con los padres de menores sin problemas de comportamiento agresivo ($M = 25.3$, $DT = 0.43$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 4.13$; $DT = 0.64$; $t(319) = 6.49$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.92$. Además, los padres de menores con sospecha de trastorno del comportamiento agresivo (CBCL-CA = 50-64) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al enfoque de refuerzo ($M = 28.3$, $DT = 0.40$) en comparación con los padres de menores sin problemas de comportamiento agresivo, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 2.99$; $DT = 0.59$; $t(319) = 5.09$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.67$.

También se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la puntuación global del PSQ y un tamaño del efecto medio, $F(2, 321) = 23.4$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.13$. Los padres de menores con un probable trastorno del comportamiento agresivo (CBCL-CA ≥ 65) empleaban con más frecuencia estrategias de crianza del PSQ ($M = 88.0$, $DT = 1.40$) en comparación con los padres de menores sin problemas de comportamiento agresivo ($M = 77.3$, $DT = 1.29$); siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande, $M_{dif} = 10.72$; $DT = 1.90$; $t(319) = 5.63$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.80$. Además, los padres de menores con sospecha de trastorno del comportamiento agresivo (CBCL-CA = 50-64) empleaban con más frecuencia estrategias de crianza del PSQ ($M = 85.5$, $DT = 1.20$) en comparación con los padres de menores sin problemas de comportamiento agresivo, siendo la diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado, $M_{dif} = 8.15$; $DT = 1.76$; $t(319) = 4.63$; $p_{tukey} < 0.001$; $p_{scheffe} < 0.001$; $d = 0.61$.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la reducción de la incertidumbre $F(2, 321) = 2.57, p = 0.078, \eta^2 = 0.02$.

Véase la tabla 24 para más información con respecto al resto de correlaciones.

Tabla 24. Correlaciones entre las características del menor y las subescalas de la PSQ.

	PSQ			
	Acom.	Enf. Ref.	Red. Inc.	Total
Edad (años)	-0.05	-0.17**	-0.06	-0.10
N. Académico	-0.26***	-0.11*	-0.04	-0.19***
Comunicación	-0.28***	0.00	0.00	-0.16**
Independencia	-0.40***	-0.17**	-0.11*	-0.31***
G. Discapacidad	0.18**	0.01	0.05	0.12*
Grado DI	0.20***	0.10	0.08	0.17**
SCQ	0.31***	0.21***	0.26***	0.32***
CBCL-AD	0.06	0.10	0.17**	0.11*
CBCL-PA	0.23***	0.24***	0.13*	0.25***
CBCL-CA	0.26***	0.36***	0.17**	0.31***
CBCL-DP	0.22***	0.28***	0.19***	0.27***

Nota. Acom: Acomodación; Enf. Ref: Enfoque de Refuerzo; Red. Inc: Reducción de la Incertidumbre

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Aparecen en negrita las correlaciones con un nivel moderado o superior.

0.3.5.- Estrategias de crianza relacionadas con el estilo educativo.

La subescala de acomodación de la PSQ correlacionó significativamente con las subescalas ENE-P de estilo rígido ($r = 0.28, p < .001$) e indulgente ($r = 0.23, p < .001$) y las subescalas de la APQ crianza positiva ($r = 0.26, p < .001$) y disciplina inconsistente ($r = 0.14, p < .05$).

La subescala de enfoque de refuerzo de la PSQ correlacionó significativamente con las subescalas ENE-P estilo rígido ($r = 0.35, p < .001$) y el estilo inductivo ($r = 0.22, p < .001$) y la subescala de la APQ crianza positiva ($r = 0.38, p < .001$).

La subescala de reducción de la incertidumbre de la PSQ correlacionó significativamente con las tres subescalas que componen el estilo educativo democrático (E.E. Democrático), crianza positiva ($r = 0.36, p < .001$), estilo inductivo ($r = 0.29, p < .001$) e implicación parental ($r = 0.27, p < .001$).

La puntuación global de la PSQ correlacionó significativamente con la crianza positiva de la APQ ($r = 0.38, p < .001$) y el estilo rígido de la ENE-P ($r = 0.31, p < .001$).

La categoría E.E. Democrático correlacionó significativamente con la subescala de enfoque de refuerzo ($r = 0.28, p < .001$), reducción de la incertidumbre ($r = 0.37, p < .001$) y la puntuación global de la PSQ ($r = 0.20, p < .001$). La categoría estilo educativo permisivo (E.E. Permisivo), formada por las subescalas ENE-P indulgente y APQ disciplina inconsistente, correlacionó significativamente de forma positiva con la subescala de acomodación ($r = 0.24, p < .001$) (tabla 25).

Tabla 25. Correlaciones entre las subescalas de PSQ, ENE-P y APQ.

	PSQ			
	Acomodación	Enfoque de refuerzo	Reducción de la incertidumbre	Total
ENE-P Inductivo	-0.09	0.22***	0.29***	0.11
ENE-P Rígido	0.28***	0.35***	0.13*	0.31***
ENE-P Indulgente	0.23***	-0.21	-0.08	0.03
APQ Implicación parental	-0.03	0.13	0.27***	0.11
APQ Crianza positiva	0.26***	0.38***	0.36***	0.38***
APQ Disciplina inconsistente	0.14*	0.00	-0.07	0.06
APQ Pobre supervisión	-0.06	-0.09	-0.05	-0.08
Estilo educativo democrático	0.01	0.28***	0.37***	0.20***
Estilo educativo permisivo	0.24***	-0.14*	-0.09	0.06

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Aparecen en negrita las correlaciones con un nivel moderado o superior.

O.3.6.- Explorando el grado en que las características del menor y el estilo educativo del progenitor predicen el uso de diferentes estrategias de crianza.

Se realizó un análisis de regresión múltiple en tres pasos que generó tres modelos. En el primer modelo, se incluyeron como variables independientes todas las características del menor, excepto las medidas de desregulación emocional. En el segundo modelo, a las características del menor se completaron con las subescalas de la desregulación emocional (CBCL-AD, CBCL-PA y CBCL-CA). El tercer modelo y último modelo, se añadieron los estilos educativos parentales a las características del menor del segundo modelo.

Variables predictivas de la subescala de acomodación de la PSQ.

En el primer modelo, las características del menor predicen el 19% de la varianza de la subescala de acomodación. En este modelo, el nivel de independencia y los síntomas de TEA resultaron significativas. El segundo modelo, en el que se incluyen las subescalas de CBCL-DP, se explica un 5% extra de la varianza de la subescala acomodación, resultando significativas las subescalas CBCL-AD y CBCL-CA. Por último, en el tercer modelo en el que se incluyen los estilos educativos, estos explican un 10% extra de la varianza. En este modelo final, las variables que predicen significativamente la varianza de la subescala de acomodación fueron el nivel de independencia y la subescala CBCL-CA, como características del menor; y las subescalas ENE-P rígido, ENE-P indulgente y APQ crianza positiva, como estilos educativos (tabla 26).

Tabla 26. Modelos que predicen la varianza de Acomodación a partir de las características del menor, subescalas CBCL-DP y los estilos educativos de los progenitores.

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
	Características del menor	Características del menor + Subescalas CBCL-DP	Características del menor + Subescalas CBCL-DP + Estilos educativos
Edad	-0.04	-0.02	0.10
Género	0.03	0.03	0.04
Nivel académico	-0.07	-0.08	-0.05
Comunicación	0.02	-0.06	-0.08
Independencia	-0.37***	-0.38***	-0.36***
Grado discapacidad	-0.02	0.03	-0.04
Grado DI	0.02	0.02	0.01
Síntomas de TEA (SCQ)	0.14*	0.11	0.08
CBCL-AD	-	0.16*	0.11
CBCL-PA	-	-0.10	-0.09
CBCL-CA	-	0.20*	0.19*
ENE-P inductivo	-	-	-0.03
ENE-P rígido	-	-	0.15**
ENE-P indulgente	-	-	0.17*
APQ Implicación Parental	-	-	0.07
APQ Crianza Positiva	-	-	0.25***
APQ Pobre Supervisión	-	-	-0.02
APQ Disciplina Inconsistente	-	-	0.03
R² ajustado	0.19***	0.24***	0.34***

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

VARIABLES PREDICTIVAS DE LA SUBESCALA DE ENFOQUE DE REFUERZO DE LA PSQ.

En el primer modelo, las características del menor predicen el 7% de la varianza de la subescala de enfoque de refuerzo. En este modelo, la edad del menor, la capacidad de comunicación y los síntomas de TEA resultaron significativas. El segundo modelo, en el que se incluyen las subescalas de CBCL-DP, se explica un 7% extra de la varianza de la subescala enfoque de refuerzo, resultando significativo la subescala CBCL-CA. Por último, en el tercer modelo en el que se incluyen los estilos educativos, estos explican un 30% extra de la varianza. En este modelo final, las variables que predicen significativamente la varianza de la subescala de enfoque de refuerzo fueron el grado de DI, la subescala CBCL-AD y CBCL-CA, como características del menor; y las

subescalas ENE-P inductivo, ENE-P rígido, ENE-P indulgente y APQ crianza positiva, como estilos educativos (tabla 27).

Tabla 27. Modelos que predicen la varianza de Enfoque de Refuerzo a partir de las características del menor, subescalas CBCL-DP y los estilos educativos de los progenitores.

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
	Características del menor	Características del menor + Subescalas CBCL-DP	Características del menor + Subescalas CBCL-DP + Estilos educativos
Edad	-0.26***	-0.17*	-0.02
Género	0.00	-0.02	-0.01
Nivel académico	-0.05	0.01	0.00
Comunicación	0.25**	0.20*	0.02
Independencia	-0.15	-0.13	-0.08
Grado discapacidad	0.06	0.07	0.03
Grado DI	0.08	0.08	0.19**
Síntomas de TEA (SCQ)	0.17*	0.11	-0.02
CBCL-AD	-	-0.10	-0.15*
CBCL-PA	-	0.01	-0.02
CBCL-CA	-	0.32***	0.38***
ENE-P inductivo	-	-	0.26***
ENE-P rígido	-	-	0.29***
ENE-P indulgente	-	-	-0.26***
APQ Implicación Parental	-	-	-0.07
APQ Crianza Positiva	-	-	0.27***
APQ Pobre Supervisión	-	-	0.02
APQ Disciplina Inconsistente	-	-	0.01
R² ajustado	0.07***	0.14***	0.44***

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Variabes predictivas de la subescala de reducción de la incertidumbre de la PSQ.

En el primer modelo, las características del menor predicen el 4% de la varianza de la subescala de reducción de la incertidumbre. En este modelo, el nivel de independencia y los síntomas de TEA resultaron significativas. El segundo modelo, en el que se incluyen las subescalas de CBCL-DP, se explica un 2% extra de la varianza de la subescala reducción de la incertidumbre, resultando significativas la subescala CBCL-AD. Por último, en el tercer modelo en el que se incluyen los estilos educativos, estos explican un 20% extra de la varianza. En este modelo final, las variables que

predicen significativamente la varianza de la subescala de reducción de la incertidumbre fueron el nivel de independencia, los síntomas de TEA y las subescalas CBCL-AD y CBCL-CA, como características del menor; y las subescalas ENE-P inductivo, APQ implicación parental y APQ crianza positiva, como estilos educativos (tabla 28).

Tabla 28. Modelos que predicen la varianza de Reducción de la Incertidumbre a partir de las características del menor, subescalas CBCL-DP y los estilos educativos de los progenitores.

	MODELO 1 Características del menor	MODELO 2 Características del menor + Subescalas CBCL-DP	MODELO 3 Características del menor + Subescalas CBCL-DP + Estilos educativos
Edad	-0.05	-0.07	0.12
Género	0.00	0.01	0.01
Nivel académico	0.03	-0.01	0.02
Comunicación	0.16	0.11	-0.11
Independencia	-0.21*	-0.23**	-0.19*
Grado discapacidad	0.01	0.04	-0.02
Grado DI	0.04	0.05	0.11
Síntomas de TEA (SCQ)	0.17*	0.18*	0.14*
CBCL-AD	-	0.19*	0.10*
CBCL-PA	-	-0.11	-0.09
CBCL-CA	-	0.03	0.16*
ENE-P inductivo	-	-	0.26**
ENE-P rígido	-	-	0.01
ENE-P indulgente	-	-	-0.02
APQ Implicación Parental	-	-	0.18*
APQ Crianza Positiva	-	-	0.21**
APQ Pobre Supervisión	-	-	-0.01
APQ Disciplina Inconsistente	-	-	0.02
R² ajustado	0.04**	0.06**	0.26***

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

A continuación, en la figura 23 se muestra un correlograma resumen entre las características del menor y el progenitor con las subescalas CBCL y PSQ.

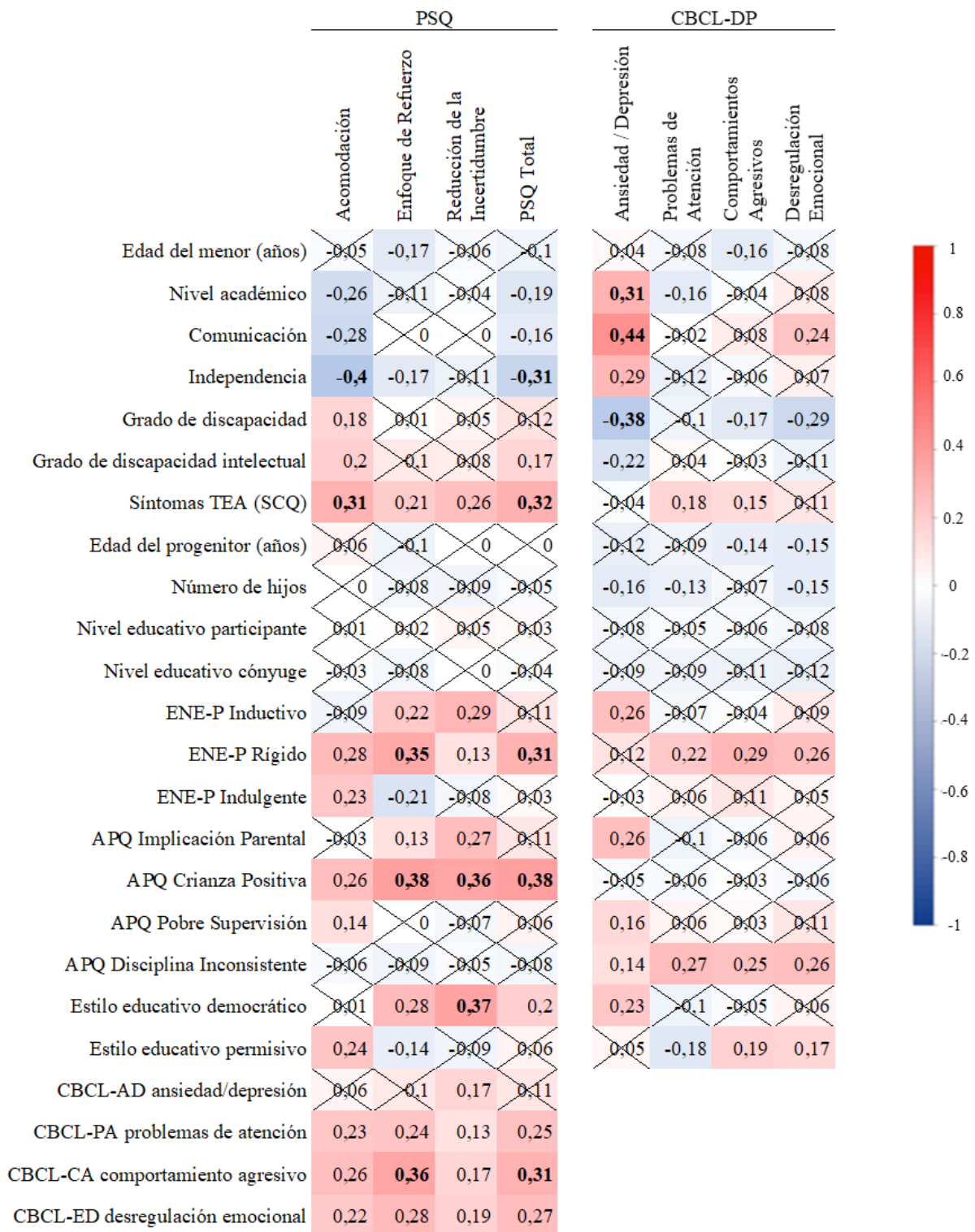


Figura 23. Correlogramas que representan correlaciones punto-biserial entre variables relacionadas con los menores y los progenitores con las subescalas del PSQ y la CBCL-DP. La intensidad y el color de los cuadrados representan la magnitud y el signo (rojo = positivo y azul = negativo) de la correlación, respectivamente. Un valor cruzado indica una correlación no significativa ($p > 0.05$; corrección de Bonferroni-Holm).

O.4.- Modelos explicativos de la relación entre la desregulación emocional, los estilos educativos y las estrategias de crianza.

Se ha observado que la desregulación emocional y los comportamientos agresivos de menores con autismo conlleva que los progenitores utilicen con más frecuencia estrategias de acomodación y estrategias enfocadas en el refuerzo/castigo para el manejo de los problemas de conducta de sus hijos. Queremos comprobar si el estilo educativo de los progenitores puede actuar como mediador en el empleo de estas estrategias. Concretamente, analizamos los dos estilos educativos que con más frecuencia se observan en los progenitores de menores con autismo, el estilo educativo rígido (autoritario) y el estilo educativo permisivo.

El modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM, por sus siglas en inglés) se realiza con el propósito de conseguir un análisis causal predictivo de variables dependientes en situaciones de alta complejidad con escaso desarrollo teórico. El modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales presenta diferencias fundamentales con su contraparte basada en covarianzas (BC) siendo la principal la forma de estimar los parámetros del modelo ya que mientras la técnica BC se sirve de la “bondad de ajuste” de las matrices de covarianza, en PLS se maximiza la varianza explicada de las variables endógenas latentes estimando las relaciones parciales del modelo en una secuencia iterativa de regresiones de mínimos cuadrados ordinarios (Hair et al., 2019).

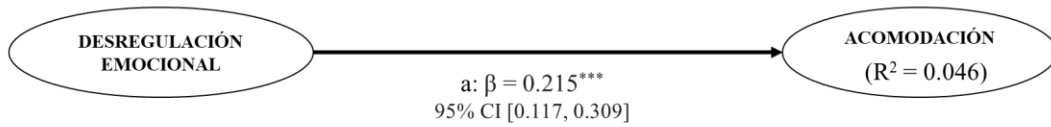
O.4.1.- Los estilos educativos como variables mediadoras entre la desregulación emocional y las estrategias de crianza

Los estilos educativos permisivo y rígido como variables mediadoras entre la desregulación emocional y las estrategias de acomodación

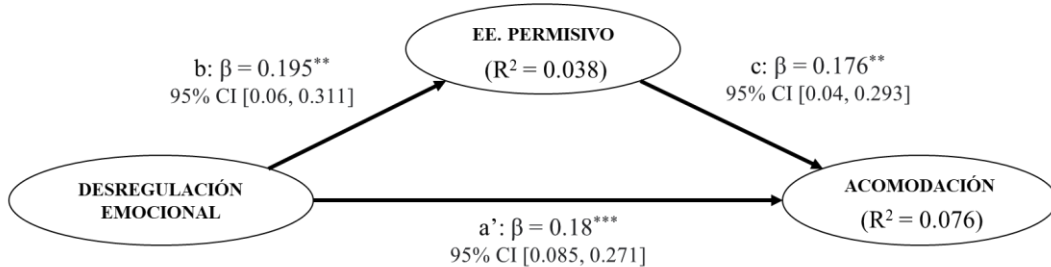
De acuerdo con Shrout and Bolger (2002), si las asociaciones (desregulación emocional → EE. Permisivo) y (EE. Permisivo → acomodación) son significativas y la asociación (desregulación emocional → acomodación) en el paso 2 (Modelo B) es menor que la asociación (desregulación Emocional → acomodación) en el paso 1 (Modelo A) por una cantidad no trivial, podemos deducir que existe un efecto indirecto de la desregulación emocional en las estrategias de acomodación a través del estilo educativo permisivo (mediador) (véase la figura 24).

Igualmente, si las asociaciones (desregulación emocional → EE. Rígido) y (EE. Rígido → acomodación) son significativas y la asociación (desregulación emocional → acomodación) en el paso 2 (Modelo C) es menor que la asociación (desregulación emocional → acomodación) en el paso 1 (Modelo A) por una cantidad no trivial, podríamos deducir que existe un efecto indirecto de la desregulación emocional en las estrategias de acomodación a través del estilo educativo rígido (mediador) (véase la figura 24).

A. Modelo con un efecto total



B. Modelo con un efecto indirecto positivo



C. Modelo con un efecto indirecto positivo

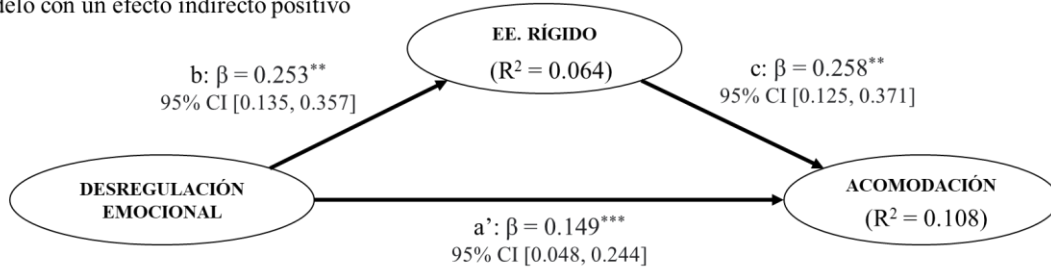
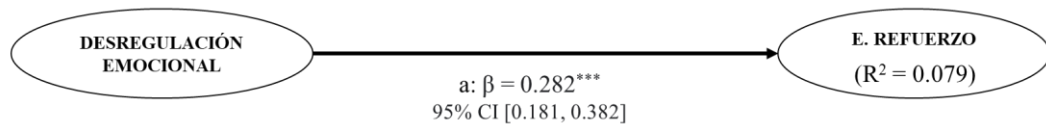


Figura 24. Modelos explicativos de la relación entre la desregulación emocional y las estrategias de acomodación.

El estilo educativo rígido como variable mediadora entre la desregulación emocional y las estrategias de enfoque de refuerzo

Si las asociaciones (desregulación emocional → EE. Rígido) y (EE. Rígido → enfoque de refuerzo) son significativas y la asociación (desregulación emocional → enfoque de refuerzo) en el paso 2 (Modelo B) es menor que la asociación (desregulación emocional → enfoque de refuerzo) en el paso 1 (Modelo A) por una cantidad no trivial, podemos deducir que existe un efecto indirecto de la desregulación emocional en las estrategias de enfoque de refuerzo a través del estilo educativo rígido (mediador) (véase la figura 25).

A. Modelo con un efecto total



B. Modelo con un efecto indirecto positivo

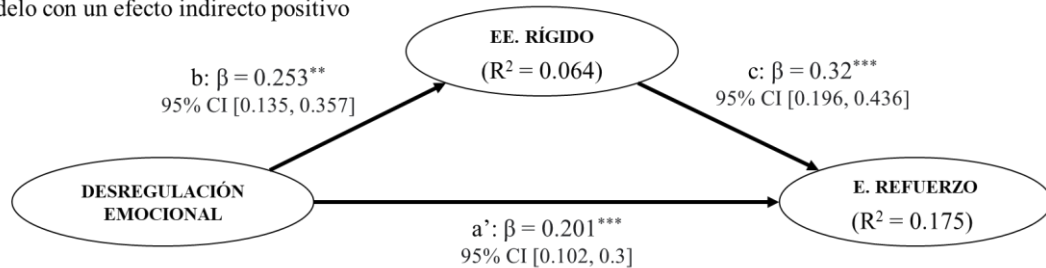


Figura 25. modelos explicativos de la relación entre la desregulación Emocional y las estrategias de enfoque de refuerzo.

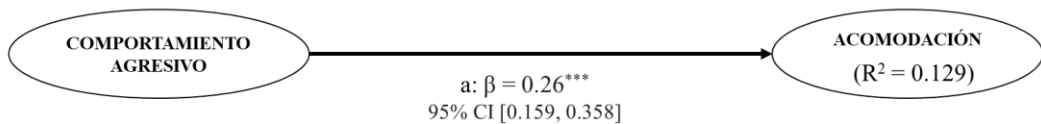
O.4.2.- Los estilos educativos como variables mediadoras entre el comportamiento agresivo y las estrategias de crianza

El estilo educativo como variable mediadora entre el comportamiento agresivo y las estrategias de acomodación

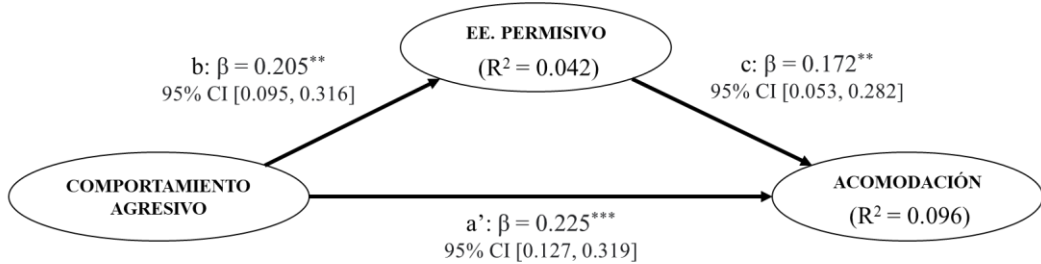
Si las asociaciones (comportamiento agresivo → EE. Permisivo) y (EE. Permisivo → acomodación) son significativas y la asociación (comportamiento agresivo → acomodación) en el paso 2 (Modelo B) es menor que la asociación (comportamiento agresivo → acomodación) en el paso 1 (Modelo A) por una cantidad no trivial, podemos deducir que existe un efecto indirecto del comportamiento agresivo en las estrategias de acomodación a través del estilo educativo permisivo (mediador) (véase la figura 26).

Igualmente, si las asociaciones (comportamiento agresivo → EE. Rígido) y (EE. Rígido → acomodación) son significativas y la asociación (comportamiento agresivo → acomodación) en el paso 2 (Modelo C) es menor que la asociación (comportamiento agresivo → acomodación) en el paso 1 (Modelo A) por una cantidad no trivial, podríamos deducir que existe un efecto indirecto del comportamiento agresivo en las estrategias de acomodación a través del estilo educativo rígido (mediador) (véase la figura 26).

A. Modelo con un efecto total



B. Modelo con un efecto indirecto positivo



C. Modelo con un efecto indirecto positivo

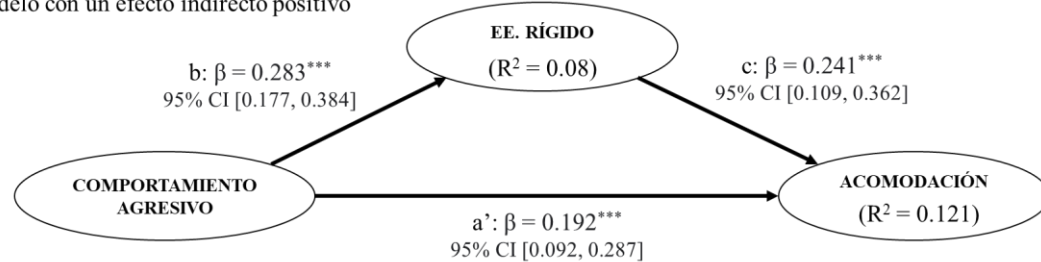


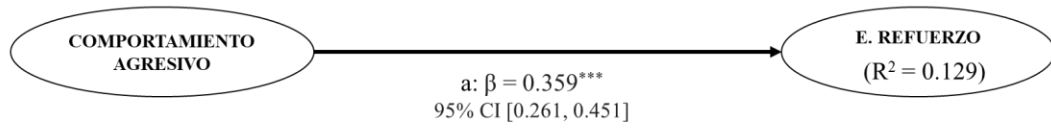
Figura 26. Modelos explicativos de la relación entre el comportamiento agresivo y las estrategias de acomodación.

Los estilos educativos permisivo y rígido como variable mediadora entre el comportamiento agresivo y las estrategias de enfoque de refuerzo

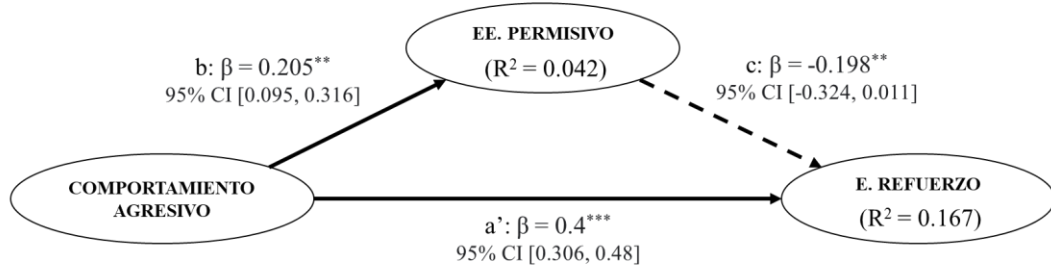
Si la asociación desregulación emocional \rightarrow EE. Permisivo es positiva y la asociación EE. Permisivo \rightarrow enfoque de refuerzo es negativa y la asociación a través del EE. Permisivo (mediador) es negativa ($b \times c < 0$), el estilo educativo permisivo actuaría como supresor de las estrategias de enfoque de refuerzo ante la presencia de comportamientos agresivos del menor (véase la figura 27).

De acuerdo con Shrout and Bolger (2002), si las asociaciones (comportamiento agresivo \rightarrow EE. Rígido) y (EE. Rígido \rightarrow enfoque de refuerzo) son significativas y la asociación (comportamiento agresivo \rightarrow enfoque de refuerzo) en el paso 2 (Modelo C) es menor que la asociación (comportamiento agresivo \rightarrow enfoque de refuerzo) en el paso 1 (Modelo A) por una cantidad no trivial, podemos deducir que existe un efecto indirecto del comportamiento agresivo en las estrategias de enfoque de refuerzo a través del estilo educativo rígido (mediador) (véase la figura 27).

A. Modelo con un efecto total



B. Modelo con un efecto indirecto negativo



C. Modelo con un efecto indirecto positivo

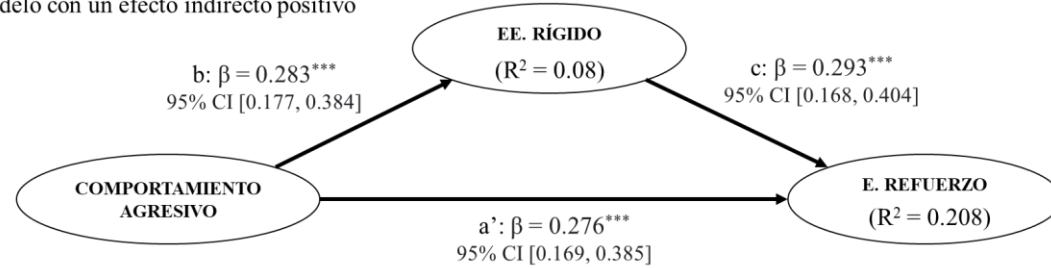


Figura 27. Modelos explicativos de la relación entre el comportamiento agresivo y las estrategias de enfoque de refuerzo.

DISCUSIÓN

O.1.- CBCL-DP. La capacidad de regulación emocional de los menores con autismo.

El desarrollo de la regulación emocional durante la etapa infantil permite la iniciación, motivación y organización del comportamiento adaptativo (Nuske et al., 2017). Los menores con autismo presentan mayores dificultades de regulación emocional en contextos sociales complejos, con un repertorio de estrategias más simples y menos efectivas que las utilizadas por menores neurotípicos (Hirschler-Guttenberg et al., 2015; Jahromi et al., 2012). En muchas ocasiones, la desregulación emocional surge cuando las demandas del entorno sobrepasan los recursos de afrontamiento del menor (Mazefsky & White, 2014). La desregulación emocional se caracteriza por una autorregulación deficiente que incluye síntomas de baja tolerancia a la frustración, impaciencia, rapidez para enojarse y una marcada reactividad emocional (Sáez-Suanes et al., 2020). Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que la escala CBCL-DP (Achenbach, 2000; Althof et al., 2010) presenta unas adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la severidad de la desregulación emocional en menores con TEA. Tal y como se recoge en estudios previos, la escala completa presenta una elevada consistencia interna, así como las subescalas que evalúan los dominios afectivo, cognitivo y comportamental de la regulación emocional (Greenlee et al., 2021; Joshi et al., 2018; Keefer et al., 2020; Vasa et al., 2022; Uljarevic et al., 2018). En nuestra muestra, los principales problemas observados dentro del dominio afectivo se relacionaban con estados de nerviosismo, sensibilidad, tensión y miedo a ciertos estímulos, espacios o situaciones. En relación al dominio cognitivo, destacan los problemas para prestar atención, la falta de concentración y la dificultad para evitar la distracción. Por último, los problemas de comportamiento agresivo, informados por los

progenitores, son que en muchas ocasiones sus hijos/as reclaman mucho la atención, se oponen o se niegan a acceder a las demandas de sus padres y discuten o gritan con frecuencia, siendo las rabietas el comportamiento más frecuente.

Aproximadamente, la mitad de los progenitores de la muestra informaron que sus hijos/as presentaban problemas de regulación emocional importantes. El 26.85% presentaban desregulación emocional moderada (DEM) y el 22.22% severa (DES). Estos datos coinciden con estudios previos que sugieren una elevada prevalencia en la desregulación emocional en personas con autismo, que varía entre el 50 y el 60%, aproximadamente (Mazefsky & White, 2014; Samson et al. 2014).

La presencia de una condición psiquiátrica co-ocurrente puede tener un gran impacto en el desarrollo de las personas con TEA, al intensificar los déficits nucleares y provocar dificultades añadidas en el funcionamiento adaptativo, el rendimiento académico y la calidad de vida (Lugo-Marín et al., 2019; Tavernor et al., 2013). En el presente estudio, se encontró que muchos menores presentaban puntuaciones clínicamente significativas en los diferentes dominios que componen la regulación emocional. El 58.64% presentaban problemas atencionales, el 32.72% problemas de ansiedad/depresión y un 28.09% problemas de conducta agresiva. El 36.1% presentaba puntuaciones clínicamente significativas en más de un dominio, donde el 22.5% mostraba un probable trastorno en dos dominios y el 13.6% de la muestra llegó a presentar problemas clínicamente significativos en los tres dominios de la regulación emocional.

La gravedad de los problemas en determinadas condiciones psiquiátricas aumenta la posibilidad de presentar un mayor grado de severidad de la desregulación emocional (Keefer et al., 2020). En el presente estudio, se observó que los problemas

de comportamiento agresivo y los problemas de ansiedad/depresión clínicamente significativos aumenta la probabilidad de presentar desregulación emocional moderada y severa. Concretamente, se encontró que el 64.84% de los menores con problemas de comportamiento agresivo y el 57% de los menores con problemas de ansiedad/depresión clínicamente significativos mostraban desregulación emocional severa.

Características del menor relacionadas con la desregulación emocional y los subdominios.

En el presente estudio, se analizó la relación entre la capacidad cognitiva y funcional y la desregulación emocional en menores con TEA. Para ello, recogimos información relacionada con la capacidad de comunicación verbal, el nivel académico, el nivel de autonomía personal en actividades básicas de la vida diaria, el grado de discapacidad y el nivel de DI. Se encontró que la capacidad de comunicación expresiva y el grado de discapacidad se relacionó con la severidad de la desregulación emocional. Concretamente, los progenitores de menores con un menor grado de discapacidad y una adecuada capacidad expresiva informaron que sus hijos/as mostraban mayores niveles de desregulación emocional que aquellos progenitores de menores con un grado de discapacidad más severos y mayores dificultades de expresión verbal.

Por otro lado, los problemas afectivos se relacionaron con la capacidad para expresarse verbalmente, el nivel académico, la autonomía personal, el grado de discapacidad y el nivel de DI del menor. Los progenitores de menores con TEA con mayores capacidades funcionales informaron que sus hijos/as presentaban mayores problemas afectivos en comparación con los progenitores de menores con menores habilidades cognitivas y desempeño funcional en su vida diaria.

Una posible explicación se deba a que los menores con habilidades cognitivas promedio, o más elevadas, tienen más probabilidades de participar en entornos sociales complejos y con una menor estructuración. Es probable que el hecho de enfrentarse con mayor frecuencia a diversos contextos pueda generar nerviosismo, sensibilidad, tensión y miedo en las personas con TEA por la exposición a ciertos estímulos o situaciones (Chang et al., 2012; Kerns et al., 2015^a; van Steensel & Heeman, 2017). Además, es probable que el entorno social del menor con mayores capacidades tenga mayores expectativas en sus comportamientos en comparación a aquellos con habilidades cognitivas más bajas, y por ello, reciban un menor apoyo ante las dificultades adaptativas cuando surge la desregulación (Sterling, Dawson, Estes y Greenon, 2008). Por el contrario, los menores con capacidades cognitivas y funcionales por debajo del rango promedio y mayores necesidades de apoyo, es probable que se encuentren más tiempo en entornos con una menor demanda o altamente estructurados. En estos entornos los adultos pueden supervisar más fácilmente las interacciones sociales y brindar apoyo emocional, reduciendo la probabilidad de que aparezcan episodios de desregulación significativa (Cai et al., 2018; Neuhaus, Webb & Bernier, 2019).

En cuando a las dificultades en la comunicación social, aunque no presenten dificultades para expresar verbalmente sus pensamientos, es habitual que las personas con autismo muestren dificultades en el uso pragmático de la comunicación (Baird & Norbury, 2016; Chiang et al., 2008; Eigsti et al., 2011; Gev et al., 2021). Lerner et al. (2017) encontraron una mayor frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno Negativista Desafiante (TND) entre los jóvenes con autismo con capacidad verbal en comparación con los que tenían una capacidad verbal mínima. Algunos síntomas del TND precisan una mayor capacidad expresiva, como es el caso de los niños/as que

discuten con frecuencia, amenazan o culpan a otras personas (Lerner et al., 2017). Otra posible explicación de las diferencias en los problemas afectivos entre los menores con capacidad para expresarse verbalmente y los menores que se comunican de forma no verbal se deba a la naturaleza de los ítems que evalúan algunos problemas afectivos en la CBCL-DP. Algunos enunciados sólo se pueden responder si el menor es capaz de expresar verbalmente el estado emocional que experimenta ante la exposición de ciertas situaciones, siendo difíciles de valorar por los progenitores de menores con mayores necesidades de apoyo, DI y problemas comunicativos severos.

Se encontró que los varones y los menores con TEA más jóvenes presentaban mayores problemas atencionales y comportamientos agresivos en comparación a las mujeres y las personas con TEA de mayor edad. Estos resultados coinciden con estudios previos en los se informa de una mayor frecuencia de comportamientos agresivos en varones con TEA de menor edad (Chandler et al., 2016; Farmer et al., 2015; Hill et al., 2014; Kaat & Lecavalier, 2013; Mandell et al., 2007). En nuestro estudio encontramos que el 40.58% de los menores con problemas de atención clínicamente significativos presentan a su vez un probable trastorno del comportamiento agresivo. Los jóvenes diagnosticados con TEA y TDAH es más probable que sean diagnosticados con TND o trastorno de conducta (van Steensel et al. 2013), y suelen presentar una mayor gravedad de los síntomas si se comparan con la población infantil con TEA sin TDAH asociado (Craig et al., 2015).

Un mayor número de síntomas de TEA se relacionó con una mayor probabilidad de presentar problemas atencionales y comportamientos agresivos. Estudios previos, han descrito que las personas con mayor severidad de los síntomas de TEA es probable que presenten más comportamientos impulsivos y problemas atencionales (Ronald et

al., 2014; Simonoff et al., 2008; Supekar et al, 2017; Tang et al., 2022). Además, presentar un mayor número de síntomas de TEA aumenta la probabilidad de presentar más problemas de comportamiento agresivo en comparación a las personas con menor sintomatología TEA (Chandler et al., 2016; Hill et al., 2014; Kaat & Lecavalier, 2013).

O.2.- Los estilos educativos empleados por los progenitores de menores con autismo.

Para evaluar el estilo educativo adoptado por los progenitores se emplearon la Escala de Normas y Exigencias, versión para padres (ENE-P) y el Alabama Parenting Questionnaire (APQ). La escala ENE-P evalúa la forma en que los padres establecen y exigen el cumplimiento de las normas (Bersabé, Fuentes & Motrico, 2001). Esta escala fue diseñada y validada en población española con desarrollo típico y evalúa tres tipos de estilos educativos dentro del dominio de exigencias-control parental: inductivo, rígido e indulgente. En el estilo inductivo los padres explican a sus hijos el establecimiento de las normas y las adapta a las necesidades y posibilidades de sus hijos. Los padres que adoptan un estilo rígido imponen el cumplimiento de las normas, y mantienen un nivel de exigencias demasiado alto e inadecuado a las necesidades de sus hijos. Por último, en el estilo indulgente los padres no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento. Este es el primer estudio donde se emplea esta escala para evaluar el estilo educativo basado en las exigencias-control de progenitores con hijos/as menores con autismo. La consistencia interna de las tres subescalas de la ENE-P fue adecuada, siendo mayor en las subescalas de estilo inductivo e indulgente. Por otro lado, el APQ está diseñado para medir las dimensiones de la crianza de los/as hijos/as que son relevantes para el desarrollo de problemas de conducta infantil (APQ; Essau et al. 2006; Frick et al. 1999). Este cuestionario permite extraer la frecuencia con la que se aplican estilos de crianza positivos basados en la

implicación parental y la crianza positiva, frente a la frecuencia con la que se implementan comportamientos de crianza negativa relativos a una pobre supervisión y el uso de la disciplina inconsistente. El APQ ha sido empleado en otros estudios en los que se ha evaluado los comportamientos de crianza de progenitores de menores con autismo (DeLucia et al., 2021; Lindsey et al., 2020; O’Nions et al., 2019). La consistencia interna de las dos subescalas que evalúan la crianza positiva fue significativamente mayor que las dos subescalas relativas a la crianza negativa.

En el presente estudio, los progenitores emplean con mayor frecuencia comportamientos compatibles con el estilo inductivo, la crianza positiva y la implicación parental. Los progenitores informan que tratan de dedicar un tiempo a explicar a sus hijos/as que comportamientos se deben y no se deben hacer, destacan la importancia de las normas para la convivencia y las razones por las que deben cumplirse, y animan a sus hijos/as a que hagan las cosas por sí mismos/as. Los progenitores emplean con frecuencia el refuerzo social basado en felicitar, elogiar y mostrar afecto cuando el/la menor realizan comportamientos positivos y se implica en las tareas. Además, los progenitores de menores con TEA informan de una elevada implicación en la vida de sus hijos/as, interesándose por cómo le ha ido en el colegio o instituto, teniendo charlas amistosas con sus hijos/as, hablando con ellos acerca de sus amistades e implicándose en las actividades que ellos o ellas realizan. Estos resultados, coinciden con estudios previos en los que sugieren que las madres de menores con autismo muestran niveles similares o mayores de crianza positiva que las madres de menores con otros problemas en el desarrollo o las madres de menores con desarrollo típico (Boonen et al. 2015, Hirschler-Guttenberg et al. 2015; Maljaars et al. 2014; Siller & Sigman 2002; van Esch et al. 2018; van IJzendoorn et al. 2007).

Los estilos educativos democrático, permisivo y autoritario.

Los estilos educativos de los progenitores se clasifican atendiendo a la combinación entre el grado de control del comportamiento del menor y la capacidad de respuesta afectiva que los padres ofrecen a sus hijos/as (Kiff et al., 2011). La combinación de estas dimensiones produce tres estilos educativos: democrático, permisivo y autoritario (Baumrind (1971). Las subescalas que componen la ENE-P y APQ permitieron analizar la frecuencia de los comportamientos de los progenitores dentro de cada estilo educativo.

Los padres con un estilo democrático se muestran cálidos y receptivos con sus hijos/as, al mismo tiempo que mantienen unas expectativas elevadas de logro y madurez en sus hijos/as. Este estilo se evaluó a través de la puntuación obtenida en las subescalas estilo inductivo, implicación parental y crianza positiva. Los padres democráticos destacan por transmitir a sus hijos/as la importancia de las normas y adaptarlas a las características de sus hijos/as, se involucran en la vida de sus hijos, y promueven el aprendizaje de comportamientos adecuados a través del refuerzo social.

Los padres que adoptan un estilo permisivo ejercen un escaso control sobre los comportamientos del menor, pero muestran una alta capacidad de respuesta. Por ello, sus comportamientos se basan en establecer pocas reglas y límites y son reacios a hacer cumplir las reglas (Baumrind, 1971). En el presente estudio, el estilo permisivo se extrajo a partir de la puntuación obtenida de las subescalas estilo indulgente y disciplina inconsistente. Los padres que emplean con frecuencia los comportamientos correspondientes a estas subescalas no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento, informan que no les compensa que su

hijo/a obedezca debido a los problemas que les generan, terminan cediendo a sus demandas y sus hijos/as logran evitar los castigos.

Por último, los padres con un estilo autoritario ejercen un alto control sobre sus hijos y muestran poca capacidad de respuesta, tienen expectativas similares de logro y madurez, pero carecen de calidez y capacidad de respuesta (Bersabé, Fuentes & Motrico, 2001). En el presente estudio, sólo se evaluó el dominio de exigencias-control parental a través del estilo rígido de la ENE-P, ya que ésta era la única subescala con características similares al estilo educativo autoritario. Los progenitores que emplean un estilo educativo rígido destacan por exigir el cumplimiento de las normas, aunque el menor o la menor no las comprenda; mantienen un elevado grado de control; exigen el respeto absoluto a las figuras de autoridad y aplican castigos severos ante la desobediencia o el incumplimiento de las normas.

Características de los progenitores y su relación con el estilo educativo

Las madres presentaban con más frecuencia comportamientos relacionados con el estilo inductivo e implicación parental en comparación a los padres. Hay que destacar que el número de madres que participaron en el estudio es significativamente mayor que el número de padres ($N_{\text{madres}} = 262$ y $N_{\text{padres}} = 62$). Con mayor frecuencia, las madres suelen razonar y acordar las normas con sus hijos/as, promueven la participación del menor en las decisiones familiares, se interesan por su día a día en el colegio y la relación con sus amigos, y se implican más en ayudarles en las tareas académicas; en comparación con los padres. Estos resultados coinciden con otro estudio en el que informaron que las madres de niños/as con TEA participaban en más comportamientos sociales con sus hijos/as que los padres (Ozturk, Riccadonna & Venuti, 2014).

En el presente estudio, los padres informaban emplear con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente en comparación con las madres. Concretamente, se ha observado que los padres tienden a evitar con más frecuencia el castigo cuando sus hijos/as hacen algo malo en comparación con las madres. Estos resultados podrían relacionarse con un estudio en el que se informa que los padres se muestran menos activos en la gestión educativa de sus hijos en comparación con las madres (Ozturk, Riccadonna & Venuti, 2014). En cambio, estos resultados resultan contrarios a los hallazgos de otros estudios previos donde informan que los padres de menores con TEA tienden a adoptar un estilo más directivo en comparación con las madres (Flippin & Watson, 2015; Konstantareas & Stewart, 2006). Debido a la falta de datos con respecto al estilo educativo empleado por los padres de menores con TEA, en futuros estudios deberían incluirse una muestra mayor de padres con el fin de analizar las diferencias en los estilos educativos entre padres y madres y, a su vez, evaluar su relación con las características de los menores con TEA.

Características del menor y su relación con el estilo educativo

Los progenitores de menores más jóvenes muestran más comportamientos relacionados con la crianza positiva en comparación con los progenitores de menores de mayor edad. Estos padres emplean con más frecuencia el refuerzo social y el afecto ante comportamientos adecuados del menor en comparación a los progenitores con hijos más mayores. En cambio, los progenitores de hijos/as de mayor edad emplean con más frecuencia comportamientos relacionados con la pobre supervisión en comparación con los progenitores de menores más jóvenes.

Los progenitores de menores con mayores capacidades, es decir, que pueden expresarse verbalmente; con un nivel de independencia similar o que necesitan un poco

más de ayuda que otras personas de su edad y/o sin DI o DI leve, empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo inductivo en comparación con aquellos padres de menores con menores capacidades, es decir, con dificultades comunicativas importantes; completamente dependientes de la ayuda de sus padres/cuidadores y/o con un grado de DI moderada o grave. Concretamente, se destaca que estos progenitores emplean más tiempo en explicar la importancia de las normas para la convivencia, acuerdan las normas con sus hijos/as, explican las consecuencias de no cumplir dichas normas, promueven la autonomía y delegan una mayor responsabilidad en sus hijos/as a medida que van creciendo. Estos resultados coinciden con un estudio previo en el que se observó que los progenitores de menores con TEA con mayores puntuaciones en lenguaje se mostraban más sensibles y verbalmente receptivos en respuesta a sus hijos/as (Flippin & Watson, 2015). Además, en aquellos casos en los que el menor o la menor presenta una capacidad comunicativa adecuada, tanto a nivel expresivo como comprensivo, permite que los progenitores puedan emplear con mayor frecuencia la interacción social verbal y reducir el uso de estrategias de interacción social no verbal basadas en estrategias de control, como el contacto físico, la intrusión, las iniciativas imperativas y los comentarios no sincronizados (Ku, Stinson & MacDonald, 2019)

Además, los progenitores de menores que pueden expresarse verbalmente y/o sin DI o DI leve, empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la implicación parental en comparación con aquellos padres de menores con dificultades comunicativas importantes y/o con DI moderada o grave. Estos progenitores emplean más tiempo en tener charlas amistosas, les implican en las decisiones familiares, preguntan a sus hijos/as sobre cómo le ha ido el día en el colegio, sobre sus amigos/as

y qué va a hacer durante el día. De acuerdo con García y cols. (2020), tener competencia en el habla/discurso y capacidad para expresar gustos y preferencias es un poderoso predictor de la calidad de vida en personas con DI. Los progenitores con hijos/as con una adecuada capacidad expresiva pueden mantener charlas con sus hijos dirigidas a prevenir y manejar las dificultades de adaptación en diferentes contextos (García et al., 2020).

Los padres de menores con un grado de DI grave empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo indulgente en comparación con aquellos padres de menores sin DI, DI leve y/o DI moderada. Estos padres priorizan la felicidad de sus hijos/as por delante de la obediencia a su autoridad, permiten que hagan aquello que les gusta o les hace felices la mayor parte del tiempo y cuando su hijo/a tiene una rabietta, evitan el conflicto concediéndole aquello que desea. Estos resultados coinciden con un estudio previo a gran escala, Maljaars y colaboradores sugieren que los padres de menores con autismo y mayores necesidades de apoyo suelen ser más flexibles con respecto a las normas de comportamiento y expectativas, adoptando un estilo educativo más permisivo e indulgente. Las madres que informaron de un menor uso de normas y disciplina se basaron en que este estilo educativo ayudaba a prevenir el comportamiento problemático (Maljaars et al. 2014).

Relación entre el estilo educativo y la desregulación emocional

Los progenitores de menores con un grado de desregulación emocional severo (DES) y moderado (DEM) empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido y disciplina inconsistente en comparación con aquellos progenitores de menores sin desregulación emocional y/o con un grado de desregulación emocional leve.

Según los dominios de la desregulación emocional, los progenitores de menores con problemas de atención y comportamientos agresivos clínicamente significativos empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al estilo rígido y disciplina inconsistente en comparación con aquellos progenitores de menores sin problemas de atención ni comportamientos agresivos. Aquellos progenitores que mostraban un estilo rígido emplean con más frecuencia conductas de control y supervisión constante del comportamiento de sus hijos/as, imponen castigos más severos para evitar que vuelvan a desobedecer y recuerdan que deben obedecer a la figura de autoridad. Estudios previos han encontrado que un estilo de crianza negativa o controladora (es decir, disciplina y castigos severos) se asociaba con mayores problemas de comportamiento de externalización en menores con autismo (Boonen et al., 2014). Un estudio reciente, encontró que los padres informaron de un mayor uso del control psicológico y, en menor grado, un control firme, cuando los menores demostraron niveles elevados de síntomas de externalización (Ventola et al., 2017). Por otro lado, los progenitores que emplean una disciplina inconsistente informan que el hecho de conseguir que su hijo le obedezca le suponen tantos problemas que no le compensa, suelen permitir que su hijo/a pueda escaparse del castigo ante un problema de conducta y en muchas ocasiones, los castigos se encuentran influidos por el estado de ánimo del progenitor. Según estudios previos, esta inconsistencia en la puesta de límites por parte de los progenitores también predice el aumento de los problemas de conducta en niños/as, adolescentes y adultos jóvenes con autismo en el futuro (Dieleman et al. 2017; Osborne et al., 2008).

Los progenitores de menores con problemas de ansiedad/depresión clínicamente significativos empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes al

estilo inductivo e implicación parental en comparación con aquellos progenitores de menores sin problemas de ansiedad/depresión. En el presente estudio, los menores con capacidad para expresarse verbalmente de forma adecuada informaron de mayores niveles de ansiedad/depresión. Los progenitores con hijos/as con una adecuada capacidad expresiva emplean el estilo inductivo y la implicación parental para ayudar a sus hijos/as ante diferentes estados de nerviosismo, sensibilidad, tensión y miedo por la presencia de ciertos estímulos, espacios o situaciones; y a su vez, promover la participación y la mejora de la calidad de vida del menor (García et al., 2020).

O.3.- Las estrategias de crianza en menores con autismo.

Las estrategias de crianza para manejar y prevenir los problemas de comportamiento presentes en los menores con autismo se evaluaron a través de la Parenting Strategies Questionnaire (PSQ, O’Nions et al., 2019). O’Nions y colaboradores validaron el PSQ en el Reino Unido a partir de una muestra compuesta por 222 progenitores de menores con TEA con edades comprendidas entre los 6 y 17 años. En su estudio el 70% de los menores eran varones, el 98% se comunicaban principalmente de forma verbal, el 59% tenía un nivel académico similar al de sus compañeros o presentaban alguna dificultad específica, el 44% presentaba un nivel de independencia similar o necesitaban un poco más de ayuda que otras personas de su misma edad y en cuanto a la sintomatología de TEA, en el cuestionario SCQ obtuvieron una puntuación media de 24.12 ($DT = 6.18$). Con respecto a las características de los progenitores, el 96% de los/as participantes fueron mujeres, el 73% estaban casados/as o cohabitaban con sus parejas y el 68% tenían estudios universitarios.

En nuestro estudio realizamos la adaptación y validación del PSQ en población española, con una muestra de 324 progenitores de menores con TEA con edades

comprendidas entre los 6 y 18 años. Las características de nuestra muestra fueron bastante similares a la muestra recogida por O’Nions et al., (2019). En este estudio el 82.1% de los menores eran varones, el 90.1% se comunicaban principalmente de forma verbal, el 54.3% tenía un nivel académico similar al de sus compañeros o presentaban alguna dificultad específica, el 64.2% presentaba un nivel de independencia similar o necesitaban un poco más de ayuda que otras personas de su misma edad y en cuanto a la sintomatología de TEA, en el cuestionario SCQ obtuvieron una puntuación media de 23.2 ($DT = 6.26$). Con respecto a las características de los progenitores, el 80.9% de los progenitores que participaron fueron mujeres, el 78.4% estaban casadas o cohabitaban con sus parejas y el 40.7% tenían estudios universitarios.

Las medidas de ajuste del AFC mostraron los mejores resultados para el modelo factorial PSQ de orden superior, que incorpora un factor de *estrategias de crianza* superordinado mediado por tres factores subordinados (acomodación, enfoques de refuerzo y reducción de la incertidumbre). El PSQ muestra una elevada consistencia interna, así como las subescalas que la compone. La subescala que mayor correlación presentó con la puntuación global de estrategias de crianza fue la acomodación, seguido de la reducción de la incertidumbre y el enfoque de refuerzo. En nuestra versión del PSQ se observó una asociación positiva significativa entre los diferentes subconjuntos de estrategias. En cambio, O’Nions et al., (2019) encontraron en su estudio una asociación negativa entre las estrategias de acomodación y los enfoques de refuerzo y no hubo asociación entre los enfoques de refuerzo y la reducción de la incertidumbre. Por otro lado, también existen diferencias entre ambos estudios con respecto a la frecuencia del empleo de estrategias de cada categoría. Los progenitores españoles emplean con más frecuencia estrategias de enfoque de refuerzo y con menos frecuencia

estrategias de acomodación y reducción de la incertidumbre comparado con los progenitores de la muestra de O’Nions et al. (2019). Por último, en ambas muestras se observa que las estrategias de reducción de la incertidumbre son las que se emplean con más frecuencia para manejar y prevenir los problemas de comportamiento presentes en los menores con autismo. A continuación, se describe con detalle los aspectos más relevantes de las estrategias de crianza del PSQ.

Las estrategias de acomodación

Los progenitores que emplean estas estrategias tratan de planificar, modificar y adaptar las rutinas y exigencias según los intereses, necesidades y estado de ánimo de sus hijos/as (Lucyshyn et al., 2004; Storch et al., 2007). En el presente estudio, las principales estrategias de acomodación observadas se basaban en la supervisión de los comportamientos del menor, prestar atención a los factores del entorno que puedan suponer un riesgo para su bienestar, planificar las actividades en torno a él/ella, ajustar las demandas según las circunstancias y realizar excepciones según las reglas y necesidades del menor.

En el presente estudio, las estrategias de acomodación se relacionaron con la crianza positiva, el estilo rígido y el estilo indulgente. Los progenitores que se esfuerzan por reforzar los comportamientos adecuados del menor emplean con más frecuencia estrategias preventivas relacionadas con la supervisión constante de circunstancias que pudiesen molestar al menor, mantener estable el comportamiento de sus hijos y planificar las actividades en torno al menor. Por otro lado, los padres que empleaban con más frecuencia estilos educativos relacionados con el control y la exigencia del cumplimiento de normas, empleaban con más frecuencia estrategias más restrictivas basadas en la supervisión, junto con la limitación y evitación de actividades y lugares.

Por último, los progenitores que permiten que sus hijos incumplan las normas y acceden a las peticiones del menor, con tal de no discutir o bien que su hijo/a sea feliz; emplean con más frecuencia estrategias basadas en ceder a las demandas, hacer excepciones para ciertas reglas y/o hacer por ellos/as aquellas actividades que le resulten más difíciles.

Las estrategias de acomodación también se relacionaron con diferentes características de menor. Concretamente, la capacidad de comunicación expresiva, el nivel de independencia, la sintomatología TEA, los problemas de desregulación emocional y los comportamientos agresivos.

Los progenitores de menores con dificultades de expresión verbal y mayores niveles de dependencia empleaban con más frecuencia comportamientos correspondientes a la Acomodación en comparación con los progenitores de menores que se expresan verbalmente con normalidad y con nivel de independencia similar o un poco menor a otras personas de su edad. Concretamente, estos padres empleaban con más frecuencia estrategias basadas en proporcionar una supervisión constante, hacer por él/ella las partes de la actividad con las que su hijo/a tiene dificultades, evitar situaciones donde su hijo/a presenta dificultades, limitar las actividades sociales y las salidas con su hijo/a y permanecer atento a las cosas que puedan molestar a su hijo/a. Estudios previos han reportado que los menores con TEA con mayores limitaciones en el desempeño funcional puede llevar a los progenitores a adoptar un comportamiento más protector y controlador hacia sus hijos/as (Rutgers et al., 2007; Woolfson & Grant, 2006). La supervisión del progenitor también resulta necesaria durante las rutinas para compensar las dificultades del menor a permanecer concentrado en la tarea (Larson 2010), asegurar la intervención cuando se encuentran en la comunidad (Schaaf et al. 2011) y en situaciones cotidianas potencialmente peligrosas (Bourke-Taylor et al. 2010). Además,

los progenitores tratan de flexibilizar las metas de comportamiento para que fueran alcanzables (Gray 2003) y proporcionan más tiempo para completar las tareas (Safe et al., 2012).

Los progenitores de niños/as con una mayor sintomatología de TEA, medido con la escala SCQ, informaron de emplear con mayor frecuencia estrategias de acomodación en comparación con los progenitores de niños/as con una menor sintomatología de TEA. Los progenitores emplean con más frecuencia estrategias basadas en proporcionar una supervisión constante, limitar las actividades sociales y las salidas con su hijo/a, evitar los estímulos sensoriales que no le agradan a su hijo/a, evitar situaciones donde su hijo/a presenta dificultades, hacer excepciones con su hijo/a para ciertas reglas y permanecer atento a las cosas que puedan molestar a su hijo/a. Estos resultados coinciden con estudios previos que informan que los progenitores de menores con TEA con mayor rigidez cognitiva tratan de ajustar las rutinas para adecuarlas a las "reglas particulares" del niño y hacer excepciones con respecto a ciertas reglas y expectativas que se aplican a otros miembros de la familia (Ausderau & Juarez, 2013; Bagatell, 2015; Larson 2006; Marquenie et al., 2011). Además, debido a los problemas de integración y modulación sensorial que presentan las personas con TEA, los progenitores suelen esforzarse en limitar la exposición de sus hijos/as a estímulos sensoriales que resultan aversivos para el menor (Dickie et al. 2009; Duignan & Connell 2015; Schaaf et al. 2011) y evitar eventos que resultan sobreestimulantes o en los que puede aparecer estímulos temidos (Bagatell 2015; Neufeld et al. 2014).

Los progenitores de menores con desregulación emocional severa (DES) y moderada (DEM) y/o con problemas de comportamiento agresivo empleaban con más frecuencia estrategias correspondientes a la acomodación en comparación con los

progenitores de menores sin problemas de regulación emocional y/o sin problemas de comportamiento agresivo. Emplean con más frecuencia estrategias basadas en reducir las demandas cuando surgen problemas del comportamiento, mantenerse atento para prevenir problemas, eligen las “batallas” al decidir si es necesario insistir y evitan situaciones donde su hijo/a presenta dificultades, limitan las actividades sociales y las salidas con su hijo/a, hacen excepciones con su hijo/a para ciertas reglas. Estos resultados coinciden con estudios previos en los que se informa de la relación entre la gravedad de la ansiedad infantil y el uso de comportamientos de acomodación de los progenitores con hijos/as con autismo (Storch et al., 2015). Además, otros estudios informan que los progenitores de menores con TEA que presentar problemas de conducta tratan de evitar hacer cosas que el niño suele rechazar, con el fin de prevenir los comportamientos agresivos o arrebatos (Lucyshyn et al., 2004). Además, tratan de ajustar las expectativas según el estado de ánimo del niño y establecer prioridades al decidir si insistir ante las conductas de oposición/negación del niño, tratando de manejar el riesgo de arrebatos y conductas difíciles (Safe et al. 2012; Larson 2006; Farrugia 2009; Fletcher et al. 2012; Foo et al., 2015; Marquenie et al. 2011).

Las estrategias de enfoque de refuerzo

Los progenitores que emplean estas estrategias tratan de enseñar explícitamente al niño cuál es el comportamiento apropiado (Armstrong & Kimonis 2013), persistiendo con las demandas rutinarias a pesar de las protestas del menor (Sears et al. 2013); haciendo uso de distintos sistemas de recompensa (Bagatell 2015), incluyendo el refuerzo social (Agazzi et al. 2013). Además, dentro de este conjunto de estrategias se emplean métodos más tradicionales en respuesta al comportamiento problemático, como la recriminación verbal (Barry & Singer 2001), retirada de refuerzos (Hebert,

2014) y el uso del “tiempo fuera” (Blair et al. 2011). En el presente estudio, las principales estrategias de enfoque de refuerzo observadas se basaban en enseñar comportamientos adecuados y las reglas básicas de convivencia, la persistencia en las demandas hasta la consecución de los objetivos, aplicar el refuerzo positivo a los comportamientos adecuados y poner límites o restricciones a las conductas problemáticas.

Se ha observado que las estrategias de enfoque de refuerzo se relacionaron con los estilos educativos basados en la crianza positiva, el estilo inductivo y el estilo rígido. Los progenitores que presentan comportamientos relacionados con la crianza positiva y el estilo educativo emplean con más frecuencia estrategias relacionadas con el aprendizaje de comportamientos adecuados, explicar a sus hijos/as los comportamientos que se deben y no se deben hacer, persisten con las demandas rutinarias a pesar de las protestas, la importancia de las normas para la convivencia y las consecuencias de no cumplirlas, el establecimiento de reglas para situaciones complejas, explicar las pautas de actuación en repetidas ocasiones para que las haga y premiarle por las actividades que finaliza correctamente. En cambio, los progenitores que basaban su estilo educativo en el control y la exigencia del cumplimiento de normas, aplicaban con más frecuencia estrategias basadas en la respuesta inmediata al comportamiento problemático, como la recriminación verbal, la retirada de refuerzos y/o aplicar el “tiempo fuera”.

Estos resultados muestran una diferencia en el uso de estrategias de enfoque de refuerzo en función del estilo educativo adoptado. Por un lado, los progenitores que se inclinan por un estilo educativo democrático pondrán mayor énfasis en el empleo de estrategias proactivas y preventivas que promuevan el aumento de los comportamientos adaptativos del menor (Bagatell 2015; Dunlap et al. 1994; Fong et al., 1993; Schaaf et

al. 2011). Estudios previos, han observado una reducción en las conductas de externalización e internalización entre los menores con TEA cuando la interacción se basaba en el empleo de la calidez y los elogios (Smith et al., 2008). Por otro lado, los progenitores que basan su estilo educativo en mantener un alto grado de exigencias-control, tienden a focalizar la intervención con sus hijos/as en la corrección de los comportamientos problemáticos a través de la recriminación verbal (Barry & Singer 2001; Blair et al. 2011; Gray 1993) y el enfoque basado en el refuerzo negativo o el uso del castigo (Moes & Frea 2000; Hebert, 2014; Armstrong & Kimonis 2013). Por último, los progenitores que aplican el estilo educativo permisivo tratan de reducir el grado de exigencias-control sobre sus hijos. Prefieren centrar sus esfuerzos en el refuerzo de comportamientos positivos y ante la presencia de comportamientos disruptivos o molestos, optan por ignorar sus demandas (Bailey & Blair 2015; Marquenie et al. 2011) y evitar llamar la atención sobre el comportamiento inapropiado en situaciones difíciles o en público (Gray 1993; Neely-Barnes et al. 2011). Muchos progenitores de menores con TEA informan de intentos fallidos al utilizar estrategias de refuerzo negativo, debido a que esto provoca que el menor mantenga o aumente el comportamiento problemático (Agazzi et al., 2013; Armstrong et al., 2015; Lucyshyn et al., 2007).

Las estrategias de enfoque de refuerzo también se relacionaron con la desregulación emocional y el comportamiento agresivo. Los progenitores de menores con desregulación emocional severa (DES) y moderada (DEM) y/o con problemas de comportamiento agresivo empleaban con más frecuencia estrategias correspondientes al enfoque de refuerzo en comparación con los progenitores de menores sin problemas de regulación emocional y/o sin problemas de comportamiento agresivo. Principalmente, hacían uso de estrategias como quitarles los refuerzos o privilegios

como castigo a un problema de comportamiento, restringirles el acceso a objetos o cosas valiosas y poner a sus hijos/as en “tiempo fuera” si se portan mal. Estudios previos sugieren que en muchas ocasiones los problemas externalizantes de los menores con TEA surgen como una respuesta de evitación extrema ante contextos de demanda aversiva (Agazzi et al. 2013). En estos casos, el castigo puede tener efectos negativos en la regulación emocional de menores con TEA, produciendo un aumento de la ansiedad (O’Nions & Noens, 2018). De acuerdo con Malik & Baird (2018), resulta necesario describir la evitación extrema de la demanda y considerar los mecanismos por los cuales la evitación habitual se desarrolla y se mantiene a lo largo del tiempo. Dicho análisis forma la base de la planificación de intervenciones como el Apoyo Conductual Positivo (Lucyshyn et al., 2015).

Las estrategias de reducción de la incertidumbre

En el presente estudio, las estrategias de reducción de la incertidumbre son las que se emplean con más frecuencia. Estas estrategias consisten en tratar de mantener el contexto y las rutinas de forma que resulten predecibles (Larson, 2006; Ludlow et al. 2012; Schaaf et al. 2011); anticiparle previamente los acontecimientos (Bearss et al. 2016; Gray 1997; Johnson et al., 2014; Scarpinato et al. 2010); en el caso de que surja algún cambio o interrupción informar previamente al menor para que pueda adaptarse a la nueva situación (Duignan & Connell 2015); introducir las cosas nuevas gradualmente (Stoner et al. 2007); y analizar los antecedentes que desencadenan los problemas de comportamiento para tratar de prevenirlos en el futuro (Fletcher et al. 2012; Lasser & Corley, 2008; Larson 2006).

La subescala de reducción de la incertidumbre se relacionó con los comportamientos pertenecientes al estilo educativo democrático: el estilo inductivo, la

crianza positiva y la implicación parental. Los progenitores con estilos educativos basados en el refuerzo de conductas adaptativas, que se implican con frecuencia en actividades de sus hijos/as y explican la importancia de las normas y las consecuencias de no cumplirlas; empleaban con más frecuencia estrategias basadas en reducir el malestar que provoca a los menores con autismo las situaciones novedosas o los cambios de rutina, introduciendo cosas nuevas gradualmente o informando a sus hijos/as de los cambios en la rutina con anticipación. Estos resultados demuestran que los progenitores que emplean el uso del estilo educativo democrático emplean con más frecuencia la estructuración de rutinas y estrategias preventivas basadas en la anticipación de antecedentes que pueden provocar la aparición de problemas de conducta en menores con TEA (Johnson et al. 2014; Larson, 2006; Lucyshyn et al., 2015).

Los padres de niños/as con una mayor sintomatología TEA, medido con la escala SCQ, informaron de emplear con mayor frecuencia estrategias de reducción de la incertidumbre en comparación con los padres de niños/as con una menor sintomatología TEA. Los progenitores empleaban con más frecuencia estrategias como preparar a su hijo/a para eventos brindándole detalles con anticipación, planificar los problemas que podrían surgir durante las salidas, mantener las cosas lo más predecibles posible e informar a su hijo/a sobre los cambios en la rutina con anticipación. Los intereses restringidos y la preferencia por la invariabilidad de las rutinas y entornos en las personas con TEA pueden interpretarse como estrategias para reducir la ansiedad que provoca la intolerancia a la incertidumbre (Paula-Pérez, 2013). Con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad de sus hijos/as, estudios previos han informado que los progenitores de menores con TEA con dificultades en flexibilidad cognitiva tratan de reducir la ansiedad en situaciones no rutinarias (Scarpinato et al. 2010), así como la

ansiedad que produce la transición entre actividades y espacios debido a las dificultades en la integración sensorial que presentan las personas con TEA (Green et al., 2016; Kuhaneck et al. 2010; Uljarević et al., 2017).

O.4.- Los estilos educativos como variables mediadoras entre la desregulación emocional y las estrategias de crianza.

En el presente estudio hemos observado diferencias en la frecuencia y el tipo de estrategias empleadas por los progenitores según el perfil de desregulación emocional del menor y el estilo educativo adoptado. Estas diferencias nos llevaron a analizar la función mediadora del estilo educativo entre la desregulación emocional y las estrategias para el manejo y prevención de los problemas de comportamiento de los menores con TEA. Según la dimensión exigencia-control del estilo educativo, comparamos dos estilos educativos contrapuestos, el estilo educativo rígido y el estilo educativo permisivo (compuesto por el estilo indulgente y la disciplina inconsistente). Los resultados confirmaron un efecto indirecto de la desregulación emocional y los comportamientos agresivos en las estrategias de acomodación a través del estilo educativo rígido y del estilo educativo permisivo.

Ante los problemas de regulación emocional y los comportamientos agresivos del menor las estrategias de acomodación empleadas por los progenitores dependerán, al menos en parte, del estilo educativo que adopten. Concretamente, los progenitores con un estilo educativo basado en las exigencias por el cumplimiento de las normas y el respeto a la autoridad realizarán con más frecuencia estrategias de supervisión y limitación al acceso de ciertas actividades. En cambio, los progenitores con un estilo educativo más permisivo con el cumplimiento de las normas emplearán con más

frecuencia estrategias basadas en realizar concesiones a las demandas del menor y hacer excepciones para ciertas reglas con el fin de evitar los problemas de comportamiento.

Existe un efecto indirecto de la desregulación emocional y el comportamiento agresivo en las estrategias de enfoque de refuerzo a través del estilo educativo rígido. Se ha observado que los progenitores con un estilo educativo más estricto emplean con frecuencia estrategias educativas más tradicionales basadas en el refuerzo negativo, la recriminación verbal e incluso, el uso del “tiempo fuera”. Por otro lado, se ha observado que el estilo educativo permisivo actuaría como supresor de las estrategias de enfoque de refuerzo ante la presencia de comportamientos agresivos del menor. Es probable que los progenitores con un estilo educativo permisivo, ante los problemas de comportamiento agresivo de sus hijos/as, dediquen menos tiempo a explicar a sus hijos/as los comportamientos que se deben y no se deben hacer, así como la importancia de las normas y las consecuencias de no cumplirlas. Además, los progenitores con un estilo educativo permisivo evitan explicar las pautas de actuación en repetidas ocasiones hasta su consecución y acaban por ceder ante las protestas o arrebatos del menor.

Limitaciones del presente estudio

La investigación que recoge esta tesis tiene algunas limitaciones:

En primer lugar, aunque el tamaño de la muestra total consideramos que es adecuado, el número de personas con determinadas características evaluadas resultó reducido. Por ejemplo, mujeres con autismo (17.6%), padres participantes (19.1%), personas con discapacidad leve (3.7%) y personas que emplean un lenguaje no verbal o no se comunican de ninguna manera (9.8%).

En segundo lugar, el periodo en el que se recopilaban los datos del estudio coincidió con las restricciones derivadas de la pandemia por COVID. Por lo tanto, no se pudieron aplicar pruebas de evaluación directa a los menores. La información recogida en relación a las características del menor fue aportada por los progenitores a través del cuestionario on-line. Pensamos que esto pudo influir en la información recogida con respecto al nivel de DI, ya que sólo el 20.4% de los progenitores informaron de que sus hijos/as presentaban algún tipo de DI. Además, los síntomas de TEA se evaluaron a través del Cuestionario de Comunicación Social (SCQ). En futuros estudios, sería importante contrastar estos resultados empleando instrumentos de evaluación estandarizados, con el fin de analizar la relación entre la capacidad intelectual y la severidad de los síntomas de TEA con el perfil de desregulación emocional, el estilo educativo y las estrategias de crianza.

CONCLUSIONES y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Conclusiones

La presente tesis doctoral ha permitido establecer las siguientes conclusiones:

El perfil de desregulación emocional de la escala CBCL-DP (Achenbach, 2000; Althof et al., 2010) ha demostrado ser adecuada para evaluar la severidad de la desregulación emocional de los menores con autismo españoles. Esta escala podría ayudar a los profesionales a identificar problemas en la regulación emocional en etapas más tempranas del desarrollo y tratar de prevenir el desarrollo de trastornos psiquiátricos en edades más avanzadas. Además, la escala CBCL-DP permite analizar tanto la severidad de la desregulación emocional como los trastornos específicos de los dominios que componen la regulación emocional (Keefer et al., 2020), ayudando a establecer diferentes perfiles de desregulación emocional en función de los componentes afectivo, cognitivo y comportamental. En el presente estudio, los problemas afectivos y comportamentales fueron los principales componentes relacionados con la desregulación emocional severa. Es probable, que debido a la heterogeneidad del TEA existan distintos perfiles de regulación emocional según la severidad de los rasgos nucleares, el desarrollo cognitivo e intelectual y las habilidades adaptativas (Grzadzinski et al., 2013).

En el presente estudio se ha empleado por primera vez la Escala de Normas y Exigencias (ENE-P) en progenitores de menores con TEA. Esta escala resulta adecuada para evaluar los tres tipos de estilos educativos dentro del dominio de exigencias-control parental: inductivo, rígido e indulgente. Siendo las subescalas de estilo inductivo e indulgente las que mostraban mayores niveles de fiabilidad.

El estilo educativo democrático, compuesto por el estilo inductivo, la crianza positiva y la implicación parental; se empleaba con más frecuencia en progenitores de menores con problemas afectivos clínicamente significativos y una adecuada capacidad de comunicación verbal. Además, en aquellos menores en los que se observaban menos problemas de comportamiento agresivo, los progenitores empleaban con más frecuencia el estilo educativo democrático. En cambio, tanto el estilo educativo rígido como el estilo educativo permisivo, formado por el estilo indulgente y la disciplina inconsistente; se empleó con mayor frecuencia por los progenitores de menores con problemas de comportamiento agresivo y desregulación emocional.

En el presente estudio se realizó la adaptación y validación del cuestionario Parenting Strategies Questionnaire (PSQ, O’Nions et al., 2019) en población española. Comparado con las escalas de evaluación del estilo educativo, el PSQ es un cuestionario más adecuado para evaluar los comportamientos dirigidos a manejar y prevenir de los problemas de comportamiento, ya que ha sido diseñado a partir de comportamientos concretos observados en los progenitores de menores con TEA (O’Nions et al., 2018). La elevada fiabilidad obtenida tanto en la puntuación global como en las subescalas, indica que el PSQ es adecuado para evaluar las estrategias de crianza de los progenitores españoles de menores con TEA.

Por último, el perfil de desregulación emocional, la capacidad funcional e intelectual y la heterogeneidad de la sintomatología TEA determinan en gran medida las estrategias de crianza empleadas por los progenitores de menores con TEA. Además, en este estudio se encontró que el estilo educativo definido por la dimensión exigencia-control, puede determinar la frecuencia y el tipo de estrategias utilizadas para el manejo y prevención de los problemas de comportamiento.

Futuras líneas de investigación

Esta investigación puede abrir varias líneas de trabajo para orientar futuras investigaciones:

Elaborar escalas de evaluación más específicas de las estrategias de apoyo de los progenitores. Por ejemplo, un cuestionario específico que evalúe múltiples estrategias de Reducción de la Incertidumbre.

Crear diferentes versiones del cuestionario PSQ para que pueda ser utilizado con diferentes figuras de apoyo. Por ejemplo, profesionales de atención directa que trabajan con personas con autismo.

Analizar la evolución o modificación de las estrategias de crianza a lo largo del desarrollo y su relación con las características del menor a través de estudios longitudinales.

REFERENCIAS:

- Achenbach, T. M. (2000). Child Behavior Checklist. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 2, pp. 69–70). American Psychological Association.
- Agazzi, H., Tan, R., & Tan, S. Y. (2013). A case study of parent–child interaction therapy for the treatment of autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies*, *12*(6), 428–442. <https://doi.org/10.1177/1534650113500067>
- Agrawal, S., Rao, S. C., Bulsara, M. K., & Patole, S. K. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder in preterm infants: a meta-analysis. *Pediatrics*, *142*(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0134>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, *17*, 261–277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, *28*(4pt1), 927-946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Allison, C., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Charman, T., Richler, J., Pasco, G., & Brayne, C. (2008). The Q-CHAT (Quantitative CHecklist for Autism in Toddlers): a normally distributed quantitative measure of autistic traits at 18–24 months of age: preliminary report. *Journal of autism and developmental disorders*, *38*(8), 1414-1425. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0509-7>

- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2010). Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: a receiver operating characteristic curve analysis. *Psychological assessment*, 22(3), 609.
<https://doi.org/10.1037/a0019699>
- Aman, M. G., McDougle, C. J., Scahill, L., & RUPP Autism Research Group. (2009). Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behavioral problems: Results from a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1143–1154. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bfd669>
- Aman MG, Singh NN, Stewart AW, & Field CJ (1985). Psychometric characteristics of the aberrant behavior checklist. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(5), 492–502.
- Aman, M. G., & Singh, N. N. (2017). *Aberrant Behavior Checklist: Community/residential Manual*. Slosson Educational Publications, Incorporated.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). *Washington, DC: APA*. <http://doi.org/10.1108/RR-10-2013-0256>
- Amr, M., Raddad, D., El-Mehesh, F., Bakr, A., Sallam, K., & Amin, T. (2012). Comorbid psychiatric disorders in Arab children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 240-248.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.005>
- Anderson, D. K., Maye, M. P., & Lord, C. (2011). Changes in maladaptive behaviors from midchildhood to young adulthood in autism spectrum disorder. *American*

journal on intellectual and developmental disabilities, 116(5), 381-397.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.11.012>

Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current psychiatry reports*, 21(5), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5>

Ashwood, K. L., Tye, C., Azadi, B., Cartwright, S., Asherson, P., & Bolton, P. (2015). Brief report: Adaptive functioning in children with ASD, ADHD and ASD+ ADHD. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(7), 2235-2242. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2352-y>

Armstrong, K., DeLoatche, K. J., Preece, K. K., & Agazzi, H. (2015). Combining parent-child interaction therapy and visual supports for the treatment of challenging behavior in a child with autism and intellectual disabilities and comorbid epilepsy. *Clinical Case Studies*, 14(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/1534650114531451>

Armstrong, K., & Kimonis, E. R. (2013). Parent-child interaction therapy for the treatment of Asperger's disorder in early childhood: A case study. *Clinical Case Studies*, 12(1), 60-72. <https://doi.org/10.1177/1534650112463429>

Aunola, K., & Nurmi, J. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, 76(6), 1144-1159. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x-i1>

Ausderau, K., & Juarez, M. (2013). The impact of autism spectrum disorders and eating challenges on family mealtimes. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 5(5), 315-323. <https://doi.org/10.1177/1941406413502808>

- Bagatell, N. (2015). The routines and occupations of families with adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 18*(31), 49–59. <https://doi.org/10.1177/1088357615587503>
- Bailey, K. M., & Blair, K.-S. C. (2015). Feasibility and potential efficacy of the family-centered Prevent-Teach-Reinforce model with families of children with developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities, 47*, 218–233. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.09.019>
- Baird, G., & Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood, 101*(8), 745-751. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-306944>
- Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2009). Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30*(5), 447-459. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181ba0f9f>
- Barbaro, J., Sadka, N., Gilbert, M., Beattie, E., Li, X., Ridgway, L., Lawson, L. P., & Dissanayake, C. (2022). Diagnostic Accuracy of the Social Attention and Communication Surveillance–Revised With Preschool Tool for Early Autism Detection in Very Young Children. *JAMA Network Open, 5*(3), e2146415. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46415>
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or affective?. *Journal of autism and developmental disorders, 18*(3), 379-402. <https://doi.org/10.1007/BF02212194>
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. *International review of research in mental retardation, 23*, 169-184. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(00\)80010-5](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(00)80010-5)

- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.839>
- Barrios-Fernández, S., Gozalo, M., Díaz-González, B., & García-Gómez, A. (2020). A Complementary Sensory Tool for Children with Autism Spectrum Disorders. *Children*, *7*(11), 244. <https://doi.org/10.3390/children7110244>
- Barry, L. M., & Singer, G. H. S. (2001). A family in crisis: Replacing the aggressive behavior of a child with autism toward an infant sibling. *Journal of Positive Behavior Interventions*, *3*(1), 28–38. <https://doi.org/10.1177/109830070100300105>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, *4*, 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Bearss, K., Taylor, C. A., Aman, M. G., Whittemore, R., Lecavalier, L., Miller, J., et al. (2016). Using qualitative methods to guide scale development for anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *20*(6), 663–672. <https://doi.org/10.1177/1362361315601012>
- Beck, K. B., Conner, C. M., Breitenfeldt, K. E., Northrup, J. B., White, S. W., & Mazefsky, C. A. (2020). Assessment and treatment of emotion regulation impairment in autism spectrum disorder across the life span: current state of the science and future directions. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *29*(3), 527-542. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.02.003>
- Becker-Cottrill, B., McFarland, J., & Anderson, V. (2003). A model of positive behavioral support for individuals with autism and their families: The family

- focus process. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18. (2), 113–123. <https://doi.org/10.1177/108835760301800205>
- Beer, M., Ward, L., & Moar, K. (2013). The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 4(2), 102–112. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0192-4>
- Begeer, S., Koot, H. M., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stegge, H. (2008). Emotional competence in children with autism: Diagnostic criteria and empirical evidence. *Developmental Review*, 28(3), 342-369. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.09.001>
- Ben-Itzhak, E., Abutbul, S., Bela, H., Shai, T., & Zachor, D. A. (2016). Understanding one's own emotions in cognitively-able preadolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2363-2371. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2769-6>
- Berkel, S., Eltokhi, A., Fröhlich, H., Porrás-González, D., Rafiullah, R., Sprengel, R., & Rappold, G. A. (2018). Sex hormones regulate SHANK expression. *Frontiers in molecular neuroscience*, 337. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2018.00337>
- Berkovits, L., Eisenhower, A., & Blacher, J. (2017). Emotion regulation in young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(1), 68-79. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2922-2>
- Bersabé, R., Fuentes, M. J., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.
- Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7885>

- Berube, R. L., & Achenbach, T. M. (2007). *Bibliography of published studies using ASEBA instruments: 2007 edition*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Wozniak, J., Micco, J. A., Henin, A., et al. (2010). Child behavior checklist clinical scales discriminate referred youth with autism spectrum disorder: A preliminary study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 31*(6), 485–490.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181e56ddd>
- Biederman, J., Spencer, T. J., Petty, C., Hyder, L. L., O'Connor, K. B., Surman, C. B., et al. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: Prospective controlled study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 8*, 267–276. <https://doi.org/10.2147/NDT.S29670>.
- Bilder, D., Pinborough-Zimmerman, J., Miller, J., & McMahon, W. (2009). Prenatal, perinatal, and neonatal factors associated with autism spectrum disorders. *Pediatrics, 123*(5), 1293-1300. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0927>
- Birtwell, K. B., Willoughby, B. R. I. A. N., & Nowinski, L. I. S. A. (2016). Social, cognitive, and behavioural development of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism spectrum disorder, 19-30*.
- Blair, K.-S. C., Lee, I.-S., Cho, S.-J., & Dunlap, G. (2011). Positive behavior support through family–school collaboration for young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education, 31*(1), 22–36.
<https://doi.org/10.1177/0271121410377510>
- Boccuto, L., Lauri, M., Sarasua, S. M., Skinner, C. D., Buccella, D., Dwivedi, A., ... & Schwartz, C. E. (2013). Prevalence of SHANK3 variants in patients with

- different subtypes of autism spectrum disorders. *European Journal of Human Genetics*, 21(3), 310-316. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2012.175>
- Bölte, S., Girdler, S., & Marschik, P. B. (2019). The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 76(7), 1275-1297. <https://doi.org/10.1007/s00018-018-2988-4>
- Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 716–725. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.03.008>
- Boonen, H., van Esch, L., Lambrechts, G., Maljaars, J., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2015). Mothers' parenting behaviors in families of school-aged children with autism spectrum disorder: An observational and questionnaire study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3580-3593. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2506-6>
- Boucher, J. (2012). Putting theory of mind in its place: psychological explanations of the socio-emotional-communicative impairments in autistic spectrum disorder. *Autism*, 16(3), 226-246. <https://doi.org/10.1177/1362361311430403>
- Bourke-Taylor, H., Howie, L., & Law, M. (2010). Impact of caring for a school-aged child with a disability: Understanding mothers' perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 127–136. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00817.x>
- Brewer, A. T., Strickland-Cohen, K., Dotson, W., & Williams, D. C. (2014). Advance notice for transition-related problem behavior: Practice guidelines. *Behavior Analysis in Practice*, 7(2), 117-125. <https://doi.org/10.1007/s40617-014-0014-3>

- Brugha, T. S., Spiers, N., Bankart, J., Cooper, S. A., McManus, S., Scott, F. J., ... & Tyrer, F. (2016). Epidemiology of autism in adults across age groups and ability levels. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 498-503.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.174649>
- Cage, E., Di Monaco, J., & Newell, V. (2018). Experiences of autism acceptance and mental health in autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(2), 473-484. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3342-7>
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Foley, K. R., Trollor, J., & Uljarević, M. (2018). Brief report: Cross-sectional interactions between expressive suppression and cognitive reappraisal and its relationship with depressive symptoms in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 45, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.10.002>
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental psychology*, 25(3), 394. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.394>
- Canitano, R. (2007). Epilepsy in autism spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 16(1), 61-66. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0563-2>
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1063-1080. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00350.x>
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort

study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142-147. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)

- Chandler, S., Howlin, P., Simonoff, E., O'sullivan, T., Tseng, E., Kennedy, J., Charman, T., & Baird, G. (2016). Emotional and behavioural problems in young children with autism spectrum disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(2), 202-208. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12830>
- Chandrasekhar, T., & Sikich, L. (2022). Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17:2, 219-227. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/tchandrasekhar>
- Chang, Y. C., Quan, J., & Wood, J. J. (2012). Effects of anxiety disorder severity on social functioning in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(3), 235-245. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9268-2>
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological medicine*, 41(3), 619-627. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000991>
- Chatham, C. H., Taylor, K. I., Charman, T., Liogier D'Ardhuy, X., Eule, E., Fedele, A., ... & Bolognani, F. (2018). Adaptive behavior in autism: Minimal clinically important differences on the Vineland-II. *Autism Research*, 11(2), 270-283. <https://doi.org/10.1002/aur.1874>
- Chiang, H. M. (2008). Expressive communication of children with autism: The use of challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 966-972. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01042.x>

- Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J. (2008). Nonverbal communication skills in young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(10), 1898-1906. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0586-2>
- Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of autism spectrum disorders: a review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain sciences*, 10(5), 274. <https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>
- Chowdhury, M., Aman, M. G., Lecavalier, L., Smith, T., Johnson, C., Swiezy, N., McCracken, J. T., King, B., McDougle, C. J., Bearss, K., Deng, Y., & Scahill, L. (2016). Factor structure and psychometric properties of the revised Home Situations Questionnaire for autism spectrum disorder: The Home Situations Questionnaire-Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 20(5), 528-537. <https://doi.org/10.1177/1362361315593941>
- Christensen, D. L., Bilder, D. A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M. S., & Fitzgerald, R. T. & Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the autism and developmental disabilities monitoring network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(1), 1-8. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000235>
- Cervantes, P. E., & Matson, J. L. (2015). Comorbid symptomology in adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(12), 3961-3970. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2553-z>
- Clauser, P., Ding, Y., Chen, E. C., Cho, S. J., Wang, C., & Hwang, J. (2021). Parenting styles, parenting stress, and behavioral outcomes in children with

autism. *School Psychology International*, 42(1), 33-56.

<https://doi.org/10.1177/0143034320971675>

Clements, C. C., Zoltowski, A. R., Yankowitz, L. D., Yerys, B. E., Schultz, R. T., & Herrington, J. D. (2018). Evaluation of the social motivation hypothesis of autism: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 75(8), 797-808. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1100>

Cohen, I. L., Yoo, J. H., Goodwin, M. S., & Moskowitz, L. (2011). Assessing challenging behaviors in Autism Spectrum Disorders: Prevalence, rating scales, and autonomic indicators. In *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 247-270). Springer, New York, NY.

https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8065-6_15

Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 976. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.976>

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). *Social responsiveness scale: SRS-2*. Torrance, CA: Western psychological services.

Constantino, J. N., & Charman, T. (2016). Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *The Lancet Neurology*, 15(3), 279-291. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00151-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00151-9)

Corbett, B. A., Muscatello, R. A., & Blain, S. D. (2016). Impact of sensory sensitivity on physiological stress response and novel peer interaction in children with and without autism spectrum disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 278.

<https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00278>

- Courchesne, E., Gazestani, V. H., & Lewis, N. E. (2020). Prenatal origins of ASD: the when, what, and how of ASD development. *Trends in neurosciences*, 43(5), 326-342. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.03.005>
- Craig, F., Lamanna, A. L., Margari, F., Matera, E., Simone, M., & Margari, L. (2015). Overlap between autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder: searching for distinctive/common clinical features. *Autism research*, 8(3), 328-337. <https://doi.org/10.1002/aur.1449>
- Craig, F., Tenuta, F., De Giacomo, A., Trabacca, A., & Costabile, A. (2021). A systematic review of problematic video-game use in people with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 82, 101726. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101726>
- Croen, L. A., Qian, Y., Ashwood, P., Zerbo, O., Schendel, D., Pinto-Martin, J., ... & Ames, J. L. (2019). Infection and fever in pregnancy and autism spectrum disorders: findings from the study to explore early development. *Autism Research*, 12(10), 1551-1561. <https://doi.org/10.1002/aur.2175>
- Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>
- Cullen, L., & Barlow, J. (2002). Parents' experiences of caring for children with autism and attending a touch therapy programme. *Child Care in Practice*, 8(1), 35-45. <https://doi.org/10.1080/13575270220140452>
- D'Cruz, A. M., Ragozzino, M. E., Mosconi, M. W., Shrestha, S., Cook, E. H., & Sweeney, J. A. (2013). Reduced behavioral flexibility in autism spectrum disorders. *Neuropsychology*, 27(2), 152. <https://doi.org/10.1037/a0031721>

- Dachew, B. A., Mamun, A., Maravilla, J. C., & Alati, R. (2018). Pre-eclampsia and the risk of autism-spectrum disorder in offspring: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 142-147. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.27>
- Dawson, G., Jones, E. J., Merkle, K., Venema, K., Lowy, R., Faja, S., ... & Webb, S. J. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(11), 1150-1159. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.018>
- de Giambattista, C., Ventura, P., Trerotoli, P., Margari, M., Palumbi, R., & Margari, L. (2019). Subtyping the autism spectrum disorder: comparison of children with high functioning autism and Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(1), 138-150. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3689-4>
- DeGrace, B. W. (2004). The everyday occupation of families with children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 543–550. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.543>
- DeLucia, E. A., Semones, O., Stanton, K., & McDonnell, C. G. (2021). Advancing understanding of autism within families: Caregiver broader autism phenotype traits differentially relate to parenting behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02022-1>
- Dickie, V. A., Baranek, G. T., Schultz, B., Watson, L. R., & McComish, C. S. (2009). Parent reports of sensory experiences of preschool children with and without autism: A qualitative study. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 172–181. <https://doi.org/10.5014/ajot.63.2.172>

- Dieleman, L. M., De Pauw, S. S. W., Soenens, B., Beyers, W., & Prinzie, P. (2017). Examining bidirectional relationships between parenting and child maladjustment in youth with autism spectrum disorder: A 9-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 29(4), 1199–1213. <https://doi.org/10.1017/S0954579416001243>.
- Divan, G., Vajaratkar, V., Desai, M. U., Strik-Lievers, L., & Patel, V. (2012). Challenges, coping strategies, and unmet needs of families with a child with autism spectrum disorder in Goa, India. *Autism Research*, 5(3), 190–200. <https://doi.org/10.1002/aur.1225>
- Doshi-Velez, F., Avillach, P., Palmer, N., Bousvaros, A., Ge, Y., Fox, K., ... & Kohane, I. (2015). Prevalence of inflammatory bowel disease among patients with autism spectrum disorders. *Inflammatory bowel diseases*, 21(10), 2281-2288. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000502>
- Duignan, M., & Connell, J. (2015). Living with autistic spectrum disorders: Families, homes and the disruption of space: living with autistic spectrum disorders. *Geographical Research*, 53(2), 199–210. <https://doi.org/10.1111/1745-5871.12112>
- Dunlap, G., Robbins, F., & Darrow, M. (1994). Parents' reports of their children's challenging behaviors: Results of a statewide survey. *Mental Retardation*, 32(3), 206–212.
- Dyches, T.T., Smith, T.B., Korth B.B., Roper S.O., & Mandleco B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: a meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2213–2220. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.015>

- D'Cruz, A. M., Ragozzino, M. E., Mosconi, M. W., Shrestha, S., Cook, E. H., & Sweeney, J. A. (2013). Reduced behavioral flexibility in autism spectrum disorders. *Neuropsychology, 27*(2), 152. <https://doi.org/10.1037/a0031721>
- Ecker, C., Bookheimer, S. Y., & Murphy, D. G. (2015). Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan. *The Lancet Neurology, 14*(11), 1121-1134. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00050-2)
- Ecker, C., Suckling, J., Deoni, S. C., Lombardo, M. V., Bullmore, E. T., Baron-Cohen, S., ... & MRC AIMS Consortium. (2012). Brain anatomy and its relationship to behavior in adults with autism spectrum disorder: a multicenter magnetic resonance imaging study. *Archives of general psychiatry, 69*(2), 195-209. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1251>
- Eckerd, M. (2020). Detection and Diagnosis of ASD in Females. *Journal of Health Service Psychology, 46*(1), 37-47. <https://doi.org/10.1007/s42843-020-00006-1>
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of autism and developmental disorders, 29*(2), 129-141. <https://doi.org/10.1023/A:1008064118057>
- Eigsti, I. M., de Marchena, A. B., Schuh, J. M., & Kelley, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(2), 681-691. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.09.001>
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic

- review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2), 137-143.
<https://doi.org/10.1080/13668250.2011.572548>
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>
- Elsabbagh, M., & Johnson, M. H. (2016). Autism and the social brain: The first-year puzzle. *Biological psychiatry*, 80(2), 94-99.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.02.019>
- Embregts, P. J. C. M., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Social information processing in boys with autistic spectrum disorder and mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 922-931. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01204.x>
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour*. Cambridge University Press.
- England-Mason, G. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic feature in children with neurodevelopmental disorders. *Current Developmental Disorders Reports*, 7, 130-138. <https://doi.org/10.1007/s40474-020-00200-2>
- Estes, M. L., & McAllister, A. K. (2016). Maternal immune activation: Implications for neuropsychiatric disorders. *Science*, 353(6301), 772-777.
<https://doi.org/10.1126/science.aag3194>
- Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 595-614. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9036-y>
- Evans, D. W., Canavera, K., Maccubbin, E., & Taga, K. (2005). The fears, phobias and anxieties of children with autism spectrum disorders and down syndrome:

Comparisons with developmentally and chronologically age matched children. *Child psychiatry and human development*, 36(1), 3-26.

<https://doi.org/10.1007/s10578-004-3619-x>

Ewen, J. B., Marvin, A. R., Law, K., & Lipkin, P. H. (2019). Epilepsy and autism severity: a study of 6,975 children. *Autism Research*, 12(8), 1251-1259.

<https://doi.org/10.1002/aur.2132>

Fairthorne, J., Fisher, C., Bourke, J., & Leonard, H. (2014). Experiences impacting the quality of life of mothers of children with autism and intellectual disability.

Psychology Research, 4(8), 666–684. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2014.08.005>

Farmer, C., Butter, E., Mazurek, M. O., Cowan, C., Lainhart, J., Cook, E. H., ... & Aman, M. (2015). Aggression in children with autism spectrum disorders and a clinic-referred comparison group. *Autism*, 19(3), 281-291.

<https://doi.org/10.1177/1362361313518995>

Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 1011–1027.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01174.x>

Feldman, I., Koller, J., Lebowitz, E. R., Shulman, C., Ben Itzhak, E., & Zachor, D. A. (2019). Family accommodation in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(9), 3602-3610.

<https://doi.org/10.1007/s10803-019-04078-x>

Fenning, R. M., Baker, J. K., & Moffitt, J. (2018). Intrinsic and extrinsic predictors of emotion regulation in children with autism spectrum disorder. *Journal of*

Autism and Developmental Disorders, 48(11), 3858–3870.

<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3647-1>

Ferri, S. L., Abel, T., & Brodtkin, E. S. (2018). Sex differences in autism spectrum disorder: a review. *Current psychiatry reports*, 20(2), 1-17.

<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0874-2>

Fettig, A., Schultz, T. R., & Sreckovic, M. A. (2015). Effects of coaching on the implementation of functional assessment-based parent intervention in reducing challenging behaviors. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 17(3), 170–180. <https://doi.org/10.1177/1098300714564164>

Fletcher, P. C., Markoulakis, R., & Bryden, P. J. (2012). The costs of caring for a child with an autism spectrum disorder. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 35(1), 45–69. <https://doi.org/10.3109/01460862.2012.645407>

Flippin, M., & Watson, L. R. (2015). Fathers' and mothers' verbal responsiveness and the language skills of young children with autism spectrum disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 400-410.

https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-13-0138

Franchini, M., Duku, E., Armstrong, V., Brian, J., Bryson, S. E., Garon, N., ... & Smith, I. M. (2018). Variability in verbal and nonverbal communication in infants at risk for autism spectrum disorder: predictors and outcomes. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 48(10), 3417-3431.

<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3607-9>

Frick, P. J., Christian, R. C., & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23, 106–128. <https://doi.org/10.1177/0145445599231005>

- Fridenson-Hayo, S., Berggren, S., Lassalle, A., Tal, S., Pigat, D., Bölte, S., ... & Golan, O. (2016). Basic and complex emotion recognition in children with autism: cross-cultural findings. *Molecular autism*, 7(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s13229-016-0113-9>
- Fombonne, E. (2018). The rising prevalence of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 717-720. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12941>
- Fombonne, E. (2020). Camouflage and autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 735-738. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13296>
- Fong, L., Wilgosh, L., & Sobsey, D. (1993). The experience of parenting an adolescent with autism. *International Journal of Disability, Development and Education*, 40(2), 105–113. <https://doi.org/10.1080/0156655930400204>
- Foo, M., Yap, P. M. E. H., & Sung, M. (2015). The experience of Singaporean caregivers with a child diagnosed with autism spectrum disorder and challenging behaviours. *Qualitative Social Work*, 14(5), 634–650.
<https://doi.org/10.1177/1473325014558662>
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Drabick, D. A. (2008). Oppositional defiant disorder as a clinical phenotype in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1302-1310.
<https://doi.org/10.1007/s10803-007-0516-8>
- Gal, E., Dyck, M. J., & Passmore, A. (2009). The relationship between stereotyped movements and self-injurious behavior in children with developmental or sensory disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 342-352.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.06.003>
- García, J. C., Díez, E., Wojcik, D. Z., & Santamaría, M. (2020). Communication Support Needs in Adults with Intellectual Disabilities and Its Relation to

- Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7370. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207370>
- Geschwind, D. H. (2011). Genetics of autism spectrum disorders. *Trends in cognitive sciences*, 15(9), 409-416. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.07.003>
- Geurts, H. M., Corbett, B., & Solomon, M. (2009). The paradox of cognitive flexibility in autism. *Trends in cognitive sciences*, 13(2), 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.006>
- Geurts, H. M., van den Bergh, S. F., & Ruzzano, L. (2014). Prepotent response inhibition and interference control in autism spectrum disorders: Two meta-analyses. *Autism Research*, 7(4), 407-420. <https://doi.org/10.1002/aur.1369>
- Geurts, H. M., & Embrechts, M. (2008). Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(10), 1931-1943. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0587-1>
- Gev, T., Avital, H., Rosenan, R., Aronson, L. O., & Golan, O. (2021). Socio emotional competence in young children with ASD during interaction with their typically developing peers. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 86, 101818. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101818>
- Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. (2001). The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 5(1), 57-66. <https://doi.org/10.1177/1362361301005001006>
- Gilmore, J. H., Lin, W., Prastawa, M. W., Looney, C. B., Vetsa, Y. S. K., Knickmeyer, R. C., ... & Gerig, G. (2007). Regional gray matter growth, sexual dimorphism, and cerebral asymmetry in the neonatal brain. *Journal of Neuroscience*, 27(6), 1255-1260. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3339-06.2007>

- Gilotty, L., Kenworthy, L., Sirian, L., Black, D. O., & Wagner, A. E. (2002). Adaptive skills and executive function in autism spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 8(4), 241-248. <http://doi.org/doi:10.1076/chin.8.4.241.13504>
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(6), 761-769. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1095-7>
- Glod, M., Riby, D. M., & Rodgers, J. (2020). Sensory processing profiles and autistic symptoms as predictive factors in autism spectrum disorder and Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(8), 657-665. <https://doi.org/10.1111/jir.12738>
- Goddard, L., Howlin, P., Dritschel, B., & Patel, T. (2007). Autobiographical memory and social problem-solving in Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(2), 291-300. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0168-0>
- Gotham, K., Bishop, S. L., Brunwasser, S., & Lord, C. (2014). Rumination and perceived impairment associated with depressive symptoms in a verbal adolescent–adult ASD sample. *Autism Research*, 7(3), 381-391. <https://doi.org/10.1002/aur.1377>
- Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., Krieger, A., & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(1), 33-41. <https://doi.org/10.1002/aur.1263>
- Gotham, K., Brunwasser, S. M., & Lord, C. (2015). Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism

spectrum disorder and developmental delay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 369-376.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.005>

Gotham, K., Unruh, K., & Lord, C. (2015b). Depression and its measurement in verbal adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 19, 491–504.

<https://doi.org/10.1177/1362361314536625>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gray, D. E. (1993). Perceptions of stigma: The parents of autistic children. *Sociology of Health and Illness*, 15(1), 102–120. [https://doi.org/10.1111/1467-](https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343802)

[9566.ep11343802](https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343802)

Gray, D. E. (1997). High functioning autistic children and the construction of ‘normal family life’. *Social Science & Medicine*, 44(8), 1097–1106.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00237-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00237-7)

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

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00059-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00059-X)

Green, D., Chandler, S., Charman, T., Simonoff, E., & Baird, G. (2016). Brief report: DSM-5 sensory behaviours in children with and without an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3597-3606.

<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2881-7>

- Greenlee, J. L., Mosley, A. S., Shui, A. M., Veenstra-VanderWeele, J., & Gotham, K. O. (2016). Medical and behavioral correlates of depression history in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, *137*(Supplement_2), S105-S114. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851>
- Greenlee, J. L., Stelter, C. R., Piro-Gambetti, B., & Hartley, S. L. (2021). Trajectories of dysregulation in children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *50*(6), 858-873. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1907752>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations.
- Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion review*, *3*(1), 8-16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, *2*(2), 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.
- Grove, J., Ripke, S., Als, T. D., Mattheisen, M., Walters, R. K., Won, H., ... & Børghlum, A. D. (2019). Identification of common genetic risk variants for

autism spectrum disorder. *Nature genetics*, 51(3), 431-444.

<https://doi.org/10.1038/s41588-019-0344-8>

Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular autism*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-12>

Grzadzinski, R., Lord, C., Sanders, S. J., Werling, D., & Bal, V. H. (2018). Children with autism spectrum disorder who improve with fever: Insights from the Simons Simplex Collection. *Autism research*, 11(1), 175-184.

<https://doi.org/10.1002/aur.1856>

Goldin, R. L., Matson, J. L., Tureck, K., Cervantes, P. E., & Jang, J. (2013). A comparison of tantrum behavior profiles in children with ASD, ADHD and comorbid ASD and ADHD. *Research in developmental disabilities*, 34(9), 2669-2675. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.04.022>

Gómez-Roig, M. D., Pascal, R., Cahuana, M. J., García-Algar, O., Sebastiani, G., Andreu-Fernández, V., ... & Vento, M. (2021). Environmental exposure during pregnancy: influence on prenatal development and early life: a comprehensive review. *Fetal diagnosis and therapy*, 48(4), 245-257.

<https://doi.org/10.1159/000514884>

Gulsrud, A. C., Jahromi, L. B., & Kasari, C. (2010). The co-regulation of emotions between mothers and their children with autism. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 40(2), 227-237. [https://doi.org/10.1007/s10803-009-](https://doi.org/10.1007/s10803-009-0861-x)

[0861-x](https://doi.org/10.1007/s10803-009-0861-x)

Ha, S., Sohn, I. J., Kim, N., Sim, H. J., & Cheon, K. A. (2015). Characteristics of brains in autism spectrum disorder: structure, function and connectivity across

the lifespan. *Experimental neurobiology*, 24(4), 273.

<https://doi.org/10.5607/en.2015.24.4.273>

Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, 31(1), 2-24.

<https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>

Hampshire, P. K., Butera, G. D., & Bellini, S. (2016). Self-management and parents as interventionists to improve homework independence in students with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 60(1), 22–34.

<https://doi.org/10.1080/1045988X.2014.954515>

Harstad, E. B., Fogler, J., Sideridis, G., Weas, S., Mauras, C., & Barbaresi, W. J. (2015). Comparing diagnostic outcomes of autism spectrum disorder using DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(5), 1437-1450. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2306-4>

Hartman, C. A., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2016). Changing ASD-ADHD symptom co-occurrence across the lifespan with adolescence as crucial time window: Illustrating the need to go beyond childhood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 529-541.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.003>

Hazlett, H. C., Gu, H., Munsell, B. C., Kim, S. H., Styner, M., Wolff, J. J., ... & Statistical Analysis Group Core H. 17. (2017). Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. *Nature*, 542(7641), 348-351.

<https://doi.org/10.1038/nature21369>

Hebert, E. B. (2014). Factors affecting parental decision-making regarding interventions for their child with autism. *Focus on Autism and Other*

Developmental Disabilities, 29(2), 111–124.

<https://doi.org/10.1177/1088357614522291>

- Heerey, E. A., Keltner, D., & Capps, L. M. (2003). Making sense of self-conscious emotion: linking theory of mind and emotion in children with autism. *Emotion*, 3(4), 394. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.4.394>
- Hernández, J. M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggie, J., Belinchón-Carmona, M., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M.J., Hervás-Zúñiga, A , ... & Tamaritn, J. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *REV NEUROL*, 41(4), 237-245. <https://doi.org/10.33588/rn.4104.2005056>
- Hertz-Picciotto, I., Schmidt, R. J., & Krakowiak, P. (2018). Understanding environmental contributions to autism: Causal concepts and the state of science. *Autism Research*, 11(4), 554-586. <https://doi.org/10.1002/aur.1938>
- Hervás, A. (2017). Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, (Ed. impr.), s17-s25.
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 16(10), 780-94.
- Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 66(Supl 1), S31-8.
- Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., Van Santen, J., ... & Fombonne, E. (2014). Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in autism spectrum disorders*, 8(9), 1121-1133. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.006>

- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of abnormal child psychology*, 42(8), 1381-1393.
<https://doi.org/10.1007/s10802-014-9881-x>
- Hirschler-Guttenberg, Y., Feldman, R., Ostfeld-Etzion, S., Laor, N., & Golan, O. (2015). Self-and co-regulation of anger and fear in preschoolers with autism spectrum disorders: the role of maternal parenting style and temperament. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 3004-3014.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2464-z>
- Hlavatá, P., Kašpárek, T., Linhartová, P., Ošlejšková, H., & Bareš, M. (2018). Autism, impulsivity and inhibition a review of the literature. *Basal Ganglia*, 14, 44-53.
<https://doi.org/10.1016/j.baga.2018.10.002>
- Hodgetts, S., Savage, A., & McConnell, D. (2013b). Experience and outcomes of stepping stones triple P for families of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2572–2585.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.005>
- Hodgetts, S., Nicholas, D., & Zwaigenbaum, L. (2013a). Home Sweet Home? Families' experiences with aggression in children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 28(3), 166–174. <https://doi.org/10.1177/1088357612472932>
- Holtmann, M., Bölte, S., & Poustka, F. (2007a). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in pervasive developmental disorders: association with autistic behavior domains and coexisting psychopathology. *Psychopathology*, 40(3), 172-177. <https://doi.org/10.1159/000100007>

- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(2), 212-229. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00215.x>
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345-351. <https://doi.org/10.1002/erv.2244>
- Hurtig, T., Kuusikko, S., Mattila, M.-L., Haapsamo, H., Ebeling, H., Jussila, K., ... Moilanen, I. (2009). Multiinformant reports of psychiatric symptoms among high functioning adolescents with asperger syndrome or autism. *Autism*, 13, 583–598. <https://doi.org/10.1177/1362361309335719>
- Hutton, A. M., & Caron, S. L. (2005). Experiences of families with children with autism in rural New England. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(3), 180–189. <https://doi.org/10.1177/1088357605020003060>
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ingiosi, A. M., Schoch, H., Wintler, T., Singletary, K. G., Righelli, D., Roser, L. G., ... & Peixoto, L. (2019). Shank3 modulates sleep and expression of circadian transcription factors. *Elife*, 8, e42819. <https://doi.org/10.7554/eLife.42819.001>
- Izard, C. E. (1990). Facial expressions and the regulation of emotions. *Journal of personality and social psychology*, 58(3), 487. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.487>
- Jacquemont, S., Coe, B. P., Hersch, M., Duyzend, M. H., Krumm, N., Bergmann, S., ... & Eichler, E. E. (2014). A higher mutational burden in females supports a “female protective model” in neurodevelopmental disorders. *The American*

Journal of Human Genetics, 94(3), 415-425.

<https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2014.02.001>

Jahromi, L. B., Meek, S. E., & Ober-Reynolds, S. (2012). Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1250-1258.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02560.x>

Jawaid, A., Riby, D. M., Owens, J., White, S. W., Tarar, T., & Schulz, P. E. (2012).

‘Too withdrawn’ or ‘too friendly’: considering social vulnerability in two neuro-developmental disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*,

56(4), 335-350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01452.x>

Jenkinson, R., Milne, E., & Thompson, A. (2020). The relationship between

intolerance of uncertainty and anxiety in autism: A systematic literature review and meta-analysis. *Autism*, 24(8), 1933-1944.

<https://doi.org/10.1177/1362361320932437>

Johnson, C. P., Myers, S. M., & the American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.

<https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>

Johnson, N. L., Bekhet, A., Robinson, K., & Rodriguez, D. (2014). Attributed

meanings and strategies to prevent challenging behaviors of hospitalized children with autism: Two perspectives. *Journal of Pediatric Health Care*,

28(5), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.001>

Joshi, G., Wozniak, J., Fitzgerald, M., Faraone, S., Fried, R., Galdo, M., Furtak, S. L., Conroy, C., Kilcullen, J. R., Belser, A. & Biederman, J. (2018). High risk for severe emotional dysregulation in psychiatrically referred youth with autism

- spectrum disorder: A controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3101-3115. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3542-9>
- Joyce, C., Honey, E., Leekam, S. R., Barrett, S. L., & Rodgers, J. (2017). Anxiety, intolerance of uncertainty and restricted and repetitive behaviour: Insights directly from young people with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3789-3802. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3027-2>
- Kaat, A. J., & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1579-1594. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.08.012>
- Kabashima, Y., Tadaka, E., & Arimoto, A. (2020). Development of the parental self-efficacy scale for preventing challenging behaviors in children with autism spectrum disorder. *PloS one*, 15(9), e0238652. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238652>
- Kalkbrenner, A. E., Schmidt, R. J., & Penlesky, A. C. (2014). Environmental chemical exposures and autism spectrum disorders: a review of the epidemiological evidence. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 44(10), 277-318. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2014.06.001>
- Kalkbrenner, A. E., Windham, G. C., Serre, M. L., Akita, Y., Wang, X., Hoffman, K., Thayer, B., & Daniels, J. L. (2015). Particulate matter exposure, prenatal and postnatal windows of susceptibility, and autism spectrum disorders. *Epidemiology*, 26(1), 30-42. <https://www.jstor.org/stable/26511599>
- Kanne, S. M., Gerber, A. J., Quirnbach, L. M., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2011). The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: Implications for functional outcome. *Journal of autism and*

developmental disorders, 41(8), 1007-1018. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1126-4>

Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(7), 926-937. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1118-4>

Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1988). Caregiver interactions with autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 45–56. <https://doi.org/10.1007/BF00910499>

Keefer, A., Singh, V., Kalb, L. G., Mazefsky, C. A., & Vasa, R. A. (2020). Investigating the factor structure of the child behavior checklist dysregulation profile in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism research*, 13(3), 436-443. <https://doi.org/10.1002/aur.2233>

Keluskar, J., Reicher, D., Gorecki, A., Mazefsky, C., & Crowell, J. A. (2021). Understanding, assessing, and intervening with emotion dysregulation in autism spectrum disorder: A developmental perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 30(2), 335-348. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.013>

Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., Miller, J., & Herrington, J. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(11), 2851-2861. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7>

Kerns, C. M., Maddox, B. B., Kendall, P. C., Rump, K., Berry, L., Schultz, R. T., Souders, M. C., Bennett, A., Herrington, J., & Miller, J. (2015). Brief measures of anxiety in non-treatment-seeking youth with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(8), 969-979. <https://doi.org/10.1177/1362361314558465>

- Kerns, C.M., Rump, K., Worley, J., Kratz, H., McVey, A., Herrington, J., & Miller, J. (2016b). The differential diagnosis of anxiety disorders in cognitively-able youth with autism. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*, 530–547. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.11.004>
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry, 62*, 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review, 14*(3), 251-301. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0093-4>
- Kim, S. Y., & Lecavalier, L. (2021). Depression in young autistic people: A scoping review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 88*, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101841>
- Knott, F., Dunlop, A. W., & Mackay, T. (2006). Living with ASD: How do children and their parents assess their difficulties with social interaction and understanding?. *Autism, 10*(6), 609-617. <https://doi.org/10.1177/1362361306068510>
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 201-216.
- Konstantareas, M. M., & Stewart, K. (2006). Affect regulation and temperament in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 36*, 143-154. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0051-4>

- Koole, S. L. (2009). Does emotion regulation help or hurt self-regulation. *Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes*, 11, 217-231.
- Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). Assessment of social anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 18. <https://doi.org/10.1037/h0101723>
- Krishnan, A., Zhang, R., Yao, V., Theesfeld, C. L., Wong, A. K., Tadych, A., Volfovsky, A., Lash, A., & Troyanskaya, O. G. (2016). Genome-wide prediction and functional characterization of the genetic basis of autism spectrum disorder. *Nature neuroscience*, 19(11), 1454-1462. <https://doi.org/10.1038/nn.4353>
- Krug, D.A., Arick, J.R., & Almond, P.J. (1993). *Autism screening instrument for educational planning: An assessment and educational planning system for autism and developmental disabilities: Examiner's manual*. Pro-Ed.
- Ku, B., Stinson, J. D., & MacDonald, M. (2019). Parental behavior comparisons between parents of children with autism spectrum disorder and parents of children without autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1445-1460. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01412-w>
- Kuhaneck, H. M., Burroughs, T., Wright, J., Lemanczyk, T., & Darragh, A. R. (2010). A qualitative study of coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(4), 340–350. <https://doi.org/10.3109/01942638.2010.481662>
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: setting the scene for future

- research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1143–1152. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.12.011>
- Landa, R. J. (2008). Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nature Clinical Practice Neurology*, 4(3), 138-147. <https://doi.org/10.1038/ncpneuro0731>
- Langen, M., Bos, D., Noordermeer, S. D., Nederveen, H., van Engeland, H., & Durston, S. (2014). Changes in the development of striatum are involved in repetitive behavior in autism. *Biological psychiatry*, 76(5), 405-411. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.013>
- Larson, E. (2006). Caregiving and autism: How does children's propensity for routinization influence participation in family activities? *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 26(2), 69–79. <https://doi.org/10.1177/153944920602600205>
- Larson, E. (2010). Ever vigilant: Maternal support of participation in daily life for boys with autism. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 16–27. <https://doi.org/10.3109/01942630903297227>
- Lasser, J., & Corley, K. (2008). Constructing normalcy: A qualitative study of parenting children with Asperger's disorder. *Educational Psychology in Practice*, 24(4), 335–346. <https://doi.org/10.1080/02667360802488773>
- Lawson, J., Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). Empathising and systemising in adults with and without Asperger syndrome. *Journal of autism and*

developmental disorders, 34(3), 301-310.

<https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000029552.42724.1b>

- Leblond, C. S., Nava, C., Polge, A., Gauthier, J., Huguet, G., Lumbroso, S., ... & Bourgeron, T. (2014). Meta-analysis of SHANK mutations in autism spectrum disorders: a gradient of severity in cognitive impairments. *PLoS genetics*, 10(9), e1004580. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1004580>
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229–238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>.
- Lecavalier, L., McCracken, C. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., McCracken, J. T., Tierney, E., ... & Scahill, L. (2019). An exploration of concomitant psychiatric disorders in children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 88, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.012>
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172–183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00732.x>
- Lecavalier, L., Wood, J. J., Halladay, A. K., Jones, N. E., Aman, M. G., Cook, E. H., ... & Scahill, L. (2014). Measuring anxiety as a treatment endpoint in youth with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(5), 1128-1143. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1974-9>
- Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children—what do we know?. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 268. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00268>

- Lerner, M.D., Mazefsky, C.A., Weber, R.J., Transue, E., Siegel, M., & Gadow, K.D. (2017). Verbal ability and psychiatric symptoms in clinically referred inpatient and outpatient youth with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(11), 3689-3701. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3344-5>
- Lever, A. G., & Geurts, H. M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 1916-1930. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2722-8>
- Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L. C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C., Nicholas, J., Reaven, J., & Rice, C. E. (2010). Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(4), 267-275. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b>
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 849-861. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0>
- Lichtenstein, P., Carlström, E., Råstam, M., Gillberg, C., & Anckarsäter, H. (2010). The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1357-1363. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10020223>
- Lindsey, R. A., Saltness, S. R., Lau, A. F., & Barry, T. D. (2020). A longitudinal examination of interactions between autism symptom severity and parenting

- behaviors in predicting change in child behavior problems. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 70, 101469. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101469>
- Loomes, Rachel, Laura Hull, and William Polmear Locke Mandy. "What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 56.6 (2017): 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 1-23. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The lancet*, 392(10146), 508-520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K. & Guthrie, W. (2015a). ADOS-2. *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2. Manual (Parte II): Módulo T* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S. L. (2015b). ADOS-2. *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2. Manual (Parte I): Módulos 1-4* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Lucyshyn, J. M., Albin, R. W., Horner, R. H., Mann, J. C., Mann, J. A., & Wadsworth, G. (2007). Family implementation of positive behavior support for a child with autism: Longitudinal, single-case, experimental, and descriptive replication and extension. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(3), 131–150. <https://doi.org/10.1177/10983007070090030201>
- Lucyshyn, J. M., Fossett, B., Bakeman, R., Cheremshynski, C., Miller, L., Lohrmann, S., ... Irvin, L. K. (2015). Transforming parent–child interaction in family

routines: Longitudinal analysis with families of children with developmental disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3526–3541.

<https://doi.org/10.1007/s10826-015-0154-2>

Lucyshyn, J. M., Irvin, L. K., Blumberg, E. R., Laverty, R., Horner, R. H., & Sprague, J. R. (2004). Validating the construct of coercion in family routines: Expanding the unit of analysis in behavioral assessment with families of children with developmental disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29(2), 104–121. <https://doi.org/10.2511/rpsd.29.2.104>

Ludlow, A., Skelly, C., & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 702–711. <https://doi.org/10.1177/1359105311422955>

Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1910-1917.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.025>

Lugo-Marín, J., Alviani Rodríguez-Franco, M., Mahtani Chugani, V., Magán Maganto, M., Díez Villoria, E., & Canal Bedia, R. (2018). Prevalence of Schizophrenia Spectrum Disorders in Average-IQ Adults with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 239-250. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3328-5>

Lugo-Marín, J., Díez-Villoria, E., Magán-Maganto, M., Pérez-Méndez, L., Alviani, M., de la Fuente-Portero, J. A., & Canal-Bedia, R. (2019). Spanish Validation of the Autism Quotient Short Form Questionnaire for Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4375-4389. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04127-5>

- Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., Díez, E., & Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22-33. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.12.004>
- Lutz, H. R., Patterson, B. J., & Klein, J. (2012). Coping with autism: A journey toward adaptation. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.03.013>
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., EdS1, Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Rosenberg, C. R., Lee, L.-C., Harrington, R. A., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C.: 2002)*, 69(4), 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
- Magnuson, K. M., & Constantino, J. N. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 32(4), 332. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318213f56c>
- Magyar, C. I., & Pandolfi, V. (2017). Utility of the CBCL DSM-oriented scales in assessing emotional disorders in youth with autism. *Research in autism spectrum disorders*, 37, 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.01.009>
- Malik, O., & Baird, G. (2018). Commentary: PDA-what's in a name? Dimensions of difficulty in children reported to have an ASD and features of

extreme/pathological demand avoidance: a commentary on O'Nions et al. (2017). *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 387-388.

<https://doi.org/10.1111/camh.12273>

Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014).

Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 501–512. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1894-8>.

Mandell, D. S., Ittenbach, R. F., Levy, S. E., & Pinto-Martin, J. A. (2007). Disparities in diagnoses received prior to a diagnosis of autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(9), 1795-1802.

<https://doi.org/10.1007/s10803-006-0314-8>

Mannion, A., & Leader, G. (2014). Epilepsy in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(4), 354-361.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.012>

Mannion, A., Leader, G., & Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 35-42.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.05.002>

Marí-Bauset, S., Zazpe, I., Mari-Sanchis, A., Llopis-González, A., & Morales-Suárez-Varela, M. (2014). Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *Journal of child neurology*, 29(11), 1554-1561.

<https://doi.org/10.1177/0883073813498821>

- Marquenie, K., Rodger, S., Mangohig, K., & Cronin, A. (2011). Dinnertime and bedtime routines and rituals in families with a young child with an autism spectrum disorder. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 145–154. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00896.x>
- Marrus, N., & Hall, L. (2017). Intellectual disability and language disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 539-554. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.03.001>
- Marshall, V., & Long, B. C. (2010). Coping processes as revealed in the stories of mothers of children with autism. *Qualitative Health Research*, 20(1), 105–116. <https://doi.org/10.1177/1049732309348367>
- Martin, J., Hamshere, M. L., Stergiakouli, E., O'Donovan, M. C., & Thapar, A. (2014). Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population. *Biological psychiatry*, 76(8), 664-671. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.02.013>
- Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2017). An overview of autism spectrum disorder, heterogeneity and treatment options. *Neuroscience bulletin*, 33(2), 183-193. <https://doi.org/10.1007/s12264-017-0100-y>
- Matson, J. L., Hess, J. A., & Mahan, S. (2013). Moderating effects of challenging behaviors and communication deficits on social skills in children diagnosed with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.07.002>
- Matson, J. L., & Adams, H. L. (2014). Characteristics of aggression among persons with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1578-1584. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.08.004>

- Matson, J. L., & Cervantes, P. E. (2014). Commonly studied comorbid psychopathologies among persons with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities, 35*(5), 952-962. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.012>
- Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(1), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.004>
- Matson, J. L., & Neal, D. (2010). Differentiating communication disorders and autism in children. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(4), 626-632. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.12.006>
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities, 28*(6), 567-579. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.08.001>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 609 – 621. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x>
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Mayes, R. D., & Molitoris, S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(1), 277-285. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.009>
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., & Zahid, J. (2011). Variables associated with anxiety and depression in children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 23*(4), 325-337. <https://doi.org/10.1007/s10882-011-9231-7>

- Mayes, S. D., Gorman, A. A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.07.009>
- Mazefsky, C. A. (2015). Emotion regulation and emotional distress in autism spectrum disorder: Foundations and considerations for future research. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2602-7>
- Mazefsky, C. A., Anderson, R., Conner, C. M., & Minshew, N. (2011). Child behavior checklist scores for school-aged children with autism: Preliminary evidence of patterns suggesting the need for referral. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(1), 31-37. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9198-1>
- Mazefsky, C. A., Borue, X., Day, T. N., & Minshew, N. J. (2014). Emotion regulation patterns in adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: Comparison to typically developing adolescents and association with psychiatric symptoms. *Autism Research*, 7(3), 344-354. <https://doi.org/10.1002/aur.1366>
- Mazefsky C.A., Day T.N., Siegel M., White S.W., Yu L., & Pilkonis P.A. (2016) Development of the Emotion Dysregulation Inventory: A PROMIS® ing Method for Creating Sensitive and Unbiased Questionnaires for Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 48(11), 3736-3746. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2907-1>
- Mazefsky, C. A., Folstein, S. E., & Lainhart, J. E. (2008). Overrepresentation of mood and anxiety disorders in adults with autism and their first-degree relatives: What does it mean?. *Autism research*, 1(3), 193-197. <https://doi.org/10.1002/aur.23>

- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- Mazefsky, C. A., Yu, L., White, S. W., Siegel, M., & Pilkonis, P. A. (2018). The emotion dysregulation inventory: psychometric properties and item response theory calibration in an autism spectrum disorder sample. *Autism Research*, 11(6), 928–941. <https://doi.org/10.1002/aur.1947>
- Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Emotion regulation: Concepts & practice in autism spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(1), 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.002>
- Mazurek, M.O. (2014). Loneliness, friendship, and wellbeing in adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 18, 223–232. <https://doi.org/10.1177/1362361312474121>
- McDonnell, A., McCreddie, M., Mills, R., Deveau, R., Anker, R., & Hayden, J. (2015). The role of physiological arousal in the management of challenging behaviours in individuals with autistic spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 311-322. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.09.012>
- McQuaid, G. A., Lee, N. R., & Wallace, G. L. (2021). Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism*, 13623613211042131. <https://doi.org/10.1177/13623613211042131>
- McVey, A. J., Schiltz, H. K., Coffman, M., Antezana, L., & Magnus, B. (2022). A preliminary psychometric analysis of the difficulties with emotion regulation

- scale (DERS) Among Autistic Adolescents and Adults: Factor Structure, Reliability, and Validity. *Journal of autism and developmental disorders*, 52, 1169–1188. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05018-4>
- Medeiros, K., Mazurek, M. O., & Kanne, S. (2017). Investigating the factor structure of the Child Behavior Checklist in a large sample of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 40, 24-40. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.06.001>
- Melo, C., Ruano, L., Jorge, J., Pinto Ribeiro, T., Oliveira, G., Azevedo, L., & Temudo, T. (2020). Prevalence and determinants of motor stereotypies in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism*, 24(3), 569-590. <https://doi.org/10.1177/1362361319869118>
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy*, 38(3), 284-302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
- Miano, S., Giannotti, F., & Cortesi, F. (2016). Sleep disorders and autism spectrum disorder. In *Psychiatric symptoms and comorbidities in autism spectrum disorder* (pp. 111-128). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1_8
- Mikita, N., Hollocks, M. J., Papadopoulos, A. S., Aslani, A., Harrison, S., Leibenluft, E., Simonoff, E & Stringaris, A. (2015). Irritability in boys with autism spectrum disorders: an investigation of physiological reactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(10), 1118-1126. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12382>

- Miles, J. H. (2011). Autism spectrum disorders—a genetics review. *Genetics in Medicine*, 13(4), 278-294. <https://doi.org/10.1097/GIM.0b013e3181ff67ba>
- Ming, X., Brimacombe, M., Chaaban, J., Zimmerman-Bier, B., & Wagner, G. C. (2008). Autism spectrum disorders: concurrent clinical disorders. *Journal of child neurology*, 23(1), 6-13. <https://doi.org/10.1177/0883073807307102>
- Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: An evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>.
- Moes, D. R., & Frea, W. D. (2000). Using family context to inform intervention planning for the treatment of a child with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2(1), 40–46. <https://doi.org/10.1177/109830070000200106>
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics*, 119(5), e1040-e1046. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2819>
- Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Hernandez-Martinez, C., Voltas, N., & Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3176-3190. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3581-2>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Mosconi, M. W., & Sweeney, J. A. (2015). Sensorimotor dysfunctions as primary features of autism spectrum disorders. *Science China Life Sciences*, 58(10), 1016-1023. <https://doi.org/10.1007/s11427-015-4894-4>

- Mount, N., & Dillon, G. (2014). Parents' experiences of living with an adolescent diagnosed with an autism spectrum disorder. *Educational & Child Psychology, 31*(4), 72–81. <https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/3551>
- Myers, B. J., Mackintosh, V. H., & Goin-Kochel, R. P. (2009). 'My greatest joy and my greatest heart ache:' Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*(3), 670–684. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.01.004>
- Nadeau, J. M., Arnold, E. B., Selles, R. R., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2015). A cognitive-behavioral approach for anxiety in a preschool-aged child with autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies, 14*(1), 47–60. <https://doi.org/10.1177/1534650114536028>
- Neely-Barnes, S. L., Hall, H. R., Roberts, R. J., & Graff, J. C. (2011). Parenting a child with an autism spectrum disorder: Public perceptions and parental conceptualizations. *Journal of Family Social Work, 14*(3), 208–225. <https://doi.org/10.1080/10522158.2011.571539>
- Neufeld, V., Law, K. C. Y., & Lucyshyn, J. M. (2014). Integrating best practices in positive behavior support and clinical psychology for a child with autism and anxiety-related problem behavior: A clinical case study. *Canadian Journal of School Psychology, 29*(3), 258–276. <https://doi.org/10.1177/0829573514540603>
- Neuhaus, E., Webb, S. J., & Bernier, R. A. (2019). Linking social motivation with social skill: The role of emotion dysregulation in autism spectrum disorder. *Development and psychopathology, 31*(3), 931–943. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000361>

- Nuske, H. J., Hedley, D., Woollacott, A., Thomson, P., Macari, S., & Dissanayake, C. (2017). Developmental delays in emotion regulation strategies in preschoolers with autism. *Autism Research, 10*(11), 1808-1822.
<https://doi.org/10.1002/aur.1827>
- O'Hearn, K., Asato, M., Ordaz, S., & Luna, B. (2008). Neurodevelopment and executive function in autism. *Development and psychopathology, 20*(4), 1103-1132. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000527>
- O'Nions, E., & Noens, I. (2018). Commentary: conceptualising demand avoidance in an ASD context - a response to Osman Malik & Gillian Baird (2018). *Child and Adolescent Mental Health, 23*(4), 389–390.
<https://doi.org/10.1111/camh.12287>
- O'Nions, E., Ceulemans, E., Happé, F., Benson, P., Evers, K., & Noens, I. (2019). Parenting strategies used by parents of children with ASD: differential links with child problem behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 50*(2), 386–401. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04219-2>
- O'Nions, E., Happé, F., Evers, K., Boonen, H., & Noens, I. (2018). How do parents manage irritability, challenging behaviour, noncompliance and anxiety in children with autism spectrum disorders? A meta-synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(4), 1272–1286.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3361-4>.
- O'Reilly, C., Lewis, J. D., & Elsabbagh, M. (2017). Is functional brain connectivity atypical in autism? A systematic review of EEG and MEG studies. *PloS one, 12*(5), e0175870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175870>
- Ökcün, M. Ç., & Akçin, N. (2012). A description of a mother's play guidance for her child with autism in the process of playing by the rules. *Journal of Research in*

Special Educational Needs, 12(2), 96–106. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2011.01218.x>

Ornoy, A., Weinstein-Fudim, L., & Ergaz, Z. (2015). Prenatal factors associated with autism spectrum disorder (ASD). *Reproductive Toxicology*, 56, 155-169.

<https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2015.05.007>

Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in Autistic Spectrum Conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(2), 249–263.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.06.004>

Ozturk, Y., Riccadonna, S., & Venuti, P. (2014). Parenting dimensions in mothers and fathers of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1295-1306.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.001>

Ozonoff, S., Iosif, A. M., Baguio, F., Cook, I. C., Hill, M. M., Hutman, T., ... & Young, G. S. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 256-266.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.009>

Patel, S., Day, T. N., Jones, N., & Mazefsky, C. A. (2017). Association between anger rumination and autism symptom severity, depression symptoms, aggression, and general dysregulation in adolescents with autism spectrum disorder.

Autism, 21(2), 181-189. <https://doi.org/10.1177/1362361316633566>

Paula Pérez, I. (2013). Coocurrencia entre ansiedad y autismo: Las hipótesis del error social y de la carga alostática. *Revista de Neurología*, 2013, vol. 56, num. Supl

1, p. S45-S59. <http://hdl.handle.net/2445/43925>

- Pengelly, S., Rogers, P., & Evans, K. (2009). Space at home for families with a child with autistic spectrum disorder. *The British Journal of Occupational Therapy*, 72(9), 378–383. <https://doi.org/10.1177/030802260907200902>
- Pepperell, T. A., Paynter, J., & Gilmore, L. (2016). Social support and coping strategies of parents raising a child with autism spectrum disorder. *Early Child Development and Care*, 26, 1–13. <https://doi.org/10.1080/03004430.2016.1261338>
- Péter, Z., Oliphant, M. E., & Fernandez, T. V. (2017). Motor stereotypies: a pathophysiological review. *Frontiers in neuroscience*, 11, 171. <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00171>
- Pezzimenti, F., Han, G. T., Vasa, R. A., & Gotham, K. (2019). Depression in youth with autism spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(3), 397-409. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.009>
- Pickles, A., McCauley, J. B., Pepa, L. A., Huerta, M., & Lord, C. (2020). The adult outcome of children referred for autism: typology and prediction from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 760-767. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13180>
- Pinborough-Zimmerman, J., Satterfield, R., Miller, J., Bilder, D., Hossain, S., & McMahon, W. (2007). Communication disorders: Prevalence and comorbid intellectual disability, autism, and emotional/behavioral disorders. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007\)039](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007)039)
- Posar, A., & Visconti, P. (2018). Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. *Jornal de pediatria*, 94, 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.08.008>

- Pouw, L. B., Rieffe, C., Stockmann, L., & Gadow, K. D. (2013). The link between emotion regulation, social functioning, and depression in boys with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(4), 549-556.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.01.002>
- Power, T. G. (2013). Parenting dimensions and styles: A brief history and recommendations for future research. *Childhood Obesity*, 9(s1), 14–21.
<https://doi.org/10.1089/chi.2013.0034>
- Preece, D. (2014). Providing training in positive behavioural support and physical interventions for parents of children with autism and related behavioural difficulties. *Support for Learning*, 29(2), 136–153.
<https://doi.org/10.1111/1467-9604.12053>
- Preece, D., & Almond, J. (2008). Supporting families with children on the autism spectrum: Using structured teaching approaches in the home and community. *Good Autism Practice (GAP)*, 9(2), 44–53.
<http://nectar.northampton.ac.uk/id/eprint/4824>
- Presmanes Hill, A., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2015). Epidemiology of autism spectrum disorders. In *Translational approaches to autism spectrum disorder* (pp. 13-38). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16321-5_2
- Pugliese, C. E., Anthony, L., Strang, J. F., Dudley, K., Wallace, G. L., & Kenworthy, L. (2015). Increasing adaptive behavior skill deficits from childhood to adolescence in autism spectrum disorder: Role of executive function. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1579-1587. <http://doi.org/doi:10.1007/s10803-014-2309-1>
- Pugliese, C. E., Anthony, L. G., Strang, J. F., Dudley, K., Wallace, G. L., Naiman, D. Q., & Kenworthy, L. (2016). Longitudinal examination of adaptive behavior in autism

spectrum disorders: Influence of executive function. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 467-477. <http://doi.org/doi:10.1007/s10803-015-2584-5>

R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>

Rao, P. A., & Landa, R. J. (2014). Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(3), 272-280. <https://doi.org/10.1177/1362361312470494>

Reiersen, A. M., Constantino, J. N., Grimmer, M., Martin, N. G., & Todd, R. D. (2008). Evidence for shared genetic influences on self-reported ADHD and autistic symptoms in young adult Australian twins. *Twin Research and Human Genetics*, 11(6), 579-585. <https://doi.org/10.1375/twin.11.6.579>

Reiersen, A. M., & Todd, R. D. (2008). Co-occurrence of ADHD and autism spectrum disorders: phenomenology and treatment. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(4), 657-669. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.4.657>

Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Kotronopoulou, K. (2007). Awareness of single and multiple emotions in high-functioning children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 37, 455-465. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0171-5>

Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M. M., Mootz, S., Van Leeuwen, E., & Stockmann, L. (2011). Emotion regulation and internalizing symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 15(6), 655-670. <https://doi.org/10.1177/1362361310366571>

- Roama-Alves, R. J., & Ciasca, S. M. (2022). Parenting Self-Efficacy Scale for Autism Spectrum Disorder: Evidence of Content Validity. *Psychology, 13*(4), 514-531. <https://doi.org/10.4236/psych.2022.134034>
- Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience, 18*(11), 671-684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>
- Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C.-M. A., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics, 133*(1), 37-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 31*(2), 131-144. <https://doi.org/10.1023/A:1010738829569>
- Rodgers, J., & Ofield, A. (2018). Understanding, recognising and treating co-occurring anxiety in autism. *Current Developmental Disorders Reports, 5*(1), 58-64. <https://doi.org/10.1007/s40474-018-0132-7>
- Rogers, S. J. (2000). Diagnosis of autism before the age of 3. In *International review of research in mental retardation* (Vol. 23, pp. 1-31). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(00\)80004-X](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(00)80004-X)
- Ronald, A., Larsson, H., Anckarsäter, H., & Lichtenstein, P. (2014). Symptoms of autism and ADHD: a Swedish twin study examining their overlap. *Journal of abnormal psychology, 123*(2), 440. <https://doi.org/10.1037/a0036088>
- Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: from kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders, 51(12), 4253-4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>

Rosen, T. E., Mazefsky, C. A., Vasa, R. A., & Lerner, M. D. (2018). Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *International Review of Psychiatry*, 30(1), 40-61. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1450229>

Rosen, T. E., & Lerner, M. D. (2016). Externalizing and internalizing symptoms moderate longitudinal patterns of facial emotion recognition in autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(8), 2621-2634. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2800-y>

Rosenberg, R. E., Law, J. K., Yenokyan, G., McGready, J., Kaufmann, W. E., & Law, P. A. (2009). Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(10), 907-914. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.98>

Rutgers, A. H., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F. B. A., Buitelaar, J. K., & Van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of abnormal child psychology*, 35(5), 859-870. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9139-y>

Rutherford, Marion, et al. "Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder." *Autism* 20.5 (2016): 628-634. <https://doi.org/10.1177/1362361315617879>

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). Adaptada por Pereña, J., & Santamaría, P. *SCQ Cuestionario de comunicación social*. Madrid: TEA Ediciones.

- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). Adaptada por Nanclares-Nogués, V., Cordero, A. & Santamaría, P. *ADI-R: entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ruzzo, E. K., Pérez-Cano, L., Jung, J. Y., Wang, L. K., Kashef-Haghighi, D., Hartl, C., ... & Wall, D. P. (2019). Inherited and de novo genetic risk for autism impacts shared networks. *Cell*, *178*(4), 850-866.
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.07.015>
- Ryan, S. (2010). ‘Meltdowns’, surveillance and managing emotions; Going out with children with autism. *Health & Place*, *16*(5), 868–875.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.012>
- Sabapathy, T., Vanderbilt, D., Zamora, I., & Augustyn, M. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: Supporting the entire family. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *37*(8), 685–686.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000347>
- Sáez-Suanes, G. P., García-Villamizar, D., del Pozo Armentia, A., & Dattilo, J. (2020). Emotional dysregulation and uncertainty intolerance as transdiagnostic mediators of anxiety in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *106*, 103784.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103784>
- Safe, A., Joosten, A., & Molineux, M. (2012). The experiences of mothers of children with autism: Managing multiple roles. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *37*(4), 294–302.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2012.736614>
- Saghazadeh, A., Ataeinia, B., Keynejad, K., Abdolalizadeh, A., Hirbod-Mobarakeh, A., & Rezaei, N. (2019). A meta-analysis of pro-inflammatory cytokines in

autism spectrum disorders: Effects of age, gender, and latitude. *Journal of Psychiatric Research*, 115, 90-102.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.019>

Salazar, F., Baird, G., Chandler, S., Tseng, E., O'sullivan, T., Howlin, P., Pickles, A., & Simonoff, E. (2015). Co-occurring psychiatric disorders in preschool and elementary school-aged children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(8), 2283-2294.

<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2361-5>

Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(1), 9-18. <https://doi.org/10.1002/aur.1387>

Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion*, 12(4), 659.

<https://doi.org/10.1037/a0027975>

Samson, A. C., Phillips, J. M., Parker, K. J., Shah, S., Gross, J. J., & Hardan, A. Y. (2014). Emotion dysregulation and the core features of autism spectrum disorder. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 44(7), 1766-1772.

<https://doi.org/10.1007/s10803-013-2022-5>

Satterstrom, F. K., Kosmicki, J. A., Wang, J., Breen, M. S., De Rubeis, S., An, J. Y., ... & Demontis, D. (2020). Large-scale exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism. *Cell*, 180(3), 568-584. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.12.036>

Scandurra, V., Emberti Gialloreti, L., Barbanera, F., Scordo, M. R., Pierini, A., & Canitano, R. (2019). Neurodevelopmental disorders and adaptive functions: a study of children with autism spectrum disorders (ASD) and/or attention deficit

and hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in psychiatry*, 10, 673.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00673>

Scarpinato, N., Bradley, J., Kurbjun, K., Bateman, X., Holtzer, B., & Ely, B. (2010).

Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting.

Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 15(3), 244–254.

<https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00244.x>

Schaaf, R. C., Toth-Cohen, S., Johnson, S. L., Outten, G., & Benevides, T. W. (2011).

The everyday routines of families of children with autism: Examining the

impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism: The*

International Journal of Research and Practice, 15(3), 373–389.

<https://doi.org/10.1177/1362361310386505>

Schaaf, R. C., & Lane, A. E. (2015). Toward a best-practice protocol for assessment of

sensory features in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,

45(5), 1380-1395. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2299-z>

Schaefer, G. B. (2016). Clinical genetic aspects of autism spectrum disorders.

International journal of molecular sciences, 17(2), 180.

<https://doi.org/10.3390/ijms17020180>

Schaefer, G. B., & Mendelsohn, N. J. (2008). Clinical genetics evaluation in

identifying the etiology of autism spectrum disorders. *Genetics in Medicine*,

10(4), 301-305. <https://doi.org/10.1097/GIM.0b013e31816b5cc9>

Scott, F. J., Baron-Cohen, S., Bolton, P., & Brayne, C. (2002). The CAST (Childhood

Asperger Syndrome Test) Preliminary development of a UK screen for

mainstream primary-school-age children. *Autism*, 6(1), 9-31.

<https://doi.org/10.1177/1362361302006001003>

- Sears, K. M., Blair, K.-S. C., Iovannone, R., & Crosland, K. (2013). Using the Prevent-Teach-Reinforce model with families of young children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1005–1016.
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1646-1>
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 10(4), 234-247.
<https://doi.org/10.1002/mrdd.20038>
- Servera, M. (2007). Versión en español del Alabama Parenting Questionnaire (APQ), versión para niños [Spanish version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) for children]. Unpublished document.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental psychology*, 33(6), 906. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.906>
- Shrout, P. E., and Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychol. Methods* 7, 422–445.
<https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.422>
- Siegel, B. (2004). *PDDST-II, pervasive developmental disorders screening test-II: Early childhood screener for autistic spectrum disorders*. Harcourt Assessment.
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of autism and developmental disorders*, 32(2), 77-89.
<https://doi.org/10.1023/A:1014884404276>

- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>
- Smalley, S. L., Asarnow, R. F., & Spence, M. A. (1988). Autism and genetics: a decade of research. *Archives of general psychiatry*, 45(10), 953-961. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800340081013>
- Smith, K. R., & Matson, J. L. (2010). Social skills: Differences among adults with intellectual disabilities, co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in developmental disabilities*, 31(6), 1366-1372. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.002>
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(5), 876-889. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0461-6>
- Smith, E., Thurm, A., Greenstein, D., Farmer, C., Swedo, S., Giedd, J., & Raznahan, A. (2016). Cortical thickness change in autism during early childhood. *Human brain mapping*, 37(7), 2616-2629. <https://doi.org/10.1002/hbm.23195>
- Soke, G. N., Maenner, M. J., Christensen, D., Kurzius-Spencer, M., & Schieve, L. (2018). Prevalence of co-occurring medical and behavioral conditions/symptoms among 4-and 8-year-old children with autism spectrum disorder in selected areas of the United States in 2010. *Journal of autism and*

developmental disorders, 48(8), 2663-2676. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3521-1>

- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22(2), 189-222. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00087-3)
- Spencer, T. J., Faraone, S. V., Surman, C. B., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., et al. (2011). Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: A controlled study. *Postgraduate Medicine*, 123(5), 50–59. <https://doi.org/10.3810/pgm.2011.09.2459>.
- Spiker, M. A., Lin, C. E., Van Dyke, M., & Wood, J. J. (2012). Restricted interests and anxiety in children with autism. *Autism*, 16(3), 306-320. <https://doi.org/10.1177/1362361311401763>
- Sprenger, L., Bühler, E., Poustka, L., Bach, C., Heinzl-Gutenbrunner, M., Kamp-Becker, I., & Bachmann, C. (2013). Impact of ADHD symptoms on autism spectrum disorder symptom severity. *Research in developmental disabilities*, 34(10), 3545-3552. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.028>
- Sterling, L., Dawson, G., Estes, A., & Greenson, J. (2008). Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1011–1018. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0477-y>
- Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, 10(1), 103-116. <https://doi.org/10.1177/1362361306062013>

- Stone, W. L., Coonrod, E. E., Turner, L. M., & Pozdol, S. L. (2004). Psychometric properties of the STAT for early autism screening. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(6), 691-701. <https://doi.org/10.1007/s10803-004-5289-8>
- Stoner, J. B., Angell, M. E., House, J. J., & Bock, S. J. (2007). Transitions: Perspectives from parents of young children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(1), 23–39. <https://doi.org/10.1007/s10882-007-9034-z>
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M.J., Fernandez, M., & Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 207-216. <https://doi.org/10.1080/15374410701277929>
- Storch, E. A., Zavrou, S., Collier, A. B., Ung, D., Arnold, E. B., Mutch, P. J., Lewin, A.B., & Murphy, T. K. (2015). Preliminary study of family accommodation in youth with autism spectrum disorders and anxiety: Incidence, clinical correlates, and behavioral treatment response. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.06.007>.
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., et al. (2012). The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1109–1117. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x>
- Suarez, M. A. (2012). Sensory processing in children with autism spectrum disorders and impact on functioning. *Pediatric Clinics*, 59(1), 203-214. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.012>

- Supekar, K., Iyer, T., & Menon, V. (2017). The influence of sex and age on prevalence rates of comorbid conditions in autism. *Autism Research, 10*(5), 778-789.
<https://doi.org/10.1002/aur.1741>
- Tang, C. H., Chi, M. H., Hsieh, Y. T., Lee, T. I., Tai, Y. C., Lien, Y. J., ... & Chen, P. S. (2022). Sex differences in the diagnosis of autism spectrum disorder and effects of comorbid mental retardation and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the Formosan Medical Association, 121*(1), 210-217.
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.03.009>
- Tavernor, L., Barron, E., Rodgers, J., & McConachie, H. (2013). Finding out what matters: validity of quality of life measurement in young people with ASD. *Child: care, health and development, 39*(4), 592-601.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01377.x>
- Taylor, J.L., & Gotham, K.O. (2016). Cumulative life events, traumatic experiences, and psychiatric symptomatology in transition-aged youth with autism spectrum disorder. *Journal of Neurodevelopmental Disorders, 8*, 28.
<https://doi.org/10.1186/s11689-016-9160-y>
- Ten Eycke, K. D., & Müller, U. (2015). Brief report: new evidence for a social-specific imagination deficit in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(1), 213-220.
<https://doi.org/10.1007/s10803-014-2206-7>
- Ting, V., & Weiss, J. A. (2017). Emotion regulation and parent co-regulation in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 47*, 680-689. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3009-9>

- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 585-595. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>
- Tillmann, J., San José Cáceres, A., Chatham, C. H., Crawley, D., Holt, R., Oakley, B., ... & Zwiers, M. P. (2019). Investigating the factors underlying adaptive functioning in autism in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project. *Autism Research*, 12(4), 645-657. <https://doi.org/10.1002/aur.2081>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thurm, A., Farmer, C., Salzman, E., Lord, C., & Bishop, S. (2019). State of the field: Differentiating intellectual disability from autism spectrum disorder. *Frontiers in psychiatry*, 526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00526>
- Tull, M. T., & Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 3, iv-x. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.03.009>
- Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(1), 25–34. <https://doi.org/10.1023/A:1017999906420>
- Turygin, N.C., Matson, J.L., MacMillan, K., & Konst, M. (2013). The relationship between challenging behavior and symptoms of depression in intellectually disabled adults with and without autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25, 475–484. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9321-1>

- Uddin, L. Q. (2011). The self in autism: An emerging view from neuroimaging. *Neurocase*, 17(3), 201-208. <https://doi.org/10.1080/13554794.2010.509320>
- Uddin, L. Q., Dajani, D. R., Voorhies, W., Bednarz, H., & Kana, R. K. (2017). Progress and roadblocks in the search for brain-based biomarkers of autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Translational psychiatry*, 7(8), e1218-e1218. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.164>
- Uljarević, M., Baranek, G., Vivanti, G., Hedley, D., Hudry, K., & Lane, A. (2017). Heterogeneity of sensory features in autism spectrum disorder: Challenges and perspectives for future research. *Autism Research*, 10(5), 703-710. <https://doi.org/10.1002/aur.1747>
- Uljarević, M., Hedley, D., Nevill, R., Evans, D. W., Cai, R. Y., Butter, E., & Mulick, J. A. (2018). Brief report: Poor self-regulation as a predictor of individual differences in adaptive functioning in young children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(8), 1157-1165. <https://doi.org/10.1002/aur.1953>
- van Esch, L., Vanmarcke, S., Ceulemans, E., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2018). Parenting adolescents with ASD: A multimethod study. *Autism Research*, 11(7), 1000-1010. <https://doi.org/10.1002/aur.1956>.
- Van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F.B.A., Buitelaar, J.K., & Van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child development*, 78(2), 597-608. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01016.x>

- Van Leeuwen, K. G., & Vermulst, A. A. (2004). Some psychometric properties of the ghent parental behavior scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 283-298. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.4.283>
- Van Leeuwen, K., & Vermulst, A. (2010). De verkorte versie van de Schaal voor Ouderlijk Gedrag. [Shortened version of the Parental Behavior Scale]. Internal report, not published. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorders: A comparison with children with ADHD. *Journal of child and family studies*, 22(3), 368-376. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9587-z>
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 302-317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>
- Van Steensel, F. J., & Heeman, E. J. (2017). Anxiety levels in children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of child and family studies*, 26(7), 1753-1767. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0687-7>
- Vasa, R. A., Singh, V., McDonald, R. G., Mazefsky, C., Hong, J. S., & Keefer, A. (2022). Dysregulation in children and adolescents presenting to a multidisciplinary autism clinic. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(4), 1762-1770. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05056-y>
- Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., & Silverman, W. (2017). Parenting a child with ASD: Comparison of parenting style between ASD, anxiety, and typical development. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(9), 2873-2884. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3210-5>

- Warren, Z., McPheeters, M. L., Sathe, N., Foss-Feig, J. H., Glasser, A., & Veenstra-VanderWeele, J. (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, *127*(5), e1303-e1311.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-0426>
- Weiss, J. A., Wingsong, A., & Lunsky, Y. (2014). Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *18*(8), 985–995.
<https://doi.org/10.1177/1362361313508024>
- Weitlauf, A. S., Gotham, K. O., Vehorn, A. C., & Warren, Z. E. (2014). Brief report: DSM-5 “levels of support:” A comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(2), 471-476. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1882-z>
- Werling, D. M. (2016). The role of sex-differential biology in risk for autism spectrum disorder. *Biology of sex differences*, *7*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13293-016-0112-8>
- White, S. W., Mazefsky, C. A., Dichter, G. S., Chiu, P. H., Richey, J. A., & Ollendick, T. H. (2014). Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: Understanding anxiety in autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Neuroscience*, *39*, 22-36.
<https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2014.05.012>
- White, E. I., Wallace, G. L., Bascom, J., Armour, A. C., Register-Brown, K., Popal, H. S., ... & Kenworthy, L. (2017). Sex differences in parent-reported executive functioning and adaptive behavior in children and young adults with autism spectrum disorder. *Autism Research*, *10*(10), 1653-1662.
<https://doi.org/10.1002/aur.1811>

- Williams, D., & Happé, F. (2010). Recognising 'social' and 'non-social' emotions in self and others: a study of autism. *Autism, 14*(4), 285-304.
<https://doi.org/10.1177/1362361309344849>
- Williams, D. L., Goldstein, G., & Minshew, N. J. (2006). Neuropsychologic functioning in children with autism: Further evidence for disordered complex information-processing. *Child Neuropsychology, 12*(4-5), 279-298.
<https://doi.org/10.1080/09297040600681190>
- Willsey, A. J., & State, M. W. (2015). Autism spectrum disorders: from genes to neurobiology. *Current opinion in neurobiology, 30*, 92-99.
<https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.10.015>
- Witwer, A. N., & Lecavalier, L. (2010). Validity of comorbid psychiatric disorders in youngsters with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 22*(4), 367-380. <https://doi.org/10.1007/s10882-010-9194-0>
- Wolff, J. J., Botteron, K. N., Dager, S. R., Elison, J. T., Estes, A. M., Gu, H., ... & IBIS Network. (2014). Longitudinal patterns of repetitive behavior in toddlers with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(8), 945-953.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12207>
- Wong, V., Hui, L. H. S., Lee, W. C., Leung, L. S. J., Ho, P. K. P., Lau, W. L. C., et al. (2004). A modified screening tool for autism (Checklist for autism in toddlers [CHAT-23]) for Chinese children. *Pediatrics, 114*(2), e166-e176.
<https://doi.org/10.1542/peds.114.2.e166>
- Wood, J. J., & Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(4), 281. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01220.x>

- Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative Health Research, 18*(8), 1075–1083. <https://doi.org/10.1177/1049732308320112>
- Woolfson, L., & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development, 32*, 177–184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00603.x>
- Woynaroski, T., Yoder, P., & Watson, L. R. (2016). Atypical cross-modal profiles and longitudinal associations between vocabulary scores in initially minimally verbal children with ASD. *Autism Research, 9*(2), 301-310. <https://doi.org/10.1002/aur.1516>
- Zandt, F., Prior, M., & Kyrios, M. (2007). Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 37*(2), 251-259. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0158-2>
- Zhou, T., & Yi, C. (2014). Parenting styles and parents' perspectives on how their own emotions affect the functioning of children with autism spectrum disorders. *Family Process, 53*(1), 67–79. <https://doi.org/10.1111/famp.12058>
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., ... & Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics, 123*(5), 1383-1391. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1606>
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life.

International journal of developmental neuroscience, 23(2-3), 143-152.

<https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001>

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., & Garon, N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural brain research*, 251, 133-146.

<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.04.004>

ANEXO 1. Resultados de las puntuaciones de equivalencia del grupo de expertos

ÍTEM	E. SEMÁNTICA				E. IDIOMÁTICA				E. EXPERIENCIAL				E. CONCEPTUAL			
	M	SD	Min	Máx	M	SD	Min	Máx	M	SD	Min	Máx	M	SD	Min	Máx
1	4,14	1,07	3,00	5,00	4,29	0,76	3,00	5,00	4,43	0,79	3,00	5,00	4,00	0,82	3,00	5,00
2	4,71	0,76	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00
3	4,43	0,98	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00
4	4,71	0,76	3,00	5,00	4,71	0,76	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00
5	4,29	0,95	3,00	5,00	4,43	0,79	3,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00	4,29	0,95	3,00	5,00
6	4,71	0,76	3,00	5,00	4,71	0,76	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,71	0,76	3,00	5,00
7	4,43	0,79	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
8	4,43	0,79	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
9	4,14	1,21	2,00	5,00	4,29	0,95	3,00	5,00	4,43	0,79	3,00	5,00	4,43	0,79	3,00	5,00
10	4,43	0,98	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00
11	4,57	0,79	3,00	5,00	4,14	0,90	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00
12	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
13	4,71	0,76	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
14	4,29	0,76	3,00	5,00	4,43	0,79	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
15	4,71	0,76	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00
16	4,29	1,25	2,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
17	4,29	0,95	3,00	5,00	4,14	1,21	2,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00
18	4,29	1,25	2,00	5,00	4,43	0,98	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00
19	4,14	1,21	2,00	5,00	4,14	1,07	2,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00	4,57	0,53	4,00	5,00
20	4,29	1,25	2,00	5,00	4,43	0,98	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00
21	4,14	0,90	3,00	5,00	4,14	1,07	2,00	5,00	4,43	0,53	4,00	5,00	4,43	0,53	4,00	5,00
22	4,71	0,76	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
23	4,29	1,25	2,00	5,00	4,00	1,29	2,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00
24	3,86	1,46	2,00	5,00	3,57	1,51	2,00	5,00	4,00	1,41	2,00	5,00	3,86	1,46	2,00	5,00
25	4,57	0,79	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
26	4,57	0,79	3,00	5,00	4,57	0,79	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00
27	4,57	0,79	3,00	5,00	4,71	0,76	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
28	4,00	1,15	2,00	5,00	4,14	1,21	2,00	5,00	4,29	1,11	2,00	5,00	4,14	1,21	2,00	5,00
29	4,71	0,76	3,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00
30	4,71	0,76	3,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00
31	4,57	0,79	3,00	5,00	4,71	0,49	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00	4,86	0,38	4,00	5,00