



ORIGINAL

Relación entre estrés y malestar psicológico de los padres y problemas emocionales y conductuales en niños preescolares con trastorno del espectro autista



Marina Romero-González^{a,b,*}, Ester Marín^a, Jose Guzmán-Parra^a, Patricia Navas^{b,c}, Juan Manuel Aguilar^a, J. Pablo Lara^b y Miguel Ángel Barbancho^b

^a U.G.C Salud Mental, Hospital Regional Universitario de Málaga, IBIMA, Málaga, España

^b Unidad de Salud Cerebral, CIMES, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, IBIMA, Málaga, España

^c U.G.C Neurociencias, Servicio de Neurofisiología, Clínica HRU Málaga, Málaga, España

Recibido el 21 de enero de 2020; aceptado el 23 de marzo de 2020

Disponible en Internet el 10 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Trastorno del espectro autista;
Comorbilidades;
Problemas conductuales;
Problemas emocionales;
Ansiedad;
Malestar psicológico;
Parentalidad

Resumen

Introducción: Los trastornos del espectro autista (TEA) se caracterizan por deficiencias generalizadas en la comunicación social, estereotipias e intereses restringidos. Los TEA presentan una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos adicionales que empeoran su funcionamiento diario y reducen la calidad de vida de ellos y sus familias.

Material y método: En el esfuerzo de identificar características ambientales que expliquen esta alta comorbilidad, esta investigación se ha centrado en la sintomatología de estrés y malestar psicológico de los padres como posibles factores de riesgo. Se realizó un estudio transversal de asociación entre estrés y malestar psicológico de padres de niños preescolares con TEA (2-6 años) y su relación con psicopatología coexistente en niños con TEA.

Resultados y conclusiones: Altos niveles de estrés y malestar psicológico en los padres están asociados ya desde la primera infancia con psicopatología coexistente en dicha población, específicamente con problemas emocionales y conductuales ($p < 0,05$). Sin embargo, se necesitan futuros estudios longitudinales para entender mejor la relación causal entre estas variables y su posible relación bidireccional.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marinarglez@gmail.com (M. Romero-González).

KEYWORDS

Autistic spectrum disorder;
Comorbidities;
Behavioral problems;
Emotional problems;
Anxiety;
Psychological unease;
Parenthood

Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder

Abstract

Introduction: The Autistic Spectrum Disorders (ASD) are characterised by general deficits in social communication, stereotypes, and restricted interests. The ASD have a high prevalence of additional psychiatric disorders that make their daily functioning worse, and reduces the quality of life of them and their families.

Material and methods: In an effort to identify family environmental characteristics that may influence in the course of additional psychiatric disorders, this study has focused on the symptoms of parental stress and psychological distress as possible risk factors. A cross-section study was carried out on the relationship between the stress and psychological distress of the parents and its relationship with co-existing psychopathology in a population of pre-school children with ASD (2-6 years).

Results and conclusions: High levels of stress and psychological distress of the parents are already associated, since early childhood, with co-existing psychiatric symptoms, specifically with emotional and behavioural problems ($p < 0.05$). However, further longitudinal studies are needed for a better understanding of the causal relationship between these variables and their possible bidirectional relationship.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es una discapacidad del desarrollo severa y para toda la vida que afecta al 1% de la población¹. Se caracteriza por deficiencias generalizadas en la comunicación social, estereotipias e intereses restringidos. Junto a esos síntomas centrales del autismo, el 70-90% de los niños con autismo tienen trastornos psiquiátricos adicionales significativos que empeoran su funcionamiento diario y reducen la calidad de vida de ellos y sus familias². Estos comúnmente toman la forma tanto de problemas emocionales (por ejemplo, ansiedad o ánimo depresivo) como conductuales (por ejemplo, problemas de conducta, conducta oposicionista o hiperactividad). Algunas investigaciones previas indican que tales problemas emocionales y conductuales están más cercanamente relacionados con el funcionamiento familiar³, y con el bienestar parental⁴ que con los síntomas nucleares del TEA.

Los diagnósticos coexistentes más comunes son trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno oposicionista desafiante (TOD)^{2,5}. La frecuencia de estos trastornos es entre 5 y 10 veces mayor en esta población en comparación con la población general de niños con desarrollo típico.

Las razones de este incremento de trastornos comórbidos y coexistentes en TEA han sido explicadas solo de manera parcial. Es probable que se compartan los factores de riesgo genético en la comorbilidad con trastornos del neurodesarrollo tal como TDAH⁶. Sin embargo, esta explicación no parece aplicarse a los trastornos coexistentes de ansiedad⁷.

La investigación en la población general ha establecido asociaciones bien caracterizadas entre psicopatología infantil y elementos de distrés psicológico parental. Investigación basada en la población general ha mostrado que

el estrés en la crianza⁸ y problemas de salud mental en los padres⁹ guardan una asociación significativa con psicopatología infantil después de ajustar por otros factores familiares, del niño y contextuales. Estudios longitudinales han mostrado la existencia de una relación predictiva recíproca entre problemas emocionales y conductuales en niños y bienestar psicológico parental, por ejemplo depresión¹⁰, así como en ciertas condiciones de estrés en la crianza¹¹. Aunque es plausible que un componente genético compartido pueda dar cuenta de la correlación entre psicopatología en niños y sus padres, la investigación conducida usando diseños genéticamente sensibles ha evidenciado un importante rol del ambiente en la asociación intergeneracional de ansiedad¹², depresión¹³ y problemas de conducta¹⁴.

Sin embargo, en población infantil con TEA hay menos investigación con respecto al rol de la familia y los factores de crianza y su relación con la psicopatología adicional. Algunos estudios han reportado que el estrés parental^{15,16}, el estilo parental controlador y el caos doméstico están asociados con más alta proporción de problemas de conducta¹⁷ mientras que el afecto parental¹⁸ y el establecimiento de límites¹⁶ están relacionados con niveles más bajos de problemas conductuales en niños con TEA. De cualquier manera, la mayoría de estudios son transversales y la dirección del efecto no es clara.

Padres de niños con TEA experimentan altas puntuaciones de estrés parental, incluso en comparación con padres de niños con otros trastornos del desarrollo, dificultades intelectuales y discapacidad física¹⁹; el incremento en las puntuaciones en los problemas de salud mental en las madre también se ve antes y después del nacimiento del niño²⁰. La investigación en la población general ha demostrado que el estrés parental y los problemas de salud mental son fenómenos separados pero relacionados, tendiendo cada uno

de ellos a incrementar la vulnerabilidad del otro²¹. Por ejemplo, la susceptibilidad subyacente a pobre salud mental en los niños con TEA puede comprometer la habilidad para hacer frente a demandas parentales. Igualmente, retos intensos en la crianza pueden iniciar el desarrollo de psicopatología.

Modelos transaccionales de niños en desarrollo^{22,23} sugieren que interacciones niño-padre están unidas de forma recíproca. Dentro del modelo transaccional, el niño con síntomas de TEA y problemas conductuales contribuye a aumentar el estrés parental, lo cual altera la conducta de los padres, de forma que refuerza los problemas conductuales y los síntomas del niño²⁴.

El reciente metaanálisis de Yorke et al.²⁵ ha puesto en evidencia una asociación significativa robusta entre problemas emocionales y de comportamiento adicionales en niños con TEA y los problemas de salud mental y el estrés de sus padres, que se mantuvo después de controlar estadísticamente por otros factores.

La hipótesis en este estudio es que podría haber una asociación existente ya desde la primera infancia (2-6 años) entre ansiedad y malestar psíquico de los padres y los problemas emocionales y conducta en niños con TEA, incluso después de controlar por cualquier variación compartida por el niño (severidad del autismo y funcionamiento ejecutivo y adaptativo), así como características sociodemográficas como el nivel educacional de los padres, el género y la edad de los niños.

Material y método

Participantes y procedimiento de recogida de datos

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Regional de Málaga el día 23 de febrero del 2017.

Todas las familias elegibles de participar fueron invitadas cara a cara a través de las consultas de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil de Málaga, dentro del Programa Asistencial Integral de Trastorno del Espectro Autista de la Junta de Andalucía, donde se atienden niños para diagnóstico temprano de TEA entre los 2 y los 6 años de edad. Todos los niños tenían que tener un diagnóstico clínico de TEA acorde a la clasificación diagnóstica DSM-5, entre febrero del 2017 y febrero del 2019, por lo tanto el reclutamiento fue clínico.

El reclutamiento tuvo una duración de dos años. De los 149 niños derivados durante este periodo por sospecha de TEA, 101 tuvieron confirmación diagnóstica con pruebas *gold standard* ADOS-2 con personal acreditado y fueron invitados a participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron la ausencia de confirmación diagnóstica de TEA con prueba *gold standard* ADOS-2, diagnóstico de trastorno global del desarrollo, edad inferior a 2 años o superior a 6 años y no completar las escalas de variables principales de ansiedad y malestar psíquico de los padres (N = 70).

Material

Se utilizó el *Autism Parenting Stress Index* (APSI)²⁶ para valorar qué aspectos específicos de la salud del niño y de

su funcionamiento social causan los más altos niveles de preocupación y estrés para la familia. Este cuestionario mide aspectos que son específicos de familiares con un niño con diagnóstico de TEA, incluyendo preocupaciones sobre la comunicación, desarrollo social y habilidades del niño para vivir independiente en el futuro y los 13 ítems se agrupan en 3 categorías: la discapacidad social central, dificultades de manejo conductual y problemas físicos. El índice de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach es de 0,82²⁶.

Se utilizó la *Kessler Psychological Distress Scale* (K10)²⁷ como medida autoinformada breve de distrés psicológico en los padres/cuidadores. Este es un cuestionario de 10 ítems destinado a producir una medida global de distrés basado en cuestiones sobre síntomas de ansiedad y depresivos que una persona ha experimentado en el periodo de las últimas 4 semanas. El índice de consistencia interna es de 0,93²⁸.

Se utilizó el *Strengths & Difficulties Questionnaire Parent*²⁹ (SDQ) para valorar el nivel de dificultades emocionales y conductuales. Se utilizaron las dos subescalas de conducta y emoción. Esta escala se utiliza para detectar probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños de 2 a 16 años. Consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una. Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos: escala de conducta prosocial. Las cuatro escalas que miden conductas problemáticas conforman, a su vez, una sexta escala denominada escala total de dificultades. El índice de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0,77 para la versión de padres en español³⁰.

ABA-II (*Adaptive Behaviour Assessment System-II*)³¹. Es un instrumento de evaluación de la conducta adaptativa desde el nacimiento hasta los 6 años. Su objetivo es proporcionar una evaluación completa de las habilidades funcionales diarias de una persona en distintas áreas o contextos con el fin de determinar si es capaz de desenvolverse en su vida cotidiana sin precisar la ayuda de otras personas. La puntuación del ABAS-II se presenta con tres índices globales: conceptual, social y práctico, así como un índice global de conducta adaptativa (CAG), que es el que utilizaremos como medida de funcionalidad adaptativa. El índice de consistencia interna se encuentra en el rango de 0,97-0,99³².

BRIEF-P. Es la evaluación conductual de la función ejecutiva- versión infantil³³: es una versión del BRIEF® adaptada a niños de 2 a 6 años. Permite la evaluación de los aspectos más cotidianos, conductuales y observables de las funciones ejecutivas. El cuestionario puede ser respondido por los padres y por los profesores del niño, quienes indicarán la frecuencia con que determinados comportamientos del niño resultan problemáticos. El índice de consistencia interna para la versión de padres es de 0,83³⁴.

Los síntomas de autismo y severidad fueron valorados por el *Autism Diagnostic Observation Schedule*³⁵. La escala de observación para el diagnóstico del autismo - 2 (ADOS-2) es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para personas con sospecha de tener un TEA. 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 determinado. El ADOS-2 se puede aplicar

a personas de edades, niveles de desarrollo y comunicación verbal muy diferentes. Se considera una de las pruebas *gold standard* para el diagnóstico de TEA³⁶.

Análisis estadístico

Para los análisis se utilizaron modelos de regresión lineal empleando como variables dependientes los trastornos de conducta (SDQ Conducta) y los trastornos emocionales (SDQ Emocional) y como variables independientes la ansiedad de los padres (APSI) y el malestar psicológico de los padres (K-10). Para analizar los supuestos de los modelos de regresión se utilizaron la prueba de linealidad RESET de Ramsey, la prueba de homocedasticidad de Breusch-Pagan y la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de los residuos del modelo. En los modelos multivariantes se evaluó la colinealidad mediante el factor de inflación de la varianza y en el modelo multivariante se utilizaron como posibles variables confusoras la edad, el género, el nivel educativo de los padres, la severidad del autismo (ADOS) y la conducta adaptativa (ABAS). También se usó como covariable el índice global de funciones ejecutivas, pero debido a la alta colinealidad e inflación de los parámetros ($FIV > 2$) se decidió no incluirlo en los modelos multivariantes finales. Los datos perdidos de algunas covariables se imputaron utilizando imputación múltiple mediante ecuaciones en cadena (paquete *mice* en R). Puesto que no era posible comprobar los supuestos de los modelos de regresión lineal de forma combinada se comprobaron con los cinco *sets* de datos imputados por separado. Cuando se utilizó como variable independiente el malestar psicológico de los padres, y como variable dependiente los trastornos de conducta de los niños, no se cumplió el supuesto de homocedasticidad del modelo por lo que se utilizó un modelo de regresión lineal robusta (usando el paquete *robustbase* y la función *lmrob* en R). El nivel de significación estadística se estableció al 95%. Para todos los análisis se utilizó el programa R versión 3.5.1.

Resultados

De las 101 familias que fueron invitadas a participar en el presente estudio, 84 accedieron a participar y fueron 70 familias las que completaron todas las evaluaciones que incluimos en el presente análisis.

En la [tabla 1](#) se describen las características sociodemográficas del estudio así como las variables objeto de estudio. El 82,86% de la muestra eran niños varones (*ratio* de 4:1) y la edad media fue de 3 años y 11 meses. Solo un 31,4% de la población estudiada de padres tenía estudios universitarios.

Los análisis de regresión multivariantes muestran una asociación significativa entre malestar psicológico de los padres y estrés parental con los problemas emocionales y de conducta en los niños con TEA, una vez controlados por las posibles variables confusoras analizadas ([tablas 2 y 3](#)). En el modelo 1 aparece como variable independiente el estrés percibido por los padres y en el modelo 2 estudiamos el malestar psicológico (síntomas de ansiedad y depresión).

La [tabla 2](#) se focaliza en los problemas conductuales, mostrando una asociación significativa en el modelo 1, donde se analiza como variable independiente el estrés

percibido por los padres (APSI). En este modelo, la única covariable significativa fue la severidad de la sintomatología nuclear de autismo medida en la evaluación ADOS-2 con un $p < 0,001$, es decir existe una asociación significativa entre la severidad de autismo y los problemas de conductas de dicha población. En el modelo 2, donde se analiza como variable independiente el malestar psicológico de los padres, se evidencia una asociación significativa con la variable dependiente de problemas conductuales ($p < 0,001$). Además también se demuestra una asociación significativa con la severidad del autismo y con el nivel de educación de los padres.

En la [tabla 3](#) se describe como variable dependiente las alteraciones emocionales en la primera infancia de niños con diagnóstico de TEA. En relación con el modelo 1 de estrés percibido por los padres, existe una asociación significativa entre ambas variables ($p < 0,01$). Como covariable significativa también se evidencia una asociación positiva con la edad, es decir a mayor edad, aumentan las alteraciones emocionales en estos niños. Acorde con el modelo 2, también existe una asociación significativa entre el malestar psicológico de los padres y los problemas emocionales ($p < 0,05$) de estos niños una vez controlados por el resto de covariables que no fueron significativas para explicar este modelo.

Discusión

Los resultados del presente estudio apoyan nuestra hipótesis inicial de que existe una asociación, ya desde la edad preescolar, entre estrés y malestar psíquico de los padres y los problemas emocionales y conductuales en niños con TEA, incluso después de controlar por cualquier variación compartida por el niño (severidad del autismo y funcionamiento adaptativo) así como características sociodemográficas como nivel educacional de los padres, género y edad de los niños.

Nuestros resultados son consistentes con el estudio de Goodman et al.³⁷ y el último metanálisis de Yorke et al.²⁵, donde se aporta evidencia de que altos niveles de malestar psicológico parental están relacionados tanto con problemas emocionales (internalizantes) como conductuales (externalizantes). Además, los problemas externalizantes en niños parecen tener efectos más robustos en el estrés parental en la infancia más temprana, mientras que problemas internalizantes en niños tienen efectos más robustos en el estrés parental en la infancia tardía y adolescencia temprana²⁵. Lo cual es consistente con nuestros resultados que muestran la existencia de una asociación positiva entre la edad del niño y los problemas emocionales ya desde la primera infancia, además de una asociación más robusta con los problemas conductuales.

En el presente estudio también se tuvieron en cuenta las diferencias cognitivas y las funciones adaptativas en niños con TEA que han sido frecuentemente asociadas con diversos problemas conductuales y emocionales³⁸. Es decir, el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión (malestar psicológico) de los padres, continúa siendo significativa de manera independiente, una vez controlada tanto la funcionalidad adaptativa como la severidad de la sintomatología autista. Sin embargo, no existió asociación

Tabla 1 Variables descriptivas

Variables	Media	DT
Características de los niños		
Edad en meses	47,82	14,72
Género (N %)		
Masculino	58	82,86
Femenino	12	17,14
Severidad del autismo (ADOS-2)	4,67	2,27
Conducta adaptativa (ABA)	64,08	17,71
Índice Global de Función Ejecutiva (IGFE)	124,27	24,77
Alteraciones conductuales (SDQ conducta)	3,24	2,06
Alteraciones emocionales (SDQ emocional)	2,67	2,10
Características de los padres		
Nivel educativo (N %) Primarios o menos	16	23,88
Secundarios	30	44,78
Universitarios	21	31,24
Ansiedad de los padres (APSI)	16,61	9,78
Malestar psicológico de los padres (K-10)	19,98	7,06

ABA (*Adaptive Behaviour Assessment System-II*); ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule*); IGFE (Índice Global de Función Ejecutiva); K-10 (*The Kessler Psychological Distress Scale*); SDQ: (*The Strengths & Difficulties Questionnaire Parent*), APSI: (*The Autism Parenting Stress Index*).

Tabla 2 Modelos de regresión lineal multivariante con los problemas de conducta como variable dependiente

Modelo 1					
Variables	Coefficientes	Error	IC	t	p
Edad	0,008	0,014	-0,020/0,036	0,546	0,587
Género	0,089	0,514	-0,939/1,117	0,173	0,863
Nivel educativo					
Secundarios	-0,863	0,498	-1,859/0,133	-1,732	0,088
Universitarios	-1,040	0,543	-2,126/0,046	-1,916	0,060
Severidad del autismo (ADOS)	-0,289	0,092	-0,473/-0,105	-3,129	0,003**
Conducta adaptativa (ABAS)	-0,022	0,015	-0,052/0,008	-1,453	0,151
Ansiedad de los padres (APSI)	0,122	0,021	0,080/0,164	5,821	0,000***
Modelo 2					
Variables	Coefficientes	Error	IC	t	p
Edad	-0,021	0,013	-0,047/0,005	-1,622	0,110
Género	0,770	0,463	-0,156/1,696	1,663	0,101
Nivel educativo					
Secundarios	-0,448	0,691	-1,830/0,934	-0,648	0,591
Universitarios	-1,199	0,576	-2,351/-0,047	-2,184	0,032*
Severidad del autismo (ADOS)	-0,301	0,123	-0,547/-0,055	-2,443	0,017*
Conducta adaptativa (ABAS)	-0,012	0,013	-0,038/0,014	-0,937	0,352
Malestar psicológico de los padres (K-10)	0,173	0,032	0,109/0,237	5,357	0,000***

Nota: IC: intervalo de confianza. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Modelo 1: R^2 ajustado = 0,414.

Modelo 2: R^2 ajustado = 0,369

significativa entre las funciones adaptativas y los problemas emocionales y conductuales en los modelos estudiados.

Aunque hay evidencia de cierta disminución de los síntomas de autismo y de los problemas conductuales a lo largo del tiempo³⁹, el autismo es un trastorno sin cura que presenta múltiples cambios para las familias en cada escenario del curso de la vida. Esas experiencias de estrés diario pueden tener un impacto negativo en el bienestar de los padres y algunos estudios informan de que los

padres de niños con este trastorno experimentan elevados niveles de estrés como cuidadores⁴⁰. Los problemas de conducta presentados por muchos niños con el espectro autista son una de las fuentes más significativas de estrés para las familias²² y por lo tanto podría ser un modelo explicativo de la asociación positiva existente en nuestro estudio y que coincide también con el último metaanálisis²⁵.

De manera consistente, el modelo propuesto por Hastings²², describe que los problemas emocionales y

Tabla 3 Modelos de regresión lineal multivariante con los problemas emocionales como variable dependiente

Modelo 1					
Variables	Coefficientes	Error	IC	t	p
Edad	0,048	0,016	0,016/-0,080	2,964	0,004**
Género	-0,092	0,595	-1,282/1,098	0,155	0,876
Nivel educativo					
Secundarios	0,683	0,577	-0,471/1,837	-1,183	0,241
Universitarios	0,802	0,631	-0,352/1,016	-1,271	0,208
Severidad del autismo (ADOS)	0,009	0,107	-0,205/0,223	0,084	0,934
Conducta adaptativa (ABA-II)	0,026	0,017	-0,008/0,060	-1,477	0,145
Ansiedad de los padres (APSI)	0,078	0,024	0,030/0,126	3,196	0,002**
Modelo 2					
Variables	Coefficientes	Error	IC	t	p
Edad	0,034	0,018	-0,002/0,070	1,886	0,064
Género	0,289	0,638	-0,987/1,565	0,452	0,652
Nivel educativo					
Secundarios	-0,335	0,607	-1,611/0,879	-0,552	0,582
Universitarios	0,943	0,662	-0,381/2,267	-1,424	0,159
Severidad del autismo (ADOS)	0,028	0,111	-0,194/0,250	0,249	0,804
Conducta adaptativa (ABA-II)	-0,025	0,019	-0,060/0,013	-1,282	0,204
Malestar psicológico de los padres (K-10)	0,078	0,038	0,002/0,154	2,056	0,044*

Nota: IC: intervalo de confianza. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Modelo 1: R^2 ajustado = 0,246

Modelo 2: R^2 ajustado = 0,173

conductuales en niños con TEA, incrementan el estrés parental, lo cual sucesivamente compromete la habilidad del padre para dedicarse a conductas parentales positivas que deberían usualmente servir para apoyar el funcionamiento emocional y conductual del niño. De esta forma puede existir un efecto de retroalimentación bidireccional donde ambas variables se potencien, es decir, el estrés/malestar psicológicos de los padres afecte al funcionamiento emocional y conductual de estos niños y a su vez este funcionamiento, empeore el estrés y malestar psicológico de los padres.

Una de las fortalezas de este estudio es el cuidadoso reclutamiento de niños menores de 6 años, con una participación alta de más del 80% a pesar de que los reclutamientos con niños tan pequeños resultan en muchas ocasiones difíciles. Además, todos los niños fueron evaluados con pruebas observacionales de confirmación diagnóstica *gold standard*, ADOS-2, además, del diagnóstico clínico que presentaban. Existen pocos estudios centrados en niños preescolares, menores de 6 años de edad. Así, en la última revisión sistemática de Yorke et al., 2018, de los 67 estudios incluidos sólo 9 se centraban en la primera infancia de niños con menos de 6 años.

En el presente estudio, el informante de problemas emocionales y conductuales en niños fue el mismo padre que puntuó su propio estrés y problemas de salud mental, por lo cual los datos del cuestionario recogido de la misma fuente pueden estar relacionados por razones distintas con una asociación verdadera entre los conceptos de interés; es posible que los padres que experimentan mayor estrés psicológico también perciban ciertas conductas del niño como más problemáticas que otros padres⁴¹. En segundo lugar, la dependencia de una sola fuente de información (principalmente las madres) de niños con problemas emo-

cionales y conductuales, puede limitar la aplicabilidad de las relaciones vistas con distrés psicológico parental a ciertas condiciones. Así pues, aunque este estudio aporta a la literatura pruebas de que existe una relación entre el estrés y el malestar psicológico en los padres y los problemas emocionales y conductuales en los niños con TEA, al tratarse de un estudio trasversal, no podemos establecer relaciones de causalidad ni de bidireccionalidad.

Implicaciones y futuras líneas de investigación

El presente estudio no solo añade evidencia a la literatura de TEA y alteraciones coexistentes, sino que además tiene importantes implicaciones a nivel clínico. En primer lugar, existe poca investigación sobre el rol de las familias en la población con TEA. Es evidente que existe una fuerte influencia de la genética en la etiología del autismo y puede que haya influido en la falta de investigación sobre los factores ambientales familiares. El impacto negativo que tuvo la desacreditada teoría de «madres neveras» en la etiología del autismo, puede que justifique parcialmente la supresión de la investigación en esta área⁴². Sin embargo, la influencia familiar y parental se considera un factor importante en el desarrollo y pronóstico de la psicopatología en niños con desarrollo normal⁹. Por consiguiente, el presente estudio pretende clarificar el posible efecto del ambiente familiar, focalizado en estrés y malestar psíquico de los padres, en el desarrollo de la salud mental en la población con TEA y las líneas futuras de investigación a seguir.

Otra importante línea a seguir sería examinar si la relación existente entre estrés/malestar de los padres y problemas de salud mental en niños con TEA, es moderado por otras características familiares tales como la estructura

y cohesión familiar. Por ejemplo, Mink y Nihira⁴³ encontraron un flujo de efecto de padres a hijos en familias más cohesionadas y de niños a padres en familias más controladoras sobre el niño.

Podría ser también beneficioso explorar otras alteraciones coexistentes en la población con TEA tales como síntomas de hiperactividad, obsesiones y desregulación emocional y su relación con el estrés y malestar psicológico de los padres.

Como sugieren los resultados de este estudio, un posible punto de intervención en las alteraciones conductuales y emocionales coexistentes en esta población, sería tratar el estrés/malestar psicológico de los padres. En otras condiciones, los programas de psicoeducación/psicoterapia grupal de padres han demostrado un significativo beneficio en la reducción de la sintomatología del niño. Por ejemplo, programas focalizados en mejorar la relación padres-hijos tales como *Incredible Years*⁴⁴ o programas que integren componentes de *mindfulness* y aceptación dentro de un paquete de tratamiento que haya demostrado evidencia científica en niños y adolescentes⁴⁵.

En resumen, a pesar de que existen las limitaciones mencionadas anteriormente, el presente estudio añade evidencia tanto en TEA como en problemas coexistentes y estrés/malestar psicológico en los padres. Este estudio además sienta las bases para realizar futuros estudios para explorar la relación existente entre factores parentales y problemas emocionales y conductuales en niños con diagnóstico de TEA. Además, también sugerimos que el estrés y el malestar de padres con niños con TEA puede ser un punto de intervención desde la primera infancia dentro de un paquete de intervenciones y tratamientos para mejorar el desarrollo emocional y conductual de estos niños.

Conflicto de intereses

El autor principal declara que no existe conflicto de intereses y agradece a la Fundación Alicia Koplowitz por el apoyo con la beca de retorno que le permitió comenzar con este proyecto. También agradece a los familiares por su participación. Sin ellos, no serían posibles los avances en la ciencia.

Bibliografía

- Baio J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network 11 sites, United States, 2010. *MMWR*. 2014;63:1–21.
- Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:921–9.
- McStay RL, Dissanayake C, Scheeren A, Koot HM, Begeer S. Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism*. 2014;18:502–10.
- Vasilopoulou E, Nisbet J. The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;23:36–49, 2016.
- Gordon-Lipkin E, Marvin AR, Law JK, Lipkin PH. Anxiety and mood disorder in children with autism spectrum disorder and ADHD. *Pediatrics*. 2018;141:e20171377.
- Lundström S, Reichenberg A, Melke J, Råstam M, Kerekes N, Lichtenstein P, et al. Autism spectrum disorders and coexisting disorders in a nationwide Swedish twin study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:702–10.
- Hallett V, Lecavalier L, Sukhodolsky DG, Cipriano N, Aman MG, McCracken JT, et al. Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2013;43:2341–52.
- Keyser D, Ahn H, Unick J. Predictors of behavioral problems in young children 3 to 9 years old: The role of maternal and child factors. *Child Youth Serv Rev*. 2017;82:149–55.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H. The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:487–96.
- Bagner DM. Father's role in parent training for children with developmental delay. *J Fam Psychol*. 2013;27:650–7.
- Stone LL, Mares SH, Otten R, Engels RC, Janssens JM. The co-development of parenting stress and childhood internalizing and externalizing problems. *J Psychopathol Behav Assess*. 2015;38:76–86, 1.
- Eley TC, McAdams TA, Rijdsdijk FV, Lichtenstein P, Narusyte J, Reiss D, et al. The intergenerational transmission of anxiety: a children-of-twins study. *Am J Psychiatry*. 2015;172:630–7.
- McAdams TA, Rijdsdijk FV, Neiderhiser JM, Narusyte J, Shaw DS, Natsuaki MN, et al. The relationship between parental depressive symptoms and offspring psychopathology: evidence from a children-of-twins study and an adoption study. *Psychol Med*. 2015;45:2583–94.
- D'Onofrio BM, Van Hulle CA, Waldman ID, Rodgers JL, Rathouz PJ, Lahey BB. Causal inferences regarding prenatal alcohol exposure and childhood externalizing problems. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:1296–304.
- Bauminger N. The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. *J Autism Dev Disord*. 2002;32:283–98.
- Osborne LA, Reed P. Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Res Autism Spectr Disord*. 2010;4:405–14.
- Boonen H, Maljaars J, Lambrechts G, Zink I, Van Leeuwen K, Noens I. Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Res Autism Spectr Disord*. 2014;8:716–25, 1.
- Midouhas E, Yogaratnam A, Flouri E, Charman T. Psychopathology trajectories of children with autism spectrum disorder: the role of family poverty and parenting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:1057–65, 1.
- Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*. 2009;13:375–87.
- Bolton C, Calam R, Barrowclough C, Peters S, Roberts J, Wearnden A, et al. Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44:242–54.
- Deater-Deckard K, Sewell MD, Petrill SA, Thompson LA. Maternal working memory and reactive negativity in parenting. *Psychol Sci*. 2010;21:75–9.
- Hastings RP, Brown T. Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *Am J Ment Retard*. 2002;107:222–32.
- Sameroff A. The transactional model. Washington. American Psychological Association. 2009.
- Guralnick MJ. Why early intervention works: A systems perspective. *Infants Young Child*. 2011;24:6–28.

25. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: a systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2018;48:3393–415.
26. Silva LM, Schalock M. Autism parenting stress index: Initial psychometric evidence. *J Autism Dev Disord*. 2012;42:566–74.
27. Kessler RC, Andrews G, Colpe L, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. Cambridge (ma): department of health care policy. *Psychol Med*. 2002;32:959–76, 2002.
28. Stolk Y, Kaplan I, Szwarc J. Clinical use of the Kessler psychological distress scales with culturally diverse groups. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23:161–83.
29. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581–6.
30. Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, De las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol*. 2012;12:265–79.
31. Harrison P, Oakland T. Adaptive Behavior Assessment System (2.^a ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2003.
32. Rust JO, Wallace MA. Test review: Adaptive Behavior Assessment System. *Journal of psychoeducational Assessment*. 2004;22:367–73.
33. Gioia GA, Andrews K, Isquith PK. BRIEF®-P. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources (PAR); 1996.
34. Bausela E. BRIEF-P: Validation Study in Children in Early Childhood With Neurodevelopmental Disorders. *SAGE Open*. 2019;9, 2158244019879166.
35. Lord C, Rutter M, DiLavore P, Risi S, Gotham K, Bishop S. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition. Torrance, CA.: Western Psychological Services.; 2012.
36. Kamp-Becker I, Albertowski K, Becker J, Ghahreman M, Langmann A, Mingebach T, et al. Diagnostic accuracy of the ADOS and ADOS-2 in clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27:1193–207.
37. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14:1–27, 1.
38. Shah A, Wing L. Cognitive impairments affecting social behavior in autism. En: Schopler E, Mesibov G, editores. *Social behavior in autism*. Boston: Springer; 1986. p. 153–69.
39. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L, Greenberg JS. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2004;10:234–47.
40. Giovagnoli G, Postorino V, Fatta LM, Sanges V, De Peppo L, Vassena L, et al. Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2015;45-46:411–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2015.08.006>.
41. Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O'Callaghan M, et al. Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:592–602.
42. Ramachandran VS, Oberman LM. Broken mirrors. *Sci. Amer*. 2006;295:62–9, 1.
43. Mink IT, Nihira K. Direction of effects: Family life styles and behavior of TMR children. *Am J Ment Defic*. 1987;92:57–64.
44. Webster-Stratton C, Reid MJ. The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. 2003.
45. Kazdin AE, Weisz JR (Eds.). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: The Guilford Press; 2017. p. 224-40.