UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

REGULACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES SOCIALES EN MADRES, PADRES O CUIDADOR PRINCIPAL DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

PRESENTADA POR

Florencia Mariana González Palomino

LEGAJO 12862

Tutor: Dr.Ángel Elgier

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Octubre de 2020, Buenos Aires, Argentina

Agradecimientos

A mis padres Patricia y José

Por brindarme la oportunidad de llegar hasta aquí y su apoyo incondicional, sin ellos no hubiera sido posible.

A mi abuelos Mercedes y Ramón

Por haber inculcado la importancia del estudio y por su amor que me ha fortalecido a lo largo de la vida y por haberme acompañado día a día en cada paso que he dado.

A mis tíos, a mis primas y hermanos

Por acompañarme en cada etapa y alentarme frente a las adversidades. Especialmente a Claudia por brindarme su más cálido afecto y por su abrazo contenedor ante las dificultades.

A Maite

Por llegar a mi vida e iluminar el camino aún siendo tan pequeña. Por su inocencia y amor que me ha guiado.

A mi pareja

Por saber entenderme, por su gran paciencia y por motivarme ante momentos de preocupación.

A mis amigos

Por estar en cada paso, especialmente a Daniela por su gran solidaridad y compañerismo en los cinco años de amistad.

A los padres

Por participar e interesarse en la investigación aún en contexto de Pandemia.

Al Dr. Ángel Elgier

Por darse el tiempo de dirigir la tesis y responder a cada consulta de la misma.

Agradecer a cada persona que de una u otra manera ha sido partícipe en este largo camino que recién comienza.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las diferencias de Regulación Emocional y Habilidades Sociales en madres, padres o cuidador principal de niños con y sin diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Para la medición de dichos constructos se administró un protocolo compuesto por el *Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva* en su versión adaptada al español (Medrano et al., 2013), *Escala de Habilidades Sociales* (Gismero, 2002) y un Cuestionario sociodemográfico. Los participantes contestaron de manera voluntaria y de forma on-line a través de la plataforma Google Forms. La muestra estuvo compuesta por 45 sujetos residentes del Gran Buenos Aires con edades comprendidas entre 23 y 51 años (M=33,08; DE=8,06), el 67,4% su identidad de género fue femenino (N=31) y el 30,4% masculino (N=14). El 43,5% de los padres tienen hijos con diagnóstico (N=20) y el 54,3 sin diagnóstico (N=25). Los resultados obtenidos dieron cuenta que las habilidades sociales correlacionan con la dimensión catastrofización en madres y padres de niños con autismo. A demás, presentan una relación con la dimensión Culpar a Otros según la edad. Por otro lado, se analizó las variables psicológicas teniendo en cuenta las características sociodemográficas, respecto a la Identidad de Género no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa, sin embargo existe diferencia entre la dimensión Focalización Positiva y Autoculparse según el Estado Civil de dichos padres, en cuanto al Nivel Educativo no se encontró correlación. Finalizando, los padres de hijos sin autismo presentan mayor Aceptación y Catastrofización según la edad, utilizando en mayor medida la estrategia Culpar a Otros a diferencia de los padres de niños con autismo.

Palabras claves: Regulación Emocional Cognitiva, Habilidades Sociales, Autismo, Padres

Abstract

The objective of the present work was to evaluate the differences in Emotional Regulation and Social Skills in mothers, fathers or main caregivers of children with and without a diagnosis of Autism Spectrum Disorder. To measure these constructs, a protocol composed of the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire in its version adapted to Spanish (Medrano et al. 2013), Social Skills Scale (Gismero, 2002) and a sociodemographic Questionnaire were administered. Participants answered voluntarily and online through the Google Forms platform. The sample consisted of 45 subjects residing in Greater Buenos Aires with ages between 23 and 51 years (M = 33.08; SD = 8.06), 67.4% their gender identity was female (N = 31) and 30.4% male (N = 14). 43.5% of parents have children with a diagnosis (N = 20) and 54.3 without a diagnosis (N = 25). The results obtained showed that social skills correlate with the catastrophizing dimension in mothers and fathers of children with autism. In addition, they present a relationship with the dimension Blaming Others according to age. On the other hand, the psychological variables were analyzed taking into account the sociodemographic characteristics, with respect to Gender Identity, no statistically significant difference was obtained, however there is a difference between the Positive Focus dimension and Self-blame according to the Marital Status of said parents, in terms of At the Educational Level, no correlation was found. Finally, parents of children without autism show greater Acceptance and Catastrophization according to age, using the Blame Others strategy to a greater extent than do parents of children with autism.

Keywords:Cognitive emotional regulation, Social skills, Autism, Parents

Índice General

Agradecimientos ..... **i**

Resumen ..... **ii**

Abstract ..... **iii**

Introducción **1**

1.1 Justificación y Relevancia 3

1.1.1 Teórica 3

1.1.2 Práctica 3

1.1.3 Social 4

Capítulo I **5**

Estado del Arte **5**

Capítulo II **16**

Marco Teórico **16**

2.1 Regulación Emocional 16

2.1.1 Emoción 16

2.1.2 Regulación Emocional 18

2.1.3 Déficits en la Regulación Emocional 23

2.2 Habilidades Sociales 24

2.2.1 Origen de las Habilidades Sociales 24

2.2.2 Definición de Habilidades Sociales 25

2.2.3 Conductas Asertivas 28

2.2.4 Conductas No Asertivas 30

2.2.5 Competencia Social 31

2.2.6 Déficits en Habilidades Sociales 33

2.3 Trastorno del Espectro Autista 34

2.3.1 Evolución Histórica 34

2.3.2 Definición del Trastorno del Espectro Autista 38

2.3.3 Teorías explicativas del Autismo 40

2.3.3.1 Teoría de la Mente 40

2.3.2 Teoría de Coherencia Central 42

2.3.3 Teoría de la Función Ejecutiva 42

2.3.3 Consecuencias del Cuidador Primario 44

Capítulo III 47

Apartado Metodológico 47

3.1 Objetivo General 47

3.2 Objetivos Específicos 47

3.3 Hipótesis: 47

3.4 Tipo de Estudio 48

3.5 Tipo de Diseño 48

3.6 Muestra 48

3.6.1 Criterios de inclusión 48

3.6.2 Criterios de exclusión 49

3.7 Instrumentos 49

3.7.1 Cuestionario socio demográfico 49

3.7.2 Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva 49

3.7.3 Escala de Habilidades Sociales 49

3.8 Procedimientos 50

3.9 Análisis de los resultados 50

Capítulo IV 51

Resultados 51

4.1 Caracterización de la muestra 51

4.1.1 Caracterización de la muestra según datos socio demográficos 51

4.1.2 Distribución de la muestra según lugar de residencia 52

4.1.3 Distribución de la muestra según Estado Civil 52

4.1.4 Distribución de la muestra según diagnóstico TEA 53

4.1.5 Distribución de la muestra según nivel de estudios 53

4.2 Confiabilidad de la muestra 54

4.3 Descripción de las Variables y Prueba de Normalidad 55

4.4 Análisis de Diferencia de grupo entre las Variables. 57

4.4.1 Comparaciones entre grupo según Identidad de género 59

4.4.2 Comparaciones entre grupos según Estado Civil 60

4.5 Análisis de Correlación de Variables 61

4.5.1 Correlación entre variables según Edad 63

4.5.2 Correlación entre variables según Nivel Educativo 64

Capítulo V 67

Discusión, Limitaciones y Conclusiones **67**

Referencias Bibliográficas **74**

Anexos **83**

Índice de gráficos y tablas

Tabla 1. Tipos de comportamientos de las Habilidades Sociales 34

Gráfico 1. Distribución de la variable Identidad de Género en la muestra 52

Gráfico 2. Distribución de la variable Lugar de Residencia en la muestra 53

Gráfico 3. Distribución de la variable Estado Civil en la muestra 53

Gráfico 4. Distribución de la variable Diagnóstico TEA en la muestra 54

Gráfico 5. Distribución de la variable Nivel de Estudios en la muestra 55

Tabla 2. Estadísticosdescriptivos de las variables de investigación 57

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable edad 58

Tabla 4. Comparaciones entre grupos según diagnóstico TEA (T. de Student) 58

Tabla 5. Comparaciones entre grupos según diagnóstico TEA (U de Mann Whitney) 59

Tabla 6. Comparaciones entre grupos según la variable Identidad de género (T. de Student) 60

Tabla 7. Comparaciones entre grupos según la variable Identidad de género (U de Mann Whitney) 61

Tabla 8. Comparaciones entre grupos según la variable Estado Civil (T. de Student) 61

Tabla 9. Comparaciones entre grupos según la variable Estado Civil (U de Mann Whitney) 62

Tabla 10. Correlación de las variables Habilidades Sociales y Regulación Emocional según Diagnóstico TEA 63

Tabla 11. Correlación de las variables Habilidades Sociales y Regulación Emocional según la variable Edad (Rho de Spearman) 64

Tabla 12. Correlación de las variables Habilidades Sociales y Regulación Emocional según Nivel Educativo (Rho de Spearman) 66

Introducción

Para comprender qué es el autismo, Wing (1981) consideró implementar el concepto de "espectro autista" teniendo en cuenta al autismo como un continuo en vez de una categoría definida, ya que el cuadro se presenta en diversos grados en diferentes períodos del desarrollo: el autismo es un conjunto de síntomas, no es una "enfermedad". La importancia de este término es que puede considerar los síntomas del autismo en una variedad de enfermedades, especificar aproximadamente el grado, leve, moderado o severo y desarrollar pautas educativas. Los síntomas del autismo no se agrupan al azar, sino que tienen una tríada de deterioro específica: comunicación, imaginación e interacción social (Coto, 2007). Aunque en la actualidad no hay consenso científico acerca de las causas del mismo a pesar de las múltiples teorías que abordan la problemática (López, 2006), se puede observar un consenso al señalar la presencia de alteraciones en la tríada mencionada. Bernardo y Martín (1993, citado en Coto, 2007), proporcionan una definición del autismo caracterizándolo por ser un trastorno generalizado que aparece antes de los tres años de vida, presentando alteraciones y déficits en el lenguaje, en la interacción social y la aparición de conductas repetitivas y estereotipadas. Así pues, Torrens (2006) describe que los servicios hacia los familiares de las personas que tienen autismo han ido variando a lo largo de los años según el momento histórico que se encontraba la investigación sobre dicho trastorno. La forma de considerar a la familia ha ido evolucionando, en primer lugar el tratamiento era centrado en la persona dejando de lado a la familia. Luego comienzan a culpabilizarlos y años más tarde dan cuenta que estos mismos juegan un papel primordial en el tratamiento por lo cual no solo los desculpabilizan sino que son considerados como agentes importantes. A mediados de los años 70, los padres empiezan a ser partícipes del tratamiento de su hijo como posibles potenciadores del desarrollo de los mismos. Por lo tanto, Ruiz et al. (2012) argumentan que el diagnóstico (DX) del Trastorno del Espectro

Autista (TEA) implica cierto nivel de discapacidad, lo que hace necesario la presencia de un cuidador dependiendo de la gravedad de los síntomas. Ante la presencia de un hijo con TEA, en general son los padres quienes se hacen cargo de la prestación de los cuidados, no obstante todos los miembros de la familia se ven afectados ya que se alteran las actividades cotidianas, sus relaciones sociales, la salud y enfrentan diversas sobrecargas (de Melo et al., 2019). Es por eso, que se pretende estudiar en profundidad variables psicológicas como Regulación Emocional (RE) y Habilidades Sociales (HS), esta última es entendida como un conjunto de hábitos en nuestras conductas, pensamientos y emociones que nos proporcionan relaciones interpersonales satisfactorias, bienestar con los demás y una comunicación eficaz con los otros (Roca, 2014). La regulación de las emociones y las habilidades sociales incluyen la capacidad de expresar nuestras emociones con plena consideración del impacto en los demás, ayudar a otros a experimentar emociones positivas minimizando las negativas y por último, poder beneficiarse de las relaciones interpersonales para lograr metas y objetivos (Gutiérrez y López, 2015).

En la actualidad, se enfrentan grandes desafíos y esfuerzos para dar respuestas a muchas preguntas relacionadas con el autismo, entre estos interrogantes se encuentra: ¿Existe diferencia significativa de Regulación Emocional y Habilidades Sociales en madres, padres o cuidadores primarios de niños con y sin Trastorno del Espectro Autista?

En respuesta a la pregunta de investigación planteada, se realiza este escrito, teniendo como objetivo: Evaluar las diferencias de las dimensiones de Regulación Emocional y Habilidades Sociales en madres, padres o cuidadores primarios de niños con y sin Trastorno del Espectro Autista.

1.1 Justificación y Relevancia

1.1.1 Teórica

La relevancia de este estudio se encuentra particularmente en que hay un vacío de conocimiento científico en cuanto a la investigación vinculada exactamente con las variables mencionadas y sobre todo en la muestra en particular. La mayoría de los estudios realizados se centran en la persona que tiene autismo dejando de lado a los cuidadores primarios y su salud mental, además, si bien se han realizado investigaciones que vinculan regulación emocional y habilidades sociales, la mayoría se han llevado a cabo en estudiantes y no han sido comprobadas en estudios realizados en otras muestras, como por ejemplo en padres con hijos con TEA.

1.1.2 Práctica

El fin de esta investigación es aportar al vacío de conocimiento antes mencionado que permita la apertura a futuras investigaciones, teniendo en cuenta lo planteado. Podría servir de base para estudiantes o profesionales que se interesen por el tema, particularmente Psicólogos que pudieran llegar a tener pacientes en el ámbito clínico o educativo con problemáticas de esta índole y sobre todo relacionadas con las variables del presente estudio. A demás, los datos obtenidos podrían contribuir al tratamiento y herramientas que pueda brindarse a las familias. Por otro lado, poder dar cuenta de los diferentes niveles de regulación emocional y habilidades sociales para poder pensar y crear estrategias de abordaje terapéutico dirigidos tanto a la muestra estudiada como a la población general, ya que conocer las estrategias que impactan significativamente facilitará a la intervención efectiva, incrementando su uso favoreciendo a la salud mental.

1.1.3 Social

Esta investigación invita a replantear y tomar conciencia acerca del tratamiento sobre los niños y niñas con trastorno del espectro autista. La propuesta de este trabajo apunta a concientizar a los profesionales de las ventajas de una atención integrada, teniendo en cuenta la prevención con respecto a la salud mental de los cuidadores primarios de niños con TEA. Se brindará información acerca de las estrategias adaptativas utilizadas para ayudar a desarrollar mejores capacidades, contribuyendo a futuros programas para potenciar los recursos de los padres.

Capítulo I

Estado del Arte

A continuación se expondrán diferentes investigaciones relacionadas con la temática planteada formando parte de los antecedentes en el presente estudio. En primer lugar resulta pertinente señalar que no se ha encontrado suficientes investigaciones de regulación emocional y habilidades sociales en padres de niños con TEA, sin embargo, cabe mencionar los siguientes artículos:

De León (2011) investigó las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia de niños con Trastorno del Espectro Autista. Los sujetos de la muestra fueron cuatro de sexo masculino y cuatro del sexo femenino, con hijos entre 4 y 13 años. Los resultados concluyeron que los padres manejan sentimientos de tristeza, culpabilidad, dolor e incertidumbre. Se determinó que usan esfuerzos para auto controlar sus sentimientos y respuestas emocionales para apoyar a su hijo de manera eficiente ya que asumen responsabilidad y reconocen que tienen un rol principal hacia el cuidado de los mismos, por lo tanto la mayoría de los padres acudieron a la ayuda de familiares y amistades, es decir a las relaciones interpersonales. Se recomendó la utilización de estrategias de afrontamiento sobre las emociones y acudir a la búsqueda de ayuda en las instituciones o apoyo social.

Por otro lado, Tojin (2014) estudió el sentido de vida en las madres que tienen un hijo con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, la muestra estuvo conformada por 15 mujeres entre 25 y 47 años residentes de Guatemala. Se utilizó el instrumento "Cuestionario de opiniones sobre la propia vida" teniendo como objetivo dar cuenta de la opinión que presenta la persona sobre su sentido de vida al momento de realizar el test. Se

concluyó que el 40% de las madres presentaron una falta de sentido de vida, el 46% presenta un sentido de vida incierto y el 13% un sentido de vida definido. Los resultados dieron cuenta que la minoría mostró actitudes positivas, estabilidad emocional y adaptabilidad.

Roque (2017), identificó el bienestar psicológico en padres de hijos diagnosticados con TEA que asisten a ADECINI. Participaron 20 padres residentes de Guatemala, entre ellos 15 mujeres y 5 hombres de edades entre 35 a 50 años, los cuales llevan a su hijo al centro terapéutico desde hace un año. Se administró la Escala de Bienestar Psicológico que comprende sub-escalas como: autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, auto aceptación, relaciones positivas con los otros y propósito de vida. Los resultados obtenidos fueron que los padres presentaron un índice bajo de bienestar psicológico, pues carecen de una actitud positiva hacia sí mismos, sentimientos de desesperanza o ningún control de su ambiente, conflictos con la resolución de problemas así como carencia de autonomía, relaciones positivas con los otros y auto aceptación. En conclusión, se recomendó asistir a terapia durante y después del cuidado del paciente con TEA para sobrellevar la carga emocional que conlleva el presente trastorno.

Continuando, Hernández (2008) indagó de qué manera impacta la presencia de un hijo con autismo al interior de su familia e identificó si el nivel socioeconómico de las familias es significativo al impacto que provoca dicha discapacidad. El tipo de muestra fue no probabilística ya que fue una muestra dirigida relatado por madres y padres residentes de Chile, refiriéndose principalmente a la dinámica familiar antes del diagnóstico y los cambios que sufrió la familia ante la llegada de un hijo con autismo. Se comprobó que la presencia del hijo con síndrome autista provoca trastornos emocionales en los miembros de la familia, teniendo en cuenta etapas como la negación, estados de profunda desesperanza y en la mayoría de los casos derivó en depresión. Se evidenció sentimientos de enojo,

culpa, frustración, en donde la mayoría atravesó un proceso de adaptación en donde intentaron manejar sus sentimientos. Por otro lado, se demostró situaciones de aislamiento social evitando la relación con otros sujetos y demás familiares, las cuales se desentendieron o evitaron interactuar. Lo cual ante un suceso así, los padres están sujetos a mayores tensiones por tanto menos disponibles para atender las demandas sociales y familiares. En cuanto al nivel socioeconómico, se demostró que todos los padres sin importar el nivel socioeconómico, presentaron elevado nivel de frustración y trastornos emocionales. Sin embargo, se diferencian ya que los cuidadores de mayores recursos argumentaron la posibilidad de haber accedido a especialistas y empleadas domésticas que ayudaron con la crianza del niño/a, pero dan cuenta que su hijo no cumple con las expectativas de la sociedad, en cambio los padres con menores recursos manifestaron su frustración por no poder acceder a una atención digna y adecuada, por no tener las herramientas necesarias lo cual conduciría a mayor estrés y angustia. Además, los padres con status más elevado presentaron dependencia farmacológica y/o alcohol asociado a las expectativas respecto al hijo que generó mayor frustración.

En la investigación de Obando (2009) se describió las experiencias y el impacto que ha tenido en sus vidas el ser cuidadores primarios de niños con autismo en la Fundación Sexto Sentido. La muestra estuvo compuesta por 15 cuidadores, 9 mujeres y 6 hombres residentes de Bogotá con hijos diagnosticados con TEA entre 8 y 18 años. Los resultados de la entrevista han evidenciado que sí se ha modificado la cotidianidad de manera significativa haciendo referencia a dos aspectos fundamentales: en cuanto a las esferas sociales, encontrando limitaciones en las relaciones interpersonales por falta de tiempo y recursos económicos y en la esfera laboral ya que los cuidadores tienen empleos de medio tiempo que permita cumplir con las necesidades del niño con autismo.

Continuando, Seguí et al. (2008) investigaron los niveles de sobrecarga, psicopatología y estado de salud experimentados por los cuidadores primarios de niños diagnosticados con TEA. Participaron 40 cuidadores, 38 mujeres y 2 hombres. La edad media oscila entre 32 y 56 años, el 82,5% de los sujetos son casados frente al 5% de solteros, el 2.5% viudos y el 10% separados y divorciados. Se administró un cuestionario socio demográfico, la Entrevista Diagnóstica de autismo Revisada ADI-R, Escala de sobrecarga del cuidador y SCL-90 en las versiones validadas en castellano. La investigación concluyó que los sujetos presentan elevada sobrecarga manifestado menor salud mental y física con respecto a la población en general. Se entendió a la sobrecarga como el impacto que tienen los cuidadores en diferentes esferas sociales ya que presentan continuas demandas que afectan en sus vidas. Los sujetos que presentan un nivel más elevado de sobrecarga poseen mayor afectación física y psicológica puntuando más alto en la dimensión "depresión". Se apoyó la idea de la necesidad de un programa de atención y apoyo para los cuidadores de niños con enfermedades crónicas.

Además, Bagnato (2019) estudió el bienestar emocional en las madres con hijos con TEA teniendo como objetivo describir el bienestar emocional de dichas madres y cómo se relaciona con el hecho de tener un hijo/a con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Se trata de un estudio exploratorio en una población de 40 familias con hijos que asisten al Centro Florecer de San José de Mayo en Uruguay con un rango de edad entre 30 y 55 años y sus hijos de 3 a 30 años de edad. Como criterio de exclusión fue no integrar a madres que estén en grandes momentos de angustia y que no estuvieran en ningún tratamiento psiquiátrico. Los resultados obtenidos fueron que el bienestar emocional se ve comprometido frente a los diagnósticos severos, teniendo en cuenta que los padres dejan de tener tiempo libre y experimentan aislamiento social. Además lo que generó menor bienestar emocional fueron los problemas de conducta, severidad del

trastorno, trastornos del sueño y alimentación representando desafíos que afectan a la dinámica familiar disminuyendo la salud física y psicológica haciendo grandes modificaciones en la vida cotidiana. El presente estudio concluyó que es necesario la contención emocional ya que el impacto sería menor, por lo tanto la intervención terapéutica y los apoyos profesionales son elementos que deben tomarse en cuenta a la hora de presentar estrategias.

Por otro lado, Rodríguez et al. (2014) estudiaron la relación existente entre estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas en padres de hijos con diagnóstico Trastorno del Espectro Autista. El enfoque fue cuantitativo de tipo correlacional, con un diseño no experimental- transversal. Se contó con la participación de 31 padres y madres de la institución Asopormen, a los cuales se les aplicó un Cuestionario Socio demográfico y la Escala de Estrategias de Coping-Modificada [EEC-M]. Los resultados fueron que las características socio demográficas correlacionan con el número de hijos y las estrategias de evitación cognitiva, evitación emocional y negación, entre el género femenino y las estrategias de reacción agresiva, religión y espera. Además, con respecto al estado civil, los padres casados utilizan mayores estrategias para la búsqueda de apoyo profesional a diferencia de los solteros. Finalizando, en cuanto a la ocupación, las madres ama de casa correlacionaron positivamente con la estrategia de afrontamiento Religión, y los padres que cambiaron de trabajo frente al diagnóstico de su hijo con la estrategia Reevaluación Positiva.

Asimismo, Gutiérrez y Guaba (2017) estudiaron las estrategias de afrontamiento en padres de hijos/as diagnosticados con TEA para el manejo de estrés. Utilizaron un enfoque mixto de tipo descriptivo con un diseño no experimental. Para la medición se ha administrado el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés [CAE] y una encuesta en general para determinar las características socio demográficas. La muestra consistió en 15 padres

de hijos con TEA que asistan al Centro de Atención Psicológica y del Lenguaje donde estuvo compuesta por el 67% de madres y el 33% de padres. Los autores concluyeron que el 67% de los padres están casados y que la estrategia más utilizada es la Focalización en la Solución de Problemas, infiriendo que los padres establecieron planes de acciones continuos con el objetivo de obtener mejorías frente al diagnostico de su hijo. Además, utilizan estrategias para centrarse en los aspectos positivos con tendencia a ver de forma optimista diversas situaciones. Por otro lado, se infirió que suelen expresar sus emociones a sus amigos y familiares la mayor parte del tiempo mostrando la necesidad de recibir ayuda.

En la investigación de Mesa- Hernández (2015) se estudió las consecuencias sociales en los padres y madres que tienen hijos con diagnóstico de TEA en una muestra de 24 padres, 8 hombres y 14 mujeres de la Asociación de Padres de Personas con Autismo de Tenerife con edades comprendidas de 41 a 50 años aproximadamente, el 63% de las familias quien se ocupa del cuidado principal, es la madre. La investigación fue de tipo cualitativa donde se utilizó la entrevista abierta como técnica principal. La hipótesis fue que los padres presentan importantes consecuencias sociales, los resultados concluyeron que las relaciones sociales se ven reducidas al máximo ya que la propia sociedad no comprende lo que es el autismo. Además las actividades de ocio se reducen al máximo y las relaciones familiares fueron afectadas por el desgaste sufrido por parte de los cuidadores, estos mismos infieren que no recibieron el apoyo necesario por parte de la familia.

Con respecto a la revisión bibliográfica de las variables psicológicas mencionadas, Andrés et al. (2017) analizaron las estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes de la Universidad Católica Argentina. La muestra estuvo conformada por 40 alumnos, el 50% pertenecían a la carrera Psicología y 50% de la

carrera Ingeniería, presentando una edad promedio de 21 años. Se administró el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva [CERQ] en su versión adaptada al español y el Inventario de Depresión. Los resultados obtenidos informaron que las mujeres utilizan en mayor frecuencia las estrategias de regulación emocional, sin embargo, el género no sería predictor sobre la utilización de las ECRE, excepto en la dimensión Rumiación en donde se observó una diferencia significativa con respecto a los varones. Las dimensiones Rumiación y Focalización Positiva resultaron predictores de los síntomas de depresión.

Por otro lado, Canedo et al. (2019) investigaron la relación funcional entre el uso de las Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional [ECRE] con los niveles de Bienestar Psicológico (BP) y Bienestar Social (BS) en una población de 84 estudiantes universitarios de edad promedio de 23 años. Para la evaluación de las ECRE se utilizó la adaptación española del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva [CERQ]. Por otro lado, para evaluar BS se utilizó la adaptación de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo y la adaptación de la Escala Satisfacción con la Vida, para medir BP se administró la Escala de Bienestar Psicológico. Los resultados mostraron que las estrategias cognitivas de regulación emocional se asociaron positivamente a ambos tipos de bienestar, las de mayor correlación fueron Reevaluación Positiva y Planificación, las estrategias de escasa asociación fueron Culpara Otros, Aceptación y Toma de Perspectiva. Por lo tanto, los autores concluyeron que mayor uso de las estrategias, tendrá como resultado mayor experiencia de afecto positivo, controlando de manera adecuada los eventos emocionalmente activos, reduciendo la sintomatología y aumentando el bienestar percibido por el sujeto.

Continuando, en la investigación que realizaron Urzúa et al. (2016) se ha estudiado la calidad de vida y dificultades en la regulación emocional en la vida adulta. La muestra consistió en 1190 sujetos de los cuales 591 fueron hombres y 599 mujeres con edad promedio entre 18 y 65 años. Para evaluar calidad de vida, se administró la adaptación del cuestionario WHOQOL-BREF y para medir Dificultades en la Regulación Emocional se utilizó la versión española de Escala de Dificultades en Regulación Emocional. Los resultados obtenidos dieron cuenta que ambas variables se relacionan de manera inversa, es decir, a mayor dificultad en la regulación de las emociones se espera menor calidad de vida. Se ha evidenciado diferencias dada por la edad ya que en los grupos jóvenes se observa la interferencia emocional produciendo efectos negativos en la calidad de vida, contrariamente en los grupos de mayor rango de edad, fue la desatención emocional lo que puntúa negativamente en la CV.

En la investigación realizada por Mikulic et al. (2014) evaluaron las competencias socioemocionales en 53 adultos mayores (edad promedio entre 61 y 79 años) comparándolos con 53 jóvenes adultos (20 y 40 años), residentes argentinos del Gran Buenos Aires. Se utilizó para ambos grupos un cuestionario socio demográfico y el Inventario de Competencias socioemocionales [ICSE] que evalúa: conciencia de emociones, regulación emocional, empatía, comunicación expresiva, autoeficacia, asertividad, optimismo y comunicación expresiva. Los resultados obtenidos indicaron que los adultos mayores poseen significativamente mayor asertividad, optimismo, comunicación expresiva y consciencia emocional, autonomía y regulación emocional.

Por otro lado, en el estudio que realizó Domínguez- Lara (2016), el objetivo fue evaluar las estrategias cognitivas de regulación emocional y la inteligencia emocional en una muestra de 145 sujetos de edad promedio entre 18 y 52 años. Se administraron dos instrumentos: Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva – 18 [CERQ-18] y Brief

Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens [EQ-i-M20].Los resultados han dado cuenta que ambas variables se relacionaron, es decir, los sujetos que presentaron mayor adaptabilidad, mejor manejo de estrés y estado de ánimo mostraron relaciones más consistentes de las ECRE, ya que teóricamente presentan control sobre sus reacciones emocionales haciendo frente a las demandas del contexto, garantizando la elección adecuada de diferentes estrategias para cada situación en particular. Las personas más reflexivas tienden a usar estrategias más elaboradas y racionales contrariamente de las automáticas.

Fernández-Berrocal y Extremera (2003) estudiaron la diferencia de género en diferentes medidas de salud mental en 396 participantes, donde 186 fueron mujeres y 210 hombres con edades comprendidas entre 13 y 20 años, pertenecientes de Institutos del Málaga. Se ha administrado el Cuestionario de Inteligencia Emocional Intrapersonal [TMMS], que evaluó: Atención de los propios sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones, el Inventario de supresión de los sentimientos negativos [WBSI] y la Escala de Salud Mental [MH-5] que evaluó el grado de sintomatología ansiosa y depresiva que ha experimentado el sujeto en el último mes. Los resultados dieron cuenta que las mujeres presentaban mayor atención y focalización en los sentimientos que los hombres, además, presentaron mayor rumiación y menor salud mental en comparación. Los hombres tuvieron mayor facilidad para reparar emociones negativas y mantener las positivas. Concluyendo y confirmando la hipótesis que las mujeres presentaron menor ajuste emocional y mayores niveles de supresión emocional.

Continuando, García et al. (2014) estudiaron las habilidades sociales en hombres y mujeres con edades comprendidas entre 18 y 25 años, residentes de Córdoba. Se administró un Cuestionario de Habilidades Sociales para Universitarios [CHS-U] en una muestra de 1067 estudiantes donde 648 eran mujeres y 419 hombres. Los resultados fueron

que las mujeres presentaron mayores habilidades con respecto a la oposición asertiva, la empatía y las habilidades de comunicación, mientras que los hombres presentaron diferencia significativa en las habilidades afectivas-sexuales. Los autores concluyeron que en general, los hombres han presentado mayor déficits en la expresión de sentimientos positivos y en la inhibición de conducta dirigida a interactuar con personas de distinto genero por lo cual, se recomendó enfatizar en el entrenamiento de las habilidades sociales teniendo en cuenta el género.

A demás, Esconda et al. (2010) realizaron una investigación de competencia emocional y habilidades sociales en 621 estudiantes universitarios donde el 86,5% eran mujeres y sus edades estaban comprendidas entre 18 y 46 años. Se utilizó la Escala de Habilidades Sociales [EHS] y El Cuestionario de desarrollo emocional de adultos [QDE-A]. Se obtuvo una correlación significativa entre varios aspectos de la capacidad emocional (conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, capacidad social y capacidad para la vida y el bienestar) y el número total de habilidades medidas por EHS. En comparación con quienes se destacan por su propia inseguridad o dependencia emocional de los demás, quienes tienen mayor confianza y seguridad en sí mismos son más capaces de iniciar y mantener relaciones sociales positivas. Los autores concluyeron que los sujetos competentes a nivel emocional también lo son a nivel social ya que las habilidades sociales se relacionan fuertemente con la competencia emocional.

Finalizando, Pereira et al. (2016) evaluaron las habilidades sociales y los factores de riesgo y de protección en la adultez, participaron 521 sujetos entre 18 y 30 años residentes de Brasil en donde la muestra predominó de mujeres. Se administraron diversos instrumentos, en primer lugar la Escala multidimensional de expresión social, que evaluó las habilidades sociales y los pensamientos negativos, la Escala de ansiedad dimensional - Trastorno de ansiedad social, un Cuestionario para jóvenes brasileños que investigó

cuestiones sobre educación, salud, trabajo, conductas de riesgo, por consiguiente el Cuestionario para evaluar las relaciones de amistad y por último la Escala de satisfacción laboral OSI. Los resultados mostraron relaciones significativas entre HS y factores protectores, en los jóvenes mayores se observó que poseen más habilidades sociales y menos pensamientos negativos en las situaciones sociales. Poseer estrategias de HS puede ayudar a enfrentar diversos problemas y a construir relaciones sociales significativas, por otro lado la presencia de pensamientos negativos incrementa la ansiedad en situaciones sociales.

Capítulo II

Marco Teórico

Se presentarán distintos enfoques teóricos desde los cuales se podrá entender las variables de Regulación Emocional, Habilidades Sociales y Trastorno del Espectro Autista.

2.1 Regulación Emocional

2.1.1 Emoción

Para comprender el concepto de regulación emocional, sería pertinente definir el término "Emoción", la cual presenta numerosos modelos teóricos con gran diversidad de significados, sin embargo muchos autores como Ramos Linares et al. (2009) hacen referencia a las principales funciones: la experiencia subjetiva (aspectos cognitivos), su importancia a la adaptación corporal (activación fisiológica, respuestas motoras) y la comunicación social (facilitan la expresión en situaciones sociales).

Montañés (2005) argumenta que todas las emociones tienen funciones que son de utilidad y permite que el sujeto reaccione con eficacia de manera apropiada, incluso las emociones desagradables tienen funciones de importancia en la adaptación social y el ajuste personal. Las emociones constituyen una parte fundamental en la vida cotidiana ya que es una forma esencial de relacionarse e interpretar estímulos. Las personas evalúan sus emociones y recurren al uso de diversas estrategias con el objetivo de ejercer, mantener o disminuir algún tipo de dominio sobre las mismas para alcanzar a una meta planteada, por lo cual no solo permite modular la intensidad de respuesta emocional sino que además, producen cambios en el tipo y valencia de la emoción que experimenta en dicha situación (Koole, 2009, citado en Medrano et al., 2013). A continuación, se presenta una síntesis de las distintas teorías que explican el origen de la experiencia de la emoción en el ser humano.

Desde la posición evolucionista asumen los principios darwinistas de que las emociones cumplen un papel primordial en la evolución ya que facilita respuestas adaptativas que exigen las situaciones ambientales, además existe una serie de emociones básicas de las cuales se derivan emociones secundarias y estas mismas aparecen en todos los seres humanos. Tanto la expresión como el reconocimiento de las mismas son innatas y universales (Montañés, 2005).

Desde la teoría de Lange (1890, citado en Montañés, 2005) la emoción aparece como consecuencia de la percepción de los cambios fisiológicos producidos por un evento, cada reacción emocional se podrá identificar por un patrón fisiológico diferenciado. Por lo tanto, el factor crucial de esta teoría, es la etiqueta del estado subjetivo al inferir cómo siente la persona con base en la percepción de cambios corporales. Implica que al controlar la conducta, pueden controlarse las experiencias emocionales (Gross y Sierra, 2007).

Según Cannon-Bard (1929, citado en Gross y Sierra, 2007) las reacciones fisiológicas y viscerales no definen la cualidad de la reacción emocional, sino que define la intensidad de la misma, preparando al organismo para un gasto energético de suma importancia. Se trataría de una respuesta similar a todas las emociones, diferenciándose de la intensidad con la que reaccionan.

Por otro lado, Montañés (2005) argumenta que la emoción es una consecuencia de los procesos cognitivos, necesariamente surge como resultado de la activación e interpretación cognitiva, es decir, la dimensión de la reacción fisiológica determinaría la intensidad de la reacción emocional mientras que los procesos cognitivos interpretarían al estímulo de manera global, como bueno o malo, agradable/desagradable. Se ha ido otorgando progresivamente un papel primordial a los procesos cognitivos más allá de la etiqueta de una reacción fisiológica, enfatizando que lo necesario para que se produzca la

emoción son los procesos cognitivos. Por lo tanto, en palabras de Palmero (1997) la actividad cognitiva es pre requisito para la emoción ya que se genera una evaluación-valoración que da sentido a los cambios fisiológicos implicando un profundo análisis acerca de los estímulos o situaciones desencadenantes del proceso emocional. No obstante, la misma situación se podrá evaluar diferente dependiendo el sujeto que la realice, las variables contextuales y el estímulo que se presente.

2.1.2 Regulación Emocional

Thompson (1994) define a la regulación emocional como aquella estrategia dirigida a aumentar, mantener o disminuir un estado afectivo en curso. Además, Gross (1998) argumenta que las personas llevan a cabo cualquier intento para modificar la ocurrencia, intensidad o duración de un estado emocional, alterando los factores antecedentes de la emoción o modificando algún aspecto en sí de la misma, ya sea positivo o negativo. Continuando con el primer autor nombrado, Thompson establece que es significativo la mantención y la activación emocional tanto como su inhibición o supresión donde no solo se implican estrategias individuales sino que influyen las situaciones externas, estas mismas pueden afectar la temporalidad e intensidad de la emoción, por lo tanto la regulación emocional debe ser considerada funcional o no en cuanto a la situación en particular.

Gross (1999) distingue que la regulación emocional se focaliza principalmente en cómo las personas influyen en sus propias emociones y que generalmente suelen intentar regular tanto las emociones positivas como negativas en la misma medida, se considera que la regulación emocional no es inherentemente buena ni mala. Es importante destacar que no hay una definición unánime del concepto, no obstante el punto en donde la mayoría de los investigadores coinciden en cuanto a su definición es que para lograr el control de la regulación emocional, es necesario contar con experiencias previas, lo que permitirá poder

afrontar de manera adaptativa diversas situaciones. De esta manera, a continuación se presentarán los principales modelos de regulación emocional, es de suma importancia poder manejarlas de forma adaptativa ya que engloba un mecanismo del ser humano para mantener el constante equilibrio psicológico.

En primer lugar, Mayne y Bonano (2001) explican el modelo secuencial de autorregulación emocional centrándose en el control, anticipación y exploración de la homeostasis emocional. Es decir, es un sistema de control que supervisa que la experiencia emocional se ajuste a las metas de referencia. Según Vallés & Vallés (2003, citado en López, 2000) la regulación del comportamiento emocional afectará a tres sistemas de respuesta: conductual, cognitivo y psicofisiológico. Por lo tanto, este modelo señala tres categorías:

- Regulación de control: refiriéndose a comportamientos automáticos dirigidos a regular respuestas emocionales de manera inmediata, surgirían distintos mecanismos como la risa, la disociación, supresión y/o expresión emocional.
- Regulación anticipatoria: teniendo en cuenta que la homeostasis está equilibrada en el momento, el próximo paso será anticipar los futuros desafíos que se pueden presentar. Se utilizarán distintos mecanismos diferentes a la regulación de control, aquí se podrá evaluar la adquisición de nuevas habilidades, revaloración, hablar sobre los hechos que producen angustia, evitar o buscar personas, sitios y situaciones.
- Regulación exploratoria: Si no hay actividades inmediatas, se podrá involucrar en actividades exploratorias para adquirir habilidades nuevas o recursos para mantener el equilibrio emocional. Se podrán utilizar diferentes actividades como: entrenamientos, escribir sobre emociones etc.

Por otra parte, Higgins et al. (1999, citado en López, 2000) presentan el modelo autorregulatorio de las experiencias emocionales, estos autores explican que las personas

optan por algunos estados más que otros y que la autorregulación permite que los estados preferidos se experimenten de mayor manera que los no preferidos. Además, explican tres principios fundamentales:

- Anticipación regulatoria: este principio se basa en que las personas pueden anticipar el placer o malestar futuro basándose en sus propias experiencias previas. Por lo cual, si imaginan situaciones de agrado producirá motivación de acercamiento, contrariamente ante un malestar futuro producirá evitación.
- Referencia regulatoria: tendrá que ver sobre el punto de referencia ya sea positivo o negativo que tengan las personas ante una misma situación.
- Enfoque regulatorio: los autores diferencian dos enfoques, uno tendrá que ver con el de promoción y el segundo sobre prevención. Es decir, se distinguen dos estados finales deseados, aspiraciones y autorrealizaciones que tendrá que ver con el enfoque de promoción y por otro lado, responsabilidades y seguridades que da cuenta el enfoque de prevención.

Continuando, Gross (2002) presentó el modelo procesual de la regulación emocional donde se dividen dos estrategias principales, la primera estaría enfocada en el antecedente y la segunda enfocada en la respuesta. En cuanto a las primeras estrategias, se postulan las alternativas que tiene una persona para elegir o modificar elementos en función de sus necesidades de regulación emocional, es decir, antes de que aparezca la emoción poder cambiar el comportamiento y respuesta fisiológica. En cuanto a la segunda, se refiere a aquello que la persona puede hacer una vez que la emoción aparece, como modular la atención a determinados elementos y no a otros o extraer significados de la situación en su conjunto. Sugiere diversas estrategias que las personas pueden utilizar para autorregularse emocionalmente:

- Selección de la situación: refiriéndose a poder aproximarse o evitar ciertas personas o situaciones con el fin de influenciar en las emociones de manera que impacte favorablemente.
- Modificación de la situación: La persona puede adaptarse para modificar su impacto emocional.
- Despliegue atencional: La persona puede elegir el aspecto en el que se centrará, la atención tiene un papel importante.
- Cambio cognitivo: La persona extrae posibles significados de una situación, siendo esencial ya que determina las posibles respuestas.
- Modulación de la respuesta: Modular las posibles respuestas ante una situación, sea la inhibición emocional o la excitación.

Por otro lado, Garnefski & Kraaij (2007) proponen que los procesos cognitivos tienen un papel fundamental en la regulación emocional. Plantean diferentes estrategias que pueden contribuir a que un estado emocional displacentero aumente y persista o pueden disminuir para modificar la emoción. Dichos autores, explican que ante eventos estresantes en la vida cotidiana, las personas despliegan series de mecanismos que permiten afrontarlos de forma funcional. Se esperaría que la persona controle de manera funcional la situación, durante y después de la experiencia amenazante, anteponiendo en prácticas estrategias como: rumiación, catastrofización, auto-culparse, culpar a otros, poner en perspectiva, aceptación, focalización positiva, reinterpretación positiva y focalización en los planes. Las estrategias mencionadas hasta aquí, se dividen en conductas adaptativas y desadaptativas, por lo cual, la elección será correspondiente de acuerdo al manejo de emociones de cada sujeto. A continuación se definirán cada una:

- Rumiación, se refiere a pensar de manera excesiva sobre sentimientos o pensamientos asociados al evento displacentero.

- Catastrofización enfatiza en tener pensamientos excesivos enfocándose en el terror experimentado.
- Auto-culparse se refiere a los pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a la propia persona.
- Culpar a Otros, refiriéndose a pensamientos que atribuyen la causa del evento displacentero a otras personas.
- Poner en perspectiva, consiste en disminuir y relativizar la gravedad del evento, comparando con otras circunstancias.
- Aceptación consiste en tener pensamientos que acepten que el evento negativo ocurrió.
- Focalización Positiva refiere a tener pensamientos óptimos y agradables en vez de pensar en el evento displacentero.
- Reinterpretación Positiva, involucra pensamientos otorgando un significado positivo al evento, facilita el crecimiento personal.
- Focalización en los Planes consiste en pensar cada paso que debe llevarse a cabo para solucionar el problema.

Medrano et al. (2013) continúa con la propuesta, sin embargo diferencia las estrategias como automáticas y elaborativas, dejando a un lado la categorización de adaptativas o desadaptativas ya que estas mismas eran confusas. En cuanto a las estrategias automáticas, demandan menos recursos atencionales y su función primordial es detectar amenazas y reaccionar en consecuencia, por lo cual aumentaría la supervivencia del organismo. Por otro lado, las estrategias elaborativas demandan mayores recursos atencionales y se definen por un proceso más racional y complejo.

2.1.3 Déficits en la Regulación Emocional

Según Hérvas y Vázquez (2006) los déficits en la regulación emocional pueden presentarse en distintas maneras. En primer lugar, se dará por ausencia de activación de estrategias de regulación aún experimentando situaciones negativas, en segundo lugar por ausencia de eficacia, ya que se activan las estrategias pero son ineficaces por no procesar en un primer momento las emociones y por último, se encuentran aquellas personas que emplean las estrategias pero no pueden regular sus emociones ya que no presentan habilidades emocionales adecuadas. Se considera que regular de manera efectiva es fundamental para la salud física y emocional, en contraparte, la psicopatología surge en consecuencia de un proceso de regulación deficiente, ya sea por la estrategia utilizada o por una diferenciación afectiva poco desarrollada. Asimismo, Gross (2002) ha propuesto que tanto la supresión y la reevaluación tienen un costo psicofisiológico para el individuo, es decir, aquellas personas que utilizan como estrategia la supresión son más propensas a presentar alteraciones ya que disminuyen su expresividad afectiva. Para poder controlar la experiencia afectiva es fundamental distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros, lo cual si se delimita detalladamente la experiencia, se manipulan con mayor precisión las distintas emociones. En consecuencia, si no se diferencian las emociones eficazmente los niveles de psicopatología serán más altos.

Los déficits en la regulación emocional se han asociado con diversas patologías emocionales de las cuales se encuentran los trastornos límites de personalidad, ataques de pánico, ansiedad, depresión, autolesiones y trastornos del estrés post-traumáticos. Existen

diferencias de género en cuanto a la desregulación emocional, considerando a esta variable importante en cuanto a la prevención y atención efectiva respecto a la psicopatología relacionada. Los hombres expresan en menor medida sus emociones a comparación de las mujeres, prestando menor atención a los estados afectivos, así pues, son las mujeres quienes inhiben conductas inapropiadas en respuestas a emociones negativas experimentando altos niveles de culpa, vergüenza o autoagresión (Marín et al., 2012).

Sin embargo, Mauss et al. (2007) explican que la diferencia de género en la RE se debe a las reglas socioculturales que señalan la manera adecuada de expresar emociones en el comportamiento interpersonal, aprendiendo de forma implícita a través de reforzamientos de conductas. Por esto mismo, Sánchez et al. (2008) hallaron que la socialización temprana cumple una función fundamental en la construcción de habilidades diferentes en hombres y mujeres, confirmando que las mujeres atraviesan una socialización en contacto con mayor instrucción emocional, lo que repercutiría en mejores habilidades para predecir, expresar y regular emociones.

2.2 Habilidades Sociales

2.2.1 Origen de las Habilidades Sociales

Comenzando con la definición de los antecedentes de dicho constructo, Camacho y Camacho (2005) argumentan que en un primer momento, se empleaba el término de "Conducta Asertiva" como sinónimo de "habilidades sociales". Salter en el año 1949 utilizó la expresión "Personalidad Excitatoria", Wolpe en 1958 estableció el término "Conducta Asertiva" y Lazarus en 1971 "Libertad emocional" pero ninguno ha prosperado. Autores como Caballo (1987) han definido que el concepto de asertividad dominó durante dos décadas, desde 1958 hasta aproximadamente 1978, el terreno de lo que hoy se considera "habilidades sociales". Frente a la falta de definición del concepto, era frecuente

confundir dicho término por otro constructo como el de “agresividad”. De esta manera, finalizando la época de los setenta, progresivamente se abandona el término de asertividad reemplazándolo por el de “habilidades sociales”. No obstante, como señala Vived (2011) aún se evidencia una falta de acuerdo respecto a la definición ya que no existen conductas socialmente aceptadas de manera universal, es decir, dependerá de cada cultura y contexto. Sin embargo, podría señalarse que en la mayoría de las definiciones describen que las habilidades sociales son aprendidas, por ende, enseñadas, además pueden ser adquiridas mediante la experiencia y modificadas a través de las pautas sociales comprendiendo habilidades cognitivas, conductuales y fisiológicas.

2.2.2 Definición de Habilidades Sociales

Gismero (2002) explica que definir de manera absoluta qué es una conducta socialmente habilidosa presenta dificultades ya que la misma dependerá del contexto cultural en que se desarrolle y así mismo dentro de la misma cultura puede haber diferencias dado que las variables personales o situacionales harán que una conducta se enmarque como apropiada o no. Además, dos personas pueden actuar de manera diferente ante una misma situación y que ambas respuestas sociales sean adecuadas. Asimismo, se podrá argumentar que una conducta socialmente habilidosa será aquella que posibilita a un individuo relacionarse de forma adecuada con su entorno, sin embargo, pueden resultar algunas complicaciones ya que el criterio que se utiliza para definir una conducta socialmente habilidosa o no estará a cargo de quien la juzgue, por lo tanto, las conductas no habilidosas podrán ser reforzadas o viceversa. Para poder coincidir qué es una respuesta competente, la sociedad debe estar de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación particular, de igual forma no hay una manera correcta que sea universal, sino probabilidades que determinadas conductas logren un objetivo concreto (Caballo, 1986).

Gismero (2002), considera la conducta asertiva y las habilidades sociales como términos semejantes, esta misma sería el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de cuales las personas enuncian en un contexto tanto sus necesidades como sus opiniones, sentimientos, preferencias sin exhibir ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como resultado el auto reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo. De esta manera, tener en cuenta o no a las otras personas derivará a una conducta asertiva o una conducta agresiva.

Teniendo en cuenta a Roca (2014) las habilidades sociales son conductas observables, pero también pensamientos y emociones permitiendo al sujeto mantener relaciones interpersonales de forma adecuada procurando el respeto de los derechos tanto del otro como de uno mismo, es decir, en consecuencia de las relaciones interpersonales satisfactorias habrá beneficios disminuyendo los efectos negativos. Además de respetar los derechos de ambos, la persona socialmente hábil buscará su interés pero también tendrá en cuenta a los demás, en caso de no coincidir, podrá indagar soluciones socialmente adaptadas para que sea satisfactorio para ambas partes. Por otra parte, según la autora, las personas que tienen déficits en las habilidades sociales probablemente sean causa de estrés y mayor malestar teniendo en cuenta que las relaciones interpersonales adecuadas son un gran interés y la principal fuente de bienestar, por lo cual serán más propensas a padecer alteraciones psicológicas y enfermedades psicosomáticas, en consecuencia tendrán menor calidad de vida.

Caballo (1986) sugiere que es necesario definir la conducta socialmente habilidosa teniendo en cuenta tres principales componentes: dimensión conductual, personal y situacional, es decir, el tipo de habilidad, las variables cognitivas y el contexto ambiental. Según el modelo planteado por McFall (1982), la respuesta socialmente habilidosa

comenzará con una recepción correcta de los estímulos, luego con el procesamiento de los mismos para generar y evaluar posibles opciones de respuestas y terminaría con la emisión apropiada y correcta. Por lo tanto, se deberá tener en cuenta las habilidades de decodificación, las habilidades de decisión ante la búsqueda y selección de una respuesta adecuada y por último, las habilidades de codificación.

Si bien no se ha definido exactamente cómo y en qué momento se aprenden las habilidades sociales, Lacunza y de González (2011) establecen que se ha constatado científicamente que la infancia y adolescencia es un periodo de privilegio para el desarrollo de las mismas, ya que tendrán que ver con el posterior funcionamiento psicológico y social. El desarrollo de las HS está vinculado con el contexto, en donde el niño va a aprender de lo que observa, de lo que experimenta por sus propias acciones y los refuerzos que obtiene en las relaciones interpersonales. Asimismo, no solo cumplen un papel de socialización sino que promueve el desarrollo cognitivo ya que el niño comienza a comprender emociones, lo que sería un recurso de suma importancia pues, controlar reacciones emocionales permitirá comprender diversas situaciones sociales y por lo tanto no se sentirá abrumado emocionalmente. Es decir, la interacción con los pares supone el aprendizaje de numerosas habilidades sociales, sin embargo, en la adolescencia los déficits pueden contribuir de manera negativa a la consolidación de identidad como en la cristalización de diversos trastornos psicopatológicos.

Como ya se ha explicitado, la conducta socialmente habilidosa es situacionalmente específica, por lo que un individuo no se definirá como “habilidoso o no habilidoso” sino que lo es o no en cuanto las situaciones determinadas. Según Caballo (1983) una adecuada categorización de conductas específicas que comprenden las habilidades sociales son:

- La capacidad de hacer y recibir cumplidos.

- La capacidad de hacer y rechazar peticiones.
- La capacidad de manejar críticas.
- La capacidad de iniciar y mantener conversaciones.
- La capacidad de defender los derechos legítimos.
- La capacidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo.
- La capacidad de expresar justificadamente disgusto y desagrado, como así expresar ira justificada.
- La capacidad de expresar agrado y afecto como así opiniones personales, incluido el desacuerdo.

Según Gismero (2002) hay diferentes estrategias que pueden utilizar los individuos: la autoexpresión en situaciones sociales refleja la capacidad de expresarse de forma espontánea en distintos tipos de eventos sociales sin ansiedad, la defensa de los propios derechos como consumidor manifiesta la expresión de conductas asertivas ante situaciones desconocidas, expresar enfado o disconformidad de manera asertiva y justificada para evitar conflictos con otras personas. Otra de las estrategias utilizadas es la capacidad de decir no y cortar interacciones que no se quieren mantener, además hacer peticiones refleja la capacidad de pedir algo que deseamos a personas conocidas o ante situaciones de consumo, por último iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto refleja la habilidad para interactuar sin ansiedad y de manera espontánea.

2.2.3 Conductas Asertivas

Según Roca (2014) define que la asertividad es una parte esencial de las habilidades sociales, siendo una actitud que ayuda a desarrollar una autoestima sana y a mejorar la comunicación interpersonal. Incluye tres áreas de gran importancia: la primera tendrá que ver con la autoafirmación, defendiendo los propios derechos, hacer peticiones y expresar de forma adecuada opiniones personales; la segunda tendrá que ver con la expresión de

sentimientos positivos, hacer o recibir elogios y aquellas expresiones que tendrán que ver con el afecto, por último la tercer área da cuenta de la expresión de sentimientos negativos manifestando disconformidad o desagrado en forma adecuada (Galassi, citado en Roca, 2014). Sin embargo, se afirma que la conducta no verbal es de suma importancia, ya que la mirada, la expresión facial, la postura corporal y la entonación puede apoyar o quitar valor a la conducta verbal, es decir, las conductas necesitan estar en armonía con el contenido verbal del mensaje asertivo (Caballo, 1993).

La persona asertiva suele ser consciente de lo que siente y de lo que desea, conociéndose a sí misma y aceptándose sin depender de sus logros o de la aprobación de los demás conservando siempre su respeto y dignidad, manteniendo una actitud activa, esforzándose en conseguir sus objetivos sintiéndose responsable de su vida y de sus emociones. Además, sabe comprender y manejar adecuadamente sus sentimientos siendo capaz de afrontar serenamente los conflictos sin presentar ansiedad excesiva, aceptando sus limitaciones pero al mismo tiempo pone énfasis en realizar sus objetivos. Puede comunicarse de forma abierta y directa tanto con amigos, familiares y extraños, respetándose a sí mismo y a los demás, es capaz de expresar y defender los derechos de cada persona que lo rodea. Sin embargo, la autora describe que nadie es totalmente asertivo o no asertivo ya que se deberá tener en cuenta las situaciones o las relaciones interpersonales, por lo cual es más exacto definir la asertividad como algo que se puede obtener en mayor o menor frecuencia. Las personas que tengan mayor asertividad tendrán consecuencias efectivas, entre las que se destacan aumento de sentimientos de autoestima y autoeficacia, fomentando emociones positivas en uno mismo y en los demás, menor ansiedad en situaciones sociales y una mejoría en su estado de salud en general. Contrariamente, los individuos poco asertivos advierten sentimientos de aislamiento, depresión, temor, autoestima frágil y ansiedad en las situaciones interpersonales,

sintiéndose rechazados o utilizados por los demás. Además presentan problemas psicosomáticos como dolores de cabeza o alteraciones digestivas (Roca, 2014).

Otros autores como Caballo (1993), explican que la conducta asertiva da como resultado consecuencias favorables para ambas partes, donde la persona que actuó asertivamente puede cumplir o no sus objetivos pero se siente mejor por expresar sus sentimientos y opiniones.

2.2.4 Conductas No Asertivas

Roca (2014) explica que las conductas no-asertivas se definen a través de la inhibición y la agresividad. La primera, es una forma de comportamiento no asertivo por la sumisión, pasividad, el retraimiento, la tendencia sobreadaptativa a las reglas y deseos de los demás sin tener en cuenta sus propios sentimientos, opiniones y derechos. En contraparte, las personas inhibidas tendrán ciertas características como no expresar adecuadamente lo que sienten y desean, esperando de los demás y sintiéndose mal si no responden como ellos suponen, se dejan dominar por los otros por temor a que se ofendan, suelen evitar cualquier tipo de contacto en donde puedan sentirse inseguros o nerviosos, no se atreven a defender sus derechos pensando que los demás son más importantes que los propios, temen expresar sus sentimientos y emociones experimentando de vez en cuando "explosiones emocionales", escapándose de su control, son dependientes de los demás y juzgan imposible la expresión de emociones como el desagrado y la ira . Además, no reconocen sus cualidades por lo tanto se creen inferiores sin perseguir sus objetivos ya que manifiestan ser incapaces de conseguirlo. Habitualmente experimentan emociones desagradables como la inseguridad, insatisfacción, ansiedad, culpabilidad, ira o resentimiento, frustración etc. Por otro lado, la agresividad es de carácter opuesto a la inhibición, consistiendo en no respetar los derechos, sentimientos e intereses de los demás incluyendo conductas ofensivas como la provocación y el ataque. Las personas agresivas

pueden ser seguras de sí mismas pero mostrándolo de forma inadecuada, expresando sus emociones de forma hostil y amenazadora, además imponen o ejercen violencia para poder resolver conflictos y no se sienten responsables de las consecuencias negativas que tiene su comportamiento agresivo. La conducta agresiva puede ser física o verbal, directa (amenazas, comentarios hostiles) o indirecta (comentarios sarcásticos), estando estrechamente relacionada con la ira excesiva y puede ser el resultado de la falta de asertividad ya que no saben cómo expresar o defender sus derechos de forma adecuada.

Según Caballo (1993) el objetivo de la agresión es la dominación y el vencer, asegurándose la victoria por medio de la humillación, el minimizar o dominar a las demás personas en forma que se vuelvan débiles y menos capaces de expresar y defender sus propios derechos.

2.2.5 Competencia Social

La competencia social será definida como la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas, implicando dominar las habilidades sociales, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, asertividad, etc. (Alzina y Esconda, 2007).Continuando con los mismos autores, definen a la competencia social teniendo en cuenta las siguientes características:

- Dominar las habilidades sociales básicas: escuchar, saludar, dar las gracias, pedir un favor, manifestar agradecimiento, pedir disculpas y mantener una actitud dialogante.
- Respetar a los demás: aceptar las diferencias individuales y grupales, valorando los derechos de todas las personas.
- Practicar la comunicación receptiva: atender a los demás tanto en la comunicación verbal y no verbal para receptar los mensajes adecuadamente.

- Practicar la comunicación expresiva: iniciar y mantener conversaciones, expresar pensamientos y sentimientos correctamente demostrando a los demás que han sido bien comprendidos.
- Compartir emociones.
- Comportamiento pro-social y cooperación: mantener actitudes de amabilidad y respeto a los demás, además tener la capacidad de aguardar turno y compartir situaciones diádicas y de grupo.
- Asertividad: capacidad de mantener un comportamiento equilibrado entre la agresividad y la pasividad. Implica defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos; decir "no" en situaciones necesarias; hacer frente a la presión de grupo, evitar situaciones de malestar, tomar decisiones al sentirse adecuadamente preparado.
- Prevención y solución de conflictos: identificar, anticipar y afrontar conflictos sociales y personales. Implica evaluar riesgos y recursos, afrontándolos de manera positiva, aportando soluciones informadas y constructivas. Poseer la capacidad de negociar contemplando resoluciones pacíficas y considerando los derechos, opiniones y sentimientos de los demás.
- Capacidad de gestionar situaciones emocionales: Capacidad para inducir o regular las emociones en los demás.

En el modelo de McFall (1982) se considera competencia como un término evaluativo general, refiriéndose a la adecuación de la actuación total en una tarea específica que lleva a cabo una persona. En cambio, las habilidades son capacidades específicas que se requieren para llevar a cabo dicha tarea, estas mismas pueden ser innatas o adquiridas por medio de la práctica. Por lo tanto, una persona que ejecute una tarea debería tener todas las habilidades requeridas para hacerlo ya que definir el término de habilidades repercute en capacidades específicas. Por otro lado, se define como social ya

que es un adjetivo para cualificar ambos términos, se refiere al hecho de que la conducta de una persona tiene lugar desde una perspectiva social.

Buck (1991, citado en Caballo, 1993) define que la competencia social de los adultos están relacionadas con factores temperamentales y con la experiencia de una situación determinada, el grado de relación variará según la situación. Es decir, cuanto más experiencia tenga un adulto en determinada situación, más dependerá su conducta social de lo que el individuo ha aprendido a hacer y menor será la contribución del temperamento. Por lo tanto, si la persona tiene mucha experiencia, el temperamento no será un elemento predictor de su conducta, contrariamente si la situación es nueva y no obtiene información sobre la misma, el temperamento debería ser el factor predictor más importante. Finalmente, el autor expone que la expresividad espontánea estará relacionada con la capacidad de adaptación frente a novedosas situaciones.

2.2.6 Déficits en Habilidades Sociales

Camacho y Camacho (2005) definen que es de suma importancia la necesidad de que el individuo se sienta seguro de sí mismo y a la vez capaz de autoafirmarse, de responder correctamente a los demás, es decir de ser hábil socialmente. Será significativo detectar cuanto antes el déficit en habilidades sociales ya que esto podrá concluir en consecuencias que llevan al mantenimiento y agravio de las mismas a un nivel social, teniendo en cuenta que provocará angustia y malestar en el individuo llevando a un nivel personal emocional poco adecuado. En palabras de los autores, la infancia y adolescencia será un correcto momento para detectar los posibles déficit, ya que es la etapa donde se producen cambios físicos y psicológicos de suma importancia donde se pondrá énfasis en el ámbito de las relaciones, el intercambio social ya que son más independientes de sus familiares y buscan su identidad a través de la identificación de grupos sociales. No obstante, no depende enteramente de los padres si se considera a una persona como

funcionalmente defectuoso en la edad adulta, sino que los estilos y costumbres cambian durante toda la vida de la persona, por lo tanto, podría continuar aprendiendo con la finalidad de ser socialmente habilidoso.

Los tipos de comportamientos según Camacho y Camacho (2005) serán:

Tabla 1

Tipos de comportamientos de Habilidades Sociales

Inhibido	Asertivo	Agresivo
No se respetan los derechos. Se aprovechan de él.	Respeta los derechos del otro.	No respeta los derechos del otro. Se aprovecha del otro
No consigue sus objetivos.	Puede conseguir sus objetivos.	Puede alcanzar sus objetivos a expensas del otro.
Se siente frustrado, herido, ansioso.	Se siente bien consigo mismo, tiene confianza en sí mismo.	Está a la defensiva, humillando al otro.
Inhibido.	Expresivo (directo).	Expresivo (directo o indirecto).
Deja al otro decidir por él.	Elige por sí mismo.	Elige por el otro.

Nota: Recuperado de Camacho y Camacho (2005), pp 5.

2.3 Trastorno del Espectro Autista

2.3.1 Evolución Histórica

Kanner (1943) en Estados Unidos describió las características principales del Trastorno del Espectro Autista, argumentando que el autismo se presenta como un mundo extraño y lejano lleno de enigmas tanto en su concepto como en sus causas y explicaciones. Autores como Riviere (1997) adhieren que una primera definición podría ser que la persona autista es aquella que vive como ausentes a las personas presentes y por esa razón, se siente incompetente para controlar su conducta por medio de la

comunicación. Continuando con el primer autor nombrado, describe once casos de niños donde destaca características similares en tres aspectos:

- Las relaciones sociales: el principal rasgo fundamental es la incapacidad para relacionarse con las personas y las situaciones. Evidenció una extrema soledad autista, donde algo impide la entrada de todo lo que llega al niño desde afuera.
- Comunicación y lenguaje: Kanner señala la existencia de alteraciones como la ecolalia, comprender de forma literal los mensajes, falta de atención al lenguaje, falta de relevancia de las emisiones y aparente sordera en algún momento del desarrollo.
- Invariancia del ambiente: se define por la inflexibilidad y la rigidez ante las rutinas, reduciendo las actividades espontáneas. El niño posee un deseo obsesivo por mantener la igualdad y que nadie pueda romper su circuito. Esto se relaciona con otra característica propia del autismo: la incapacidad de percibir totalidades coherentes y la tendencia a representar realidades de forma parcial y fragmentaria.

En contraparte, Hans Asperger (1944) dio a conocer varios casos de niños con "psicopatía autista", publicando sus propias observaciones que coincidían con las características descritas por Kanner, sin embargo permaneció prácticamente desconocido hasta que fue traducido al inglés. Asperger argumenta que hay tres épocas principales donde se estudió el autismo:

1- La primera época se extendió del 1943 a 1963 donde el autismo es pensado como un trastorno emocional dado que existiría una relación inadecuada entre el niño y las figuras de crianza. Los padres incapaces de brindar afecto en la crianza, producirán una alteración grave del desarrollo de niños que hubieran sido potencialmente normales, es decir, no se expresarán dada su perturbación emocional. Además, en esta época la terapia dinámica de establecimiento de lazos emocionales sanos era la mejor manera de abordar dicho

trastorno. Riviere (1997) argumenta que esas ideas son falsas, no obstante fueron muy influyentes en los primeros años de estudio. Es probablemente incierto que el autismo sea esencialmente un trastorno emocional, además se ha demostrado que los padres no son responsables de la alteración de sus hijos. Por último, da cuenta que las terapias dinámicas no han demostrado su eficacia en el tratamiento, se acepta casi universal que el tratamiento más eficaz es la educación.

2- La segunda época abarca desde 1963 hasta 1983, se fue dejando de lado la hipótesis de que los padres son responsables y a medida que se avanzaba con diversos estudios, fueron encontrando los primeros indicios claros de asociación del autismo con trastornos neurobiológicos. Los nuevos modelos se fundan en investigaciones con bases empíricas dejando de lado la especulación de la primera época. Con la formulación de modelos explicativos se apoyaron en la hipótesis de la existencia de una alteración cognitiva, que explicaría las dificultades de relaciones sociales, del lenguaje, comunicación y flexibilidad mental. En esta etapa, se ha puesto énfasis en la educación como tratamiento principal del autismo, incluyendo dos tipos de factores: desarrollar procedimientos para modificar la conducta de las personas con autismo, ayudando a desarrollarse de manera adecuada y la creación de centros educativos promovidos sobre todo por padres y familiares. A continuación, se desarrollarán los dos factores:

A - Charles Ferster y Miriam K. DeMyer (1961, citado en Riviere, 1997) expresaron los beneficios de los métodos operantes para la modificación de conducta ante el tratamiento del autismo. Como ya hemos mencionado hasta aquí, las conductas parecen desconectadas del medio, sin embargo dependen funcionalmente del mismo y pueden modificarse cuando se controla adecuadamente, por lo tanto, habrá procesos de aprendizaje de conductas funcionales y se intentará extinguir o disminuir las que no lo son. Ante la demostración de la posibilidad de controlar conductas que se presentan en el autismo, se ha hecho énfasis en

programas eficaces para desarrollar tanto el lenguaje como la autonomía, aumentar capacidades cognitivas y eliminar conductas alteradas.

B - El segundo factor da cuenta de la formación de primeras asociaciones de familias afectadas, anteriormente culpabilizadas. En el año 1962, se fundó la primera asociación de padres de niños autistas del mundo. En consecuencia, se organizaron centros escolares dedicados especialmente a los mismos, además, hubo gran presión social de las asociaciones para sensibilizar a la sociedad y dar cuenta de las necesidades y derechos.

3- Continuando, se define la tercera etapa en el enfoque del autismo. El cambio principal es que se ha dejado atrás la perspectiva emocional y se considera en el aspecto evolutivo, un trastorno del desarrollo. Aquí se plantea que si se supone una desviación cualitativa del desarrollo normal, se deberá entender ese desarrollo para llegar a comprender qué es el autismo. Asimismo, comprenderlo en profundidad manifiesta funciones que se producen en él y que en el autismo se encuentran ausentes. Por otro lado, en los últimos años se han producido cambios de suma importancia en las explicaciones del autismo, ya que se han sustituido modelos inespecíficos por teorías fundamentadas en datos. Baron- Cohen et al. (1985) han descubierto la incapacidad específica del autismo de atribuir mente, enunciando un modelo según el cual, el autismo consistiría en un trastorno específico de una capacidad humana muy importante a la que se denomina “Teoría de la mente”. En los procesos para tratar el autismo también se han producido cambios importantes, la educación se ha caracterizado por dejar atrás el estilo artificial y enfocarse en uno natural e integrador, centrándose en la comunicación como núcleo esencial, teniendo en cuenta el respeto y los recursos o capacidades de las personas con autismo. Finalmente, se ha propuesto nuevos temas de intereses que no se habían planteado anteriormente. A medida que se ha estudiado el autismo, se ha presentado la necesidad teórica y práctica de considerar el trastorno desde la perspectiva del ciclo vital completo y no solo una alteración del niño, ya

que los adultos con autismo no cuentan con los recursos mínimos para un atención adecuada, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas autistas requieren atención y apoyo durante toda su vida (Asperger 1944).

2.3.2 Definición del Trastorno del Espectro Autista

Happé (2007) explica que no hay una respuesta sobre qué es el autismo de manera definitoria, ya que para encontrarla se deberá tener en cuenta el contexto particular y se deberá pensar en las razones que cada cual tiene al plantearla. No obstante, expone que hay tres niveles de explicación: el biológico, el cognitivo y el conductual donde cada uno cumple distintos papeles en la comprensión del autismo. En palabras de Bedia et al. (2013), el autismo es un trastorno del neurodesarrollo, resultado de alteraciones en las redes neuronales del cerebro encargadas de la cognición social, que producirán el efecto de expresar menor interés por atender al entorno social, por lo cual, en consecuencia afectará al desarrollo de habilidades como la comunicación social o la capacidad de entender las conductas comunicativas y sociales de los demás por lo tanto, la conducta adaptativa y los procesos de aprendizajes también se verán afectados.

Es de suma importancia dejar explícito lo que no es el autismo:

- El autismo no es causa de la paternidad fría.
- No es una alteración con base biológica.
- No se limita al tiempo de la infancia.
- No se caracteriza por presentar habilidades savant en todos los casos.

Por lo tanto, Happé(2007) argumenta que el autismo es un trastorno del desarrollo que dura toda la vida, es una alteración de la comunicación, sociabilización y la imaginación. Se da en todos los niveles de coeficiente intelectual, aunque generalmente se

acompaña de dificultades en el aprendizaje. No obstante, sería pertinente mencionar los criterios diagnósticos del DSM-V (2014) para mayor objetividad ante un trastorno presentado en un campo especialmente subjetivo:

A. Déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, actualmente o por los antecedentes:

1. La falta de reciprocidad socioemocional varían desde un acercamiento social anormal y fracaso de conversación normal, pasando por la reducción de intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso de iniciar o responder interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan (2 o +), actualmente o por los antecedentes:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés

4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del desarrollo

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, lo laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo.

2.3.3 Teorías explicativas del Autismo

A continuación, se presentaran las teorías psicológicas explicativas más relevantes fundamentadas por hechos experimentales teniendo en cuenta la importancia de tener una visión clara de cada una:

2.3.3.1 Teoría de la Mente

En primer lugar, el término de Teoría de la Mente (TOM) fue estudiado por los etólogos ya que intentaron dar cuenta de si los chimpancés tenían teoría de la mente. Luego, psicólogos evolutivos como Wimmer y Perner (1983, citado en Villamisar y Borbolla, 1993) dieron cuenta de la "tarea clásica de la falsa creencia" que consistía en contrastar la competencia de los niños en la atribución de estados mentales. Por consiguiente, los autores Baron-Cohen et al. (1985) han propuesto que las personas con autismo carecen de la capacidad de representar estados mentales y es por eso que se haya problemas en ciertas habilidades comunicativas, sociales e imaginativas.

> Una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. Podríamos predecir que si a una persona le faltara teoría de la mente, es decir, si una persona estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo social le parecería caótico, confuso y por tanto, puede ser que incluso le infundiera miedo. En el peor de los casos esto podría llevarle a apartarse del mundo social completamente, y lo menos que podría suceder es que le llevará a realizar escasos intentos de interacción con las personas, tratándoles como si no tuvieran "mentes", y por tanto comportándose con ellas de forma similar a la que lo hacen con los objetos inanimados (Baron- Cohen, 1990, p.22).

En torno a los cuatro años de edad, los niños con desarrollo neurotipico comprenden de manera implícita que las personas tienen creencias y deseos sobre las cosas y que los estados mentales determinan el comportamiento de los mismos, la hipótesis es que las personas con TEA presentan esta capacidad alterada en diferentes grados de afectación (Happé, 2007).

Baron- Cohen (1990) argumenta que si una persona no fuera capaz de considerar los estados mentales de las otras, fracasaría su comunicación. Por lo tanto, esta teoría explicaría dos síntomas significativos en el autismo, denominados alteraciones sociales y comunicativas. Por otro lado, en las personas con desarrollo “normal” se asume que la conducta social y comunicativa en mayor medida, se adecua al contexto social ya que nuestra mente nos permite imaginar los pensamientos, deseos, expectativas que las demás personas pueden tener y comportarnos en base a esto. Leslie (1987, citado en Happé, 2007) entiende que la ficción podría pensarse como antecesora de la teoría de la mente, ya que observa que los niños con autismo no participan espontáneamente en el juego de ficción. Por lo tanto, explica que el niño debe tener dos tipos de representaciones, la primera para poder representarse las cosas tal cual como son y a demás tiene que poseer

metarrepresentaciones que use para entender la ficción. La hipótesis que plantea es que los niños con autismo presentan déficits en el juego de ficción espontáneo, basándose en un problema específico para formar metarrepresentaciones, ya que estas son necesarias para representar relaciones informativas o para atribuir estados mentales. Por lo tanto, si no hay juego de ficción al no formar metarrepresentaciones, es probable que no sean capaces de entender los estados mentales de los otros.

2.3.2 Teoría de Coherencia Central

La presente teoría fue formulada por Utah Frith (1989) donde propone que las dificultades del autismo pueden ser explicadas por una teoría de coherencia central débil. Sus ideas se basan principalmente en que las personas con autismo presentan dificultades para interpretar las situaciones sin comprender el contexto en donde se desarrollan, es decir, presentan problemas para otorgar un significado coherente y general, focalizándose en los pequeños fragmentos. Frith además de explicar la ausencia de capacidades como la atención conjunta y la teoría de la mente, también explica las percepciones fragmentarias, la monotonía y las conductas repetitivas. Las personas con desarrollo normal otorgan niveles altos de significado a las situaciones y como ya se ha mencionado, en el autismo se encuentra comprometido.

2.3.3 Teoría de la Función Ejecutiva

Las funciones ejecutivas son procesos mentales que se llevan a cabo para la resolución de problemas internos o externos. Los problemas internos son los resultados de representaciones mentales de actividades creativas y conflictos de interacción social, afectivos y comunicativos, en cambio, los problemas externos tendrán que ver con el resultado de la relación del individuo y el contexto. Además de la resolución, las funciones ejecutivas se encargan de inhibir problemas que se consideran irrelevantes y de la influencia de las emociones o motivaciones (Papazian et al., 2006). Según Pérez y Pulido

(2013) se encuentran déficits en las funciones ejecutivas que coinciden mayoritariamente con las personas que padecen lesiones en los lóbulos frontales, por lo tanto se mencionaran algunas características similares que presentan:

- Movimientos o habla repetitiva sin sentido.
- Dificultad en la inhibición de respuestas.
- Repetición inadecuada de pensamientos o acciones previas.
- Capacidad disminuida para planificar.

También se ha informado déficits adicionales en el procesamiento de la información:

- Focalizarse sobre un aspecto de la información.
- Dificultad para integrar detalles aislados.
- Dificultad con el manejo de fuentes simultáneas o múltiples de información.
- Fallos en la habilidad significativa.

Las características mencionadas hasta aquí, coinciden con las conductas de personas con autismo ya que a menudo presentan rigidez, ansiedad ante cambios en el entorno, intentan seguir con sus rutinas en detalle centrándose en un interés limitado realizando conductas repetitivamente estereotipadas. Además, presentan problemas para inhibir respuestas y tienen una gran adquisición de información aunque resulte de gran dificultad poder usar de manera funcional ese conocimiento, por último, presentan dificultad para ver la globalidad centrándose en los detalles. Sin embargo, en diversos estudios sugieren que el control de inhibición y la memoria de trabajo se encuentran preservados en el autismo mientras que la flexibilidad mental (cambio de foco de atención o cambio de criterio) puede estar comprometida (Pérez y Pulido, 2013).

Como ya se ha hecho mención, las funciones ejecutivas se encuentran alteradas en pacientes con daño en los lóbulos frontales y en personas con trastorno del desarrollo, entre ellos se encuentra el TEA. Por lo tanto, la disfunción ejecutiva dificulta que la persona tenga una vida independiente ya que se encontrarían afectadas funciones como la toma de decisión, habilidades mentalistas, regulación emocional, resolución de problemas y generalización de aprendizaje, considerándolas necesarias para la adquisición de estrategias socialmente adaptadas (Pérez y Pérez, 2011).

2.3.3 Consecuencias del Cuidador Primario

El principal objetivo del cuidador primario consiste en preservar la salud del individuo manteniendo el bienestar general, potenciando el desarrollo del mismo y contrarrestando los déficits al fomentar sus potencialidades. El diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista implica padecer cierto grado de discapacidad, por tanto dependiendo de la gravedad de los síntomas, se requiere más o menos atención por parte del cuidador (Ruiz et al., 2012).En base a los datos analizados, autores como Beltrán et al. (2019) explican que generalmente quien ejerce el rol de cuidador primario es la mujer enfrentándose a la desregulación emocional prevaleciendo la negación, culpa, impotencia y tristeza, teniendo en cuenta que las afectaciones son de carácter físico, psicológico y emocional.

Se ha evidenciado que las madres utilizan estrategias centradas en la emoción y en el problema debido a que disminuye significativamente el estrés parental permitiendo identificar las dificultades que amerita la intervención del cuidador. En cuanto a las estrategias como planificación, resolución de problemas y apoyo social son factores principales para mayor salud mental, contrariamente la negación y el control emocional tendrán efectos negativos. Además, se presentan dificultades en cuanto a la adaptabilidad

de diferentes entornos, presentan elevada irritabilidad, hipersensibilidad, dificultades en la comunicación y por lo tanto también en el aprendizaje. Woodgate et al. (2008) plantea que el rol social y la concientización que se tiene respecto al TEA es fundamental para el bienestar psicológico, emocional y social de los familiares ya que estos mismos tienden a aislarse ante el desconocimiento general sobre el Trastorno del Espectro Autista, lo que lleva a que los padres o cuidadores experimenten la estigmatización que sufren sus hijos y se aíslen para evitar el rechazo frente a una interacción social, por lo tanto frente a esto los padres probablemente no ejerciten las habilidades sociales y como se ha puesto en manifiesto, se vayan perdiendo con el tiempo. Con respecto a tener un hijo con necesidades especiales y cumplir el rol del cuidador principal supone menos tiempo para satisfacer las propias necesidades por lo cual estaría acompañado de estrés y mayor desajuste emocional. En diversas investigaciones en donde comparan padres de niños con desarrollo típico frente a padres de niños con TEA han concluido que estos últimos presentan mayor desregulación emocional y mayor estrés psicológico, ya que soportan altos niveles de estrés como consecuencia del propio trastorno que sufren sus hijos (Durán et al., 2016). Por lo tanto, se presenta un desafío excepcional para estos padres con respecto a los cuidados, en donde evidencian que el bienestar emocional sufre fluctuaciones con respecto a las conductas de los niños y el apoyo social que reciben. Los síntomas depresivos y de ansiedad son mayores cuando las redes de apoyo social no acompañan a la familia (Barker et al., 2011).

Asimismo, estudios realizados por Al-Farsi et al. (2016) dan cuenta que los padres de niños con autismo manifiestan mayores pensamientos catastróficos y quejas somáticas que los padres con desarrollo típico, por lo que infieren que el cuidado de los niños impacta significativamente en la salud mental de los cuidadores primarios, argumentando que es necesario realizar programas de intervención teniendo en cuenta al grupo familiar.

En este sentido, Muñoz (2017) propone un programa de intervención emocional para padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista. En el mismo se administrarán instrumentos como el Brief COPE para evaluar estrategias de afrontamiento, Estrés Parental que evalúa el estrés que se experimenta por la paternidad o maternidad, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para evaluar la ansiedad y la Escala de Depresión de Beck. La autora argumenta que el ajuste emocional se ve comprometido y afectado manteniendo los niveles de estrés en forma crónica, presenta un programa piloto ya que ante la bibliografía consultada da cuenta que las familias no cuentan con un protocolo de actuación que reduzca su malestar psicológico. Además se expone que los problemas emocionales contribuyen significativamente en el desarrollo de los niños, siendo importante indagar sobre los mismos ya que se podrá favorecer una mayor calidad de vida de la familia en conjunto.

Finalizando, Suarez y Espinoza (2019) realizaron una investigación donde argumentan que ser padre de un niño con autismo, aumenta los sentimientos de culpa, problemas de salud física y mental, relacionado a distintas variables como el apoyo social recibido, las estrategias que utilizan y la severidad de síntomas autistas en el hijo.

Capítulo III

Apartado Metodológico

3.1 Objetivo General

Evaluar las diferencias entre Regulación Emocional y Habilidades Sociales en madres, padres o cuidadores primarios de niños con y sin Trastorno del Espectro Autista.

3.2 Objetivos Específicos

a- Describir las características socio demográficas de la muestra

b- Indagar las Habilidades Sociales y las dimensiones de Regulación Emocional en los sujetos de la muestra con hijos con y sin diagnóstico TEA

c- Indagar las diferencias de las Habilidades Sociales y las dimensiones de Regulación Emocional según las características socio demográficas en los sujetos de la muestra con hijos con y sin diagnóstico TEA

d- Analizar la relación entre las dimensiones de Regulación Emocional y Habilidades Sociales

e- Analizar la relación entre las dimensiones de Regulación Emocional y Habilidades Sociales según la edad y según el Nivel Educativo

3.3 Hipótesis:

Los padres de niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista presentan menores niveles de Regulación Emocional y Habilidades Sociales que los padres de niños sin autismo.

3.4 Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo ya que se pretende describir cuantitativamente las variables Regulación Emocional y Habilidades Sociales y comparativo ya que el estudio consiste en evaluar las diferencias entre madres, padres o cuidadores primarios de niños con y sin diagnóstico (Vieytes, 2004).

3.5 Tipo de Diseño

En cuanto a la estrategia teórico-metodológica se trata de un diseño cuantitativo ya que se pretende buscar conocimiento sistemático, comprobable y comparable. En relación con la recolección de datos es primaria ya que fueron recolectados de manera directa y es un tipo de estudio transversal porque los datos fueron recogidos en un momento único. En cuanto al control en el diseño de la prueba es no experimental, no hay grupo control y no se manipuló las variables (Vieytes, 2004).

3.6 Muestra

La muestra estuvo compuesta por 45 padres del Gran Buenos Aires, con edades comprendidas entre 23 y 51 años (M=33,08; DE=8,06), el 67,4% su identidad de género fue femenino (N=31) y el 30,4% masculino (N=14). El muestreo es no probabilístico ya que según Vieytes (2004) la elección de los sujetos dependerá de un muestreo causal, teniendo en cuenta que no todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, además es de tipo intencional ya que se ha seleccionado a los individuos de forma directa e intencionalmente, de manera que la muestra sea lo más representativa posible.

3.6.1 Criterios de inclusión

Padres, madres o cuidadores primarios que tengan hijos con y sin diagnóstico TEA, que radiquen en el Gran Buenos Aires y hayan participado voluntariamente.

3.6.2 Criterios de exclusión

Cuestionarios incompletos, personas que presenten Trastorno Límite de Personalidad, Trastorno Antisocial, Trastorno del estrés post-traumático.

3.7 Instrumentos

3.7.1 Cuestionario socio demográfico

Se construyó un cuestionario *ad hoc* en el cual se solicitó a los participantes la edad, la identidad de género, el nivel de estudio alcanzado, si su hijo/a tiene diagnóstico TEA y el estado civil.

3.7.2 Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva

Para medir Regulación Emocional se utilizó el *Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva* (CERQ), creado por Garnefski & Kraaij (2007) y validado en Argentina por Medrano et al. (2013). El instrumento fue elaborado con el fin de investigar los procesamientos cognitivos de las personas ante un evento displacentero, cuenta con 9 estrategias de Regulación Emocional donde 4 se consideran como desadaptativas y 5 funcionales. Es un cuestionario autoadministrado constituido por 36 ítems cuyas respuestas varían entre una escala de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Los valores de alfa de Cronbach en la escala argentina oscilan entre .59 y .83.

3.7.3 Escala de Habilidades Sociales

Para medir Habilidades Sociales se utilizó la *Escala de Habilidades Sociales*, creada por Gismero (2002). Se administra de forma individual o colectiva aplicable desde los 12 años de edad. Compuesta por 33 ítems de los cuales 28 son redactados en sentido de déficits en las habilidades sociales, se evaluará cada ítem a partir de un formato de respuesta tipo likert teniendo 4 alternativas: “No se parece nada a mi / Nunca o casi nunca lo haría / Se parece mucho a mí / Siempre o casi siempre lo haría o me pasa”. Dicho cuestionario

ofrece información sobre la defensa de los propios derechos del consumidor, poder tomar iniciativas con el sexo opuesto, expresar opiniones, sentimientos o peticiones, decir "No" o poder defender los derechos, expresarse en situaciones sociales, capacidad para hacer cumplidos y expresar disconformidad o enfado. Los valores de alfa de Cronbach comprenden .88

3.8 Procedimientos

Los participantes del presente estudio contestaron de manera voluntaria y de forma anónima un cuestionario autoadministrado de manera on-line a través de la plataforma Google Forms. Se contactó a diferentes padres y madres de niños con y sin diagnóstico TEA. Antes de comenzar los cuestionarios, cada sujeto debía dar su consentimiento para continuar con el mismo, aceptando que los datos proporcionados se utilicen para la presente investigación. Las respuestas fueron sin tiempo límite de manera individual. A continuación, se encuentra el link al que tuvieron acceso los sujetos de la muestra.

https://docs.google.com/forms/d/1qwa3KpryomzP3VYHT04A_KOCEq7ca96ta9tOqFs7Ds/edit?usp=drive_web

3.9 Análisis de los resultados

Una vez obtenidos los datos, en primer lugar se cargó la información en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 23, para proceder a realizar el análisis estadístico. Para evaluar la normalidad de la variable HS y las dimensiones de RE se utilizó la prueba Shapiro-Wilk ya que la cantidad de casos fue menor a 50. Para comparar los grupos, se utilizaron los estadísticos T. de Student y *U* de Mann Whitney, mientras que para las correlaciones entre la variable HS y las dimensiones de RE se utilizó *rho* de Spearman.

Capítulo IV

Resultados

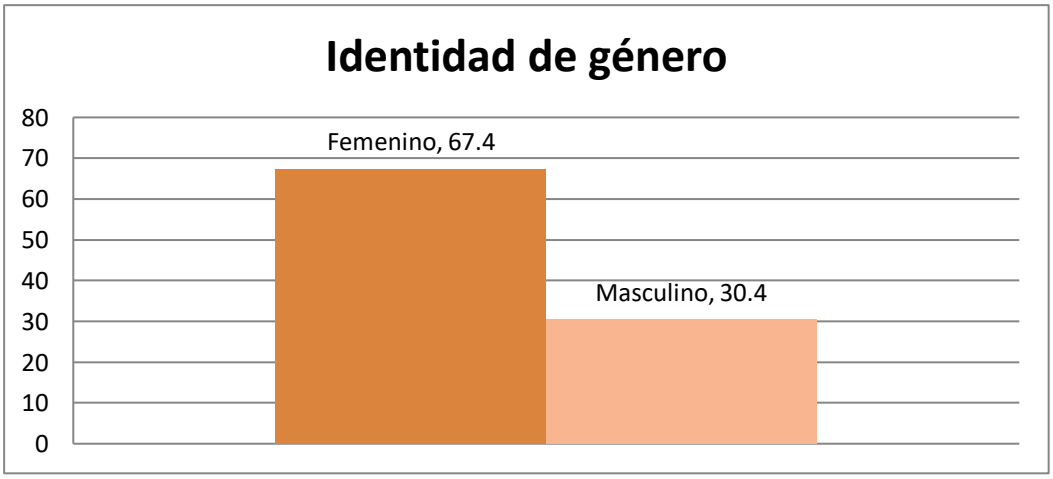
En el presente apartado se realizará la presentación de los resultados obtenidos en el estudio. En primer lugar, se mostrará la caracterización de la muestra. En segundo lugar, se presentará la confiabilidad de la misma. Luego, se realizará la descripción de las variables y prueba de normalidad. En cuarto lugar, se presentará el análisis de diferencia de grupo y por último lugar demostrará el análisis de correlación entre las variables.

4.1 Caracterización de la muestra

4.1.1 Caracterización de la muestra según datos socio demográficos

La muestra estuvo comprendida por 45 madres y padres de hijos con y sin TEA, con edades percibidas entre 23 y 51 años (M= 33,08; DE=8,06). Del total de la muestra, el 67,4 % se identificaban con el género femenino (N=31) equivalente a 31 sujetos de la muestra y el 30,4% con el género masculino (N=14) que corresponde a un total de 14 sujetos.

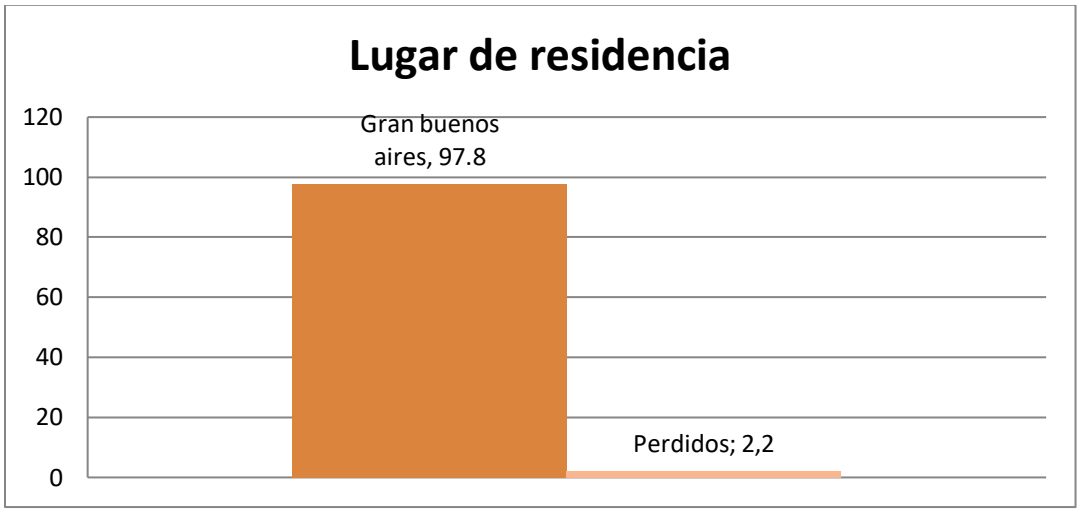
Gráfico 1. *Distribución de la variable Identidad de género en la muestra.*



4.1.2 Distribución de la muestra según lugar de residencia

Con respecto al lugar de residencia, el 97,6% indicó residir en Gran Buenos Aires, obteniendo un porcentaje de 2,2 perdido.

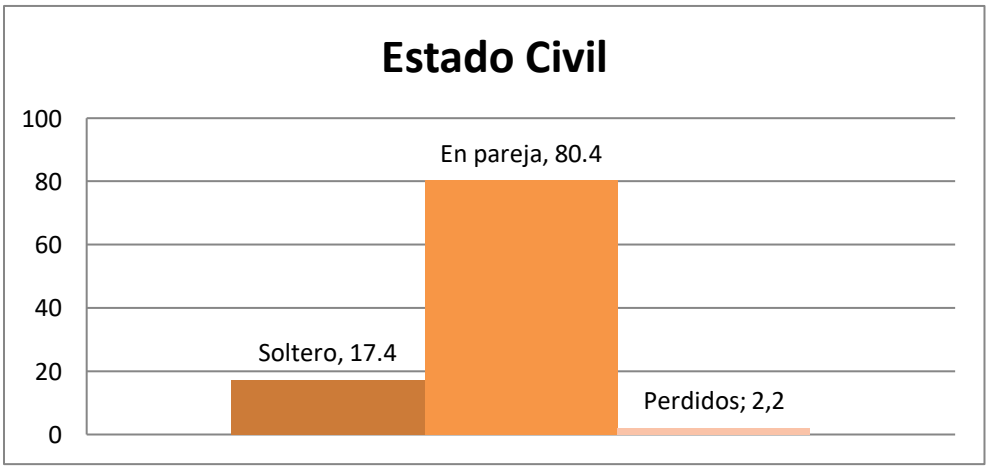
Gráfico 2. *Distribución de la variable Lugar de Residencia en la muestra.*



4.1.3 Distribución de la muestra según Estado Civil

En cuanto al estado civil de los sujetos indagados puede observarse (Ver gráfico 3) que un 17,4% manifestó estar soltero y el 80,4% afirmó tener pareja, obteniendo un 2,2% perdido.

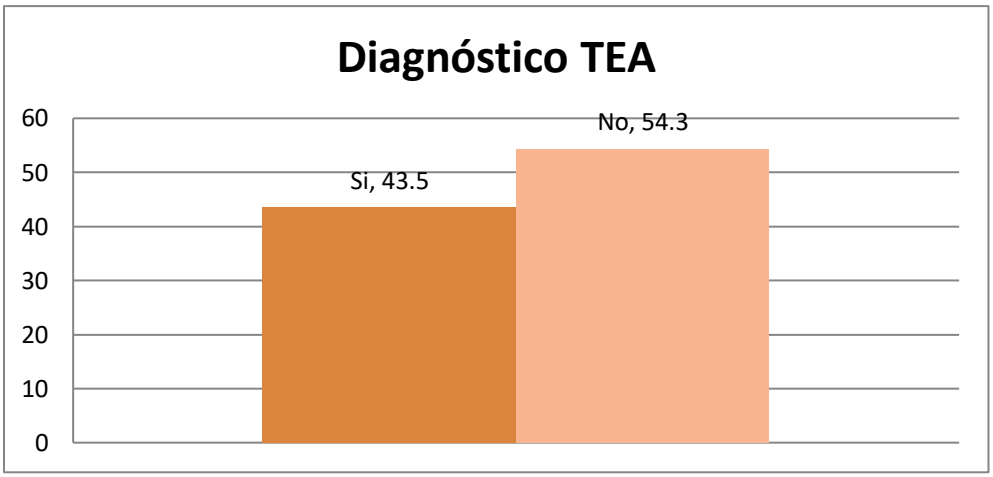
Gráfico 3. *Distribución de la variable Estado Civil en la muestra.*



4.1.4 Distribución de la muestra según diagnóstico TEA

En función del diagnóstico de TEA, se pudo observar que el 43,5% de los padres respondió que su hijo sí tiene diagnostico (N=20), equivalente a 20 sujetos en la muestra y el 54,3% de los padres tienen hijos sin diagnostico (N=25), correspondiente 25 sujetos en total de la muestra.

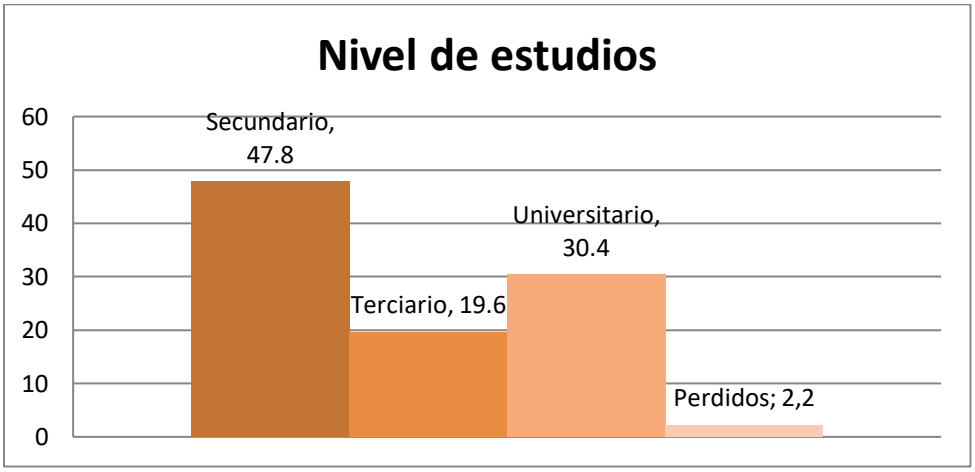
Gráfico 4.*Distribución de la variable Diagnostico TEA en la muestra*



4.1.5 Distribución de la muestra según nivel de estudios

En cuanto al nivel educativo alcanzado por los sujetos de la muestra, puede observarse (Ver gráfico 5) que un 47,8% referenció haber alcanzado el nivel de estudios secundario y un 19,6% dijo poseer estudios terciarios. Asimismo, gran parte de la muestra está compuesta por sujetos que están cursando o culminaron estudios universitarios (30,4%). Se obtuvo un porcentaje de 2,2% perdido.

Gráfico 5.*Distribución de la variable Nivel de estudios en la muestra.*



4.2 Confiabilidad de la muestra

Los resultados de la confiabilidad de la muestra indicaron un coeficiente de confiabilidad adecuada para todas las dimensiones de la variable Regulación Emocional. Para la dimensión Focalización Positiva se obtuvo un Alfa de Cronbach de α,67; para Focalización en los Planes un α,66; para Reinterpretación Positiva un α,66; para Reinterpretación Positiva un α,66; para Poner en Perspectiva un α,66; para Catastrofización un α,67; para la dimensión Rumiación se obtuvo un α,64; para Aceptación un α,60; para Autoculparse un α,66 y por último para la dimensión Culpar a Otros se obtuvo un α,70. El instrumento original obtuvo como resultado para la dimensión Focalización Positiva un Alfa de Cronbach de α,83; para Reinterpretación Positiva un α,77; para Poner en Perspectiva un α,70; para Catastrofización un α,68; para Rumiación un α,70; para Aceptación un α,59; para Autoculparse un α,69 y para Culpar a Otros un α,82. Los resultados indican coeficientes de confiabilidad similares a los del instrumento original.

Con respecto al coeficiente de confiabilidad de la variable Habilidades Sociales, los resultados indicaron que para la dimensión Autoexpresión en situaciones sociales se obtuvo un α .72; Defensa de los propios derechos del consumidor un α .76; Expresión de

enfado un α .73; Decir no y cortar interacciones un α .72; para la dimensión Hacer peticiones se obtuvo un α .79 y por último para Iniciar interacción positiva con el sexo opuesto un α .81.Todas las dimensiones reportadas identifican niveles aceptables con respecto a la confiabilidad de la muestra. Para el total del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva se obtuvo un α. 68 teniendo en cuenta que el instrumento original reportan los valores de Alfa de Cronbach entre.59 y .83. Para la Escala de Habilidades Sociales se obtuvo un α. 79, presentando un α. 88 en el instrumento original.

4.3 Descripción de las Variables y Prueba de Normalidad

Se presentarán los estadísticos descriptivos de la variable Habilidades Sociales y las dimensiones de la variable Regulación Emocional como también la prueba de normalidad de las mismas. Comenzando con la variable Habilidades Sociales se obtuvo una media de M=96,60 para los padres con hijos con diagnóstico TEA, siendo 132 la puntuación máxima de HS. Por otro lado, para las dimensiones de la variable Regulación Emocional en padres con hijos con diagnóstico TEA en Culpar a Otros la media fue de M=7,40; para Autoculparse M=11,25; para Aceptación M=12,80; para la dimensión Rumiación M=17,50 siendo el puntaje máximo 30; para Catastrofización 8,75; Poner en Perspectiva M=13,95; Reinterpretación Positiva M=14,90; Focalización en los planes M=16,30 y Focalización Positiva M=13,95. Para las dimensiones de RE mencionadas hasta aquí, exceptuando la dimensión Rumiación, el puntaje máximo a alcanzar es de 20. Continuando, para la variable Habilidades Sociales en padres de hijos sin diagnóstico se obtuvo una media de M=91,40 siendo 132 la puntuación máxima. En cuanto a la media de Regulación Emocional, en la dimensión Culpar a Otros se obtuvo una media de M=9,92; Autoculparse M=10,36; Aceptación M=13,04; Rumiación M=17,80; Catastrofización M=8,60; Poner en perspectiva M=14,64; Reinterpretación positiva M=14,84; Focalización en los planes M=15,56 y por último en Focalización positiva la media fue de M=13,32.

Luego de realizarse la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk debido al tamaño de la muestra, se obtuvo como resultado para la variable HS una distribución parametrica. En cuanto a la variable Regulación Emocional, las dimensiones Aceptación, Rumiación, Poner en perspectiva y Focalización positiva presentaron una distribución normal, por otro lado, las dimensiones Culpar a otros, Autoculparse, Catastrofización, Reinterpretación positiva y Focalización en los planes presentaron una distribución no parametrica. Por lo tanto, los resultados mencionados aquí se tuvieron en cuenta para la realización y elección de los estadísticos posteriores.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las variables de investigación

	Media		**P**
	Con diagnóstico	Sin diagnóstico	
Habilidades Sociales	96,60	91,40	0,318
Culpar a otros	7,40	9,92	**0,000*** **
Autoculparse	11,25	10,36	**0,007***
Aceptación	12,80	13,04	0,419
Rumiación	17,50	17,80	0,410
Catastrofización	8,75	8,60	**0,002****
Poner en perspectiva	13,95	14,64	0,193
Reinterpretación positiva	14,90	14,84	**0,046****
Focalización en los planes	16,30	15,56	**0,026****
Focalización positiva	13,95	13,32	0,116

*p<0,05.** p<0,01.***p<0,001.
Nota:P=Prueba de normalidad Shapiro-Wilk.

En la Tabla 3 se presentará la prueba de normalidad de la variable edad, la cual obtuvo una distribución no parametrica (p<0,004). Se obtuvo una media de M=33,08, con edades comprendidas entre 23 y 51 años. Los resultados mencionados se tendrán en cuenta para la selección de futuros estadísticos.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de la variable Edad

	Media	Mínimo	Máximo	P
Edad	33,08	23	51	**0,004***

*p<0,05.** p<0,01.***p<0,001.
Nota:P=Prueba de normalidad Shapiro-Wilk.

4.4 Análisis de Diferencia de grupo entre las Variables.

Para realizar las comparaciones de grupos de la variable Habilidades Sociales según si tiene diagnóstico TEA o no, se procedió a la utilización del estadístico T. de Student para muestras independientes debido a que dicha variable presentó una distribución normal. Asimismo, para las dimensiones de Regulación Emocional como Aceptación, Rumiación, Poner en Perspectiva, Focalización Positiva, se utilizó T. de Student para muestras independientes debido a que su distribución fue normal. Como se puede ver en la tabla 4, no se encontró diferencia significativa de las variables nombradas anteriormente en padres de hijos con y sin diagnóstico TEA.

Tabla 4

Comparaciones entre grupos según diagnóstico TEA (T. de Student)

	T. de Student		
	Con diagnóstico	Sin diagnóstico	Sig
Habilidades Sociales	M=96,60	M=91,40	0,220
Aceptación	M=12,80	M=13,04	0,812
Rumiación	M=17,50	M=17,80	0,828
Poner en perspectiva	M=13,95	M=14,64	0,496
Focalización positiva	M=13,95	M=13,32	0,582

*p<0,05.** p<0,01. ***p<0,001.
Nota: T. de Student.

Continuando con la variable Regulación Emocional, para las dimisiones Culpar a otros, Autoculparse, Catastrofización, Reinterpretación positiva y Focalización en los planes se utilizó el estadístico *U* de Mann Whitney debido a que dichas dimensiones presentaron una distribución no parametrica.

Como se puede evidenciar en la tabla 5, se encontró diferencia significativa (P<0,024) en la dimensión Culpar a Otros de la variable Regulación Emocional, siendo el rango promedio de padres con diagnóstico TEA 18,10 y sin diagnóstico 26,92. Lo cual indicaría que los padres de hijos sin diagnóstico suelen culpar más a otros a diferencia de los padres de hijos con diagnóstico. Por último, para el resto de las dimensiones no se encontró ninguna diferencia significativa.

Tabla 5

Comparaciones entre grupo según diagnóstico TEA (U de Mann Whitney)

	Rango Promedio			
	Con diagnóstico	Sin diagnóstico	U	P
Culpar a otros	18,10	26,92	152,000	**0,024***
Autoculparse	25,40	21,08	202,000	0,269
Catastrofización	23,53	22,58	239,500	0,809
Reinterpretación positiva	23,33	22,74	243,500	0,881
Focalización en los planes	24,83	25,54	213,500	0,402

*p<0,05.**p<0,01.***p<0,001.

4.4.1 Comparaciones entre grupo según Identidad de género

Para realizar las comparaciones entre grupos, se procederá a analizar las diferencias según las características socio demográficas, seleccionando casos según la presencia de TEA o no. En primer lugar, se presentará la comparación entre las variables estudiadas según la Identidad de género, teniendo en cuenta que se utilizó el estadístico T. de Student para muestras independientes para el total de las habilidades sociales y para las dimensiones de regulación emocional como Aceptación, Rumiación, Poner en Perspectiva y Focalización Positiva ya que han presentado una distribución parametrica. Los resultados han dado cuenta (Ver tabla 6) que no se presenta diferencia estadísticamente significativa entre las variables psicológicas y la identidad de género.

Tabla 6

Comparaciones entre grupos según Identidad de género (T. de Student)

		Identidad de género	
		Con diagnóstico	Sin diagnóstico
Habilidades Sociales	Sig	0,53	0,43
Aceptación	Sig	0,61	0,94
Rumiación	Sig	0,83	0,38
Poner en Perspectiva	Sig	0,97	0,06
Focalización Positiva	Sig	0,56	0,87

*p<0,05.**p<0,01. ***p<0,001.

Asimismo, se procedió a comparar las variables según Identidad de género con las dimensiones de Regulación Emocional como Culpar a Otros, Autoculparse, Catastrofización, Reinterpretación Positiva y Focalización en los Planes, ya que presentaron una distribución no parametrica, por lo cual se ha utilizado el estadístico *U* de Mann Whitney. Los resultados dieron cuenta que no hay diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 7

Comparaciones entre grupo según Identidad de género (U de Mann Whitney)

		Identidad de genero	
		Con diagnóstico	Sin diagnóstico
Culpar a Otros	Sig	0,28	0,09
Autoculparse	Sig	0,08	0,70
Catastrofización	Sig	0,15	0,29
Reinterpretación Positiva	Sig	0,53	0,42
Focalización en los Planes	Sig	0,85	0,75

p<0,05.p<0,01. ***p<0,001.*

4.4.2 Comparaciones entre grupos según Estado Civil

Para analizar el total de HS y las dimensiones de Regulación Emocional como Aceptación, Rumiacion, Poner en perspectiva y Focalización positiva según el estado civil se utilizó T. de Student. Los resultados obtenidos dieron cuenta que en la dimensión Focalización Positiva muestra diferencia significativa (p<0,01) respecto al estado civil en madres y padres de niños con autismo. La media para focalización positiva en solteros es de M=9,50 y en pareja es de M=14,44.

Tabla 8

Comparaciones entre grupos según Estado Civil (T. de Student)

		Estado Civil	
		Con diagnóstico	Sin diagnóstico
Habilidades Sociales	Sig	0,06	0,36
Aceptación	Sig	0,92	0,65
Rumiación	Sig	0,23	0,61
Poner en Perspectiva	Sig	0,67	0,77
Focalización Positiva	Sig	**0,01****	0,91

p<0,05.p<0,01. ***p<0,001.*

Asimismo, para comparar las dimensiones de RE como Culpar a Otros, Autoculparse, Catastrofización, Reinterpretación positiva y Focalización en los planes según el estado civil, se utilizó el estadístico *U* de Mann Whitney. Los resultados dieron cuenta que hay diferencia significativa en la dimensión Autoculparse en madres y padres de niños con autismo con respecto al estado civil (p<0,03), siendo el rango promedio de Autoculparse en solteros de 18,75 y en pareja de 9,58. Para el resto de las dimensiones no se ha encontrado diferencias significativas.

Tabla 9

Comparaciones entre grupos según Estado Civil (U de Mann Whitney)

		Estado Civil	
		Con diagnóstico	Sin diagnóstico
Culpar a Otros	Sig	0,74	0,15
Autoculparse	Sig	**0,03***	0,74
Catastrofización	Sig	0,11	0,84
Reinterpretación Positiva	Sig	0,53	0,32
Focalización en los Planes	Sig	0,24	0,89

*p<0,05.**p<0,01. ***p<0,001.

4.5 Análisis de Correlación de Variables

Para realizar la correlación de las variables se ha procedido a utilizar el estadístico de correlación *Rho* de Spearman. En la tabla 10 se realizaron las correlaciones entre las variables, en función de la presencia del diagnóstico o no. Al analizar las mismas, se encontró correlación estadísticamente significativa en la dimensión Catastrofización y la variable Habilidades Sociales en madres, padres o cuidadores primarios de niños con autismo, presentando un coeficiente negativo. Por lo tanto, se entenderá que a mayor catastrofización menor serán las habilidades sociales y cuantas más habilidades sociales

presenten, será menor la catastrofización. Mientras que para las demás dimensiones no se encontró correlación estadísticamente significativa.

Tabla 10

Correlación de la variable Habilidades Sociales y dimensiones de Regulación Emocional según el diagnostico TEA

Dimensiones de Regulación Emocional		**Habilidades Sociales con DX**	**Habilidades Sociales sin DX**
Culpar a Otros	Sig	0,849	0,162
	Coef.deSpearman	0,046	-0,288
Autoculparse	Sig.	0,678	0,513
	Coef. de Spearman	0,099	-0,137
Rumiación	Sig.	0,806	0,085
	Coef. de Spearman	-0,059	-0,351
Aceptación	Sig.	0,513	0,542
	Coef. de Spearman	0,155	-0,128
Catastrofización	Sig.	**0,024***	0,054
	Coef. de Spearman	**-0,504**	-0,390
Poner en perspectiva	Sig.	0,513	0,612
	Coef. de Spearman	0,155	0,107
Reinterpretación Positiva	Sig.	0,402	0,612
	Coef. de Spearman	0,198	0,106
Focalización en los planes	Sig.	0,424	0,166
	Coef. de Spearman	0,190	0,286

Focalización positiva	Sig.	0,253	0,444
	Coef. de Spearman	0,268	0,160

p<0,05.p<0,01. ***p<0,001.*

4.5.1 Correlación entre variables según Edad

Para analizar la correlación entre el total de Habilidades Sociales y las dimensiones de Regulación Emocional según la edad, se tendrá en cuenta la prueba de normalidad, la cual resulta ser no parametrica, por lo tanto, se utilizará el estadístico *Rho* de Spearman. En la Tabla 11 se realizaron las correlaciones de las variables en función de la presencia del diagnóstico o no. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que existe una correlación positiva entre Culpar a Otros y Edad en padres de hijos con diagnóstico, es decir, a mayor edad será mayor la medida en que madres, padres o cuidadores primarios culpen a otros. Para el resto de las dimensiones no se encontró correlación estadísticamente significativa.

Por otro lado, existe una correlación negativa de Aceptación y Edad en padres que tienen hijos sin TEA, es decir, a mayor edad será menor la aceptación y viceversa. Además, se ha encontrado correlación entre Catastrofización y Edad, por lo tanto, a mayor edad será menor la catastrofización en padres, madres o cuidadores primarios de niños sin TEA. Para el resto de las dimensiones no se ha encontrado correlación estadísticamente significativa.

Tabla 11

Correlación entre variables del estudio según la edad (Rho de Spearman)

		Edad	
		Con diagnóstico	Sin diagnóstico
Habilidades Sociales	Sig	0,76	0,06

	Coef.deSpearman	-0,07	-0,38
Culpar a Otros	Sig.	**0,01****	0,68
	Coef. de Spearman	**0,54***	-0,08
Autoculparse	Sig.	0,93	0,43
	Coef. de Spearman	-0,01	-0,16
Aceptación	Sig.	0,69	**0,01****
	Coef. de Spearman	0,09	**-0,49**
Rumiación	Sig.	0,22	0,16
	Coef. de Spearman	0,28	-0,29
Catastrofización	Sig.	0,61	**0,04***
	Coef. de Spearman	0,12	**-0,41**
Poner en Perspectiva	Sig.	0,91	0,15
	Coef. de Spearman	-0,02	0,29
Reinterpretación Positiva	Sig.	0,87	0,29
	Coef. de Spearman	0,03	-0,21
Focalización en los planes	Sig.	0,28	0,55
	Coef. de Spearman	-0,25	-0,12
Focalización Positiva	Sig.	0,61	0,65
	Coef. de Spearman	0,11	-0,08

*p<0,05.**p<0,01. ***p<0,001.

4.5.2 Correlación entre variables según Nivel Educativo

Para la correlación de las variables según el nivel educativo en madres, padres o cuidadores primarios de niños con Trastorno del Espectro Autista se utilizó el estadístico

Rho de Spearman, sin embargo no se ha encontrado diferencias significativas en ninguna de las dimensiones.

Tabla 12

Correlación de las variables según Nivel Educativo (Rho de Spearman)

		Nivel Educativo	
		Con diagnóstico	Sin diagnóstico
Habilidades Sociales	Sig	0,74	0,54
	Coef. de Spearman	0,07	-0,12
Culpar a Otros	Sig	0,32	0,91
	Coef. de Spearman	0,23	0,02
Autoculparse	Sig	0,52	0,79
	Coef. de Spearman	-0,15	0,05
Aceptación	Sig	0,50	0,66
	Coef. de Spearman	-0,15	0,09
Rumiación	Sig	0,61	0,69
	Coef. de Spearman	0,12	0,08
Catastrofización	Sig.	0,84	0,61
	Coef. de Spearman	0,04	0,10
Poner en Perspectiva	Sig.	0,13	0,88
	Coef. de Spearman	-0,03	-0,03
Reinterpretación Positiva	Sig.	0,79	0,70
	Coef. de Spearman	0,06	0,08
Focalización en los	Sig.	0,34	0,80

Planes	Coef. de Spearman	-0,22	-0,05
Focalización Positiva	Sig.	0,59	0,70
	Coef. de Spearman	-0,12	-0,08

*p<0,05.**p<0,01. ***p<0,001.

Capítulo V

Discusión, Limitaciones y Conclusiones

El presente apartado tiene como objetivo analizar los datos obtenidos y reflejados en el capítulo anterior, para lo cual se vincularán diversos objetivos de investigación a sus resultados relevantes y se debatirán o compararán con teorías anteriores. La cuestión a partir de la cual gira la presente investigación son las madres y padres de hijos con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, residentes del Gran Buenos Aires.

Como objetivo específico se propuso describir las características socio demográficas de los encuestados: edad, identidad de género, lugar de residencia, estado civil, si presentan o no diagnóstico TEA y nivel de estudios. La muestra estuvo compuesta por 45 sujetos con edades comprendidas entre 23 y 51 años (M= 33,08; DE=8,06). Del total de la muestra, el 67,4 % se identificaban con el género femenino (N=31) y el 30,4% con el género masculino (N=14), el 97,6% indicó residir en Gran Buenos Aires. En cuanto al estado civil de los sujetos indagados el 17,4% manifestó estar soltero y el 80,4% afirmó tener pareja. En función del diagnóstico de TEA, se pudo observar que el 43,5% de los padres respondió que su hijo sí tiene diagnóstico (N=20) y el 54,3% de los padres tienen hijos sin DX (N=25). El 47,8% referenció haber alcanzado el nivel de estudios secundarios, un 19,6% dijo poseer estudios terciarios y el 30,4% de los sujetos están cursando o culminaron estudios universitarios.

Como objetivo especifico se procedió a analizar las variables psicológicas teniendo en cuenta las características socio demográficas, los resultados obtenidos dieron cuenta que no hay diferencia significativa de las variables con respecto a la identidad de género, sin

embargo, los resultados difieren de diversos estudios. Andrés et al. (2017) han explicado que las mujeres utilizan en mayor medida estrategias de regulación emocional, encontrando diferencia significativa en la utilización de la estrategia Rumiación entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que dicha dimensión y Focalización Positiva, presentan correlación con la sintomatología depresiva. Asimismo, Fernández-Berrocal y Extremera (2003) coinciden en que las mujeres presentan mayor rumiación y menor salud mental en comparación a los varones, pues presentan mayor atención y focalización de los sentimientos, experimentando mayor desajuste emocional y supresión de las emociones. Por lo cual, según el modelo de Gross (2002), se presentarían déficits en las emociones ya que al suprimir, disminuye la expresividad afectiva, sin poder controlar de manera efectiva estados internos, es decir, aumentaría la posibilidad de presentar alteraciones psicopatológicas.

A demás, se evidenció que las madres, padres o cuidadores primarios de niños con TEA presentaron diferencia en la dimensión Focalización Positiva con respecto al estado civil ($p<0,01$), la media para los solteros fue de M=9,50 y en pareja M=14,44. Según Garnefky & Kraaij (2007) aquellas personas que utilizan la estrategia Focalización Positiva tienen pensamientos óptimos y agradables en vez de pensar en el evento displacentero. Es decir, focalizarse en pensamientos agradables puede llevar a experimentar emociones positivas y alegres, lo cual concluiría con la reinterpretación del evento ocurrido (Medrano et al., 2013). Por lo tanto, se podría argumentar según Gross (2002) que las madres, padres o cuidadores primarios seleccionan la aproximación o evitación a ciertas situaciones con el fin de evitar emociones negativas, es decir, modificarían el impacto emocional centrándose en las emociones positivas, a demás, extraerían posibles significados del evento lo que modulará las respuestas frente a diversas situaciones finalizando con la inhibición o excitación emocional. Por lo tanto, como se infiere en la investigación de Rodríguez et al.

(2014) los padres utilizan en mayor medida estrategias centradas en la emoción, disminuyendo el malestar y enfocándose en el cuidado y necesidades de los niños con TEA. Es decir, que los resultados hasta aquí concuerdan con el trabajo realizado por dichas autoras ya que al establecer la relación de las estrategias de regulación emocional y las características socio demográficas de padres con hijos con TEA, dieron cuenta que una de las estrategias más utilizadas es la Focalización Positiva, es decir, que los padres se ocupan en tolerar la problemática generando pensamientos que favorezcan a la situación. Con respecto al estado civil, los mismos autores dieron cuenta que los padres casados utilizan mayores estrategias de búsqueda de apoyo profesional, informándose sobre las condiciones y alternativas para enfrentar la situación, en cambio las madres y padres separados no utilizan dicha estrategia. Cabe mencionar el estudio realizado por Gutiérrez y Guaba (2017) ya que dieron cuenta que los padres con hijos con autismo utilizan en mayor medida estrategias enfocadas en los aspectos positivos, con tendencia a ver las situaciones de manera optimista, teniendo en cuenta que los integrantes el 67% eran casados y el 33% estaban separados, es decir, se relaciona con el estado civil ya que ambos padres asumen la responsabilidad de manera compartida, llevando a cabo el cuidado y la atención educativa del niño buscando medios para la intervención temprana del mismo, simultáneamente enfrentando el estrés que produce dicha situación.

Sin embargo, también se demostró una diferencia en la dimensión Autoculparse ($p<0,03$) en madres, padres o cuidadores primarios de hijos con DX respecto al estado civil. Esto evidencia que hay pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción a la propia persona (Medrano et al., 2013), es decir, carecen de una actitud positiva hacía ellos mismos (Roque, 2017). Los resultados coinciden con la investigación de De León (2011) ya que determinó que los padres de niños con autismo experimentan mayores sentimientos de culpa, pudiendo deberse a que se esfuerzan por

controlar sus emociones para brindar una mayor y eficaz atención a sus hijos ya que se adjudican toda la responsabilidad asumiendo el rol de cuidador principal de los mismos. Además, como argumenta Hernández (2008), las madres se autoculpan en mayor medida que los padres, presentando una diferencia de género, ya que se asume que ellas tienen la responsabilidad total de la crianza del hijo, asimismo, son los padres quienes utilizan en mayor medida la estrategia Culpar a Otros ya que le otorgan la culpa a la madre por la presencia del trastorno.

La estrategia mencionada, presentó correlación ($p<0,01$) de manera inversa con respecto a la edad en madres y padres de hijos con TEA, a menor edad será mayor la culpabilización a otros y viceversa. En línea con esto Garnefski & Kraaij (2007) establecen que hablar de culpar a otros, es dar cuenta que los individuos tienen pensamientos en donde la culpa de lo experimentado reside en los demás. Mencionando nuevamente el estudio de Hernández (2008), da cuenta que los padres presentan mayor uso de estrategia culpar a otros que las madres, ya que intentan buscar culpables o posibles respuestas acerca de la condición que presenta su hijo/a, a demás se ha evidenciado que en general los padres utilizan la culpa en una índole mágico-religioso ya que sienten remordimiento por no desear el nacimiento de su hijo.

A demás, en madres padres o cuidadores primarios sin dx TEA se evidenció una correlación significativa en Aceptación ($p<0,01$) según la edad de manera inversa, es decir, a mayor edad, menor aceptación y viceversa. Utilizar dicha estrategia, según Medrano et al. (2014) consiste en aceptar que el evento negativo ocurrió. No obstante, los resultados no concuerdan con la investigación hallada por Mikulic et al. (2014) ya que al investigar las competencias socioemocionales comparando adultos mayores (entre 61 y 79 años) con adultos jóvenes (entre 20 y 40 años), explicitó que en el primer grupo prevalecen competencias socioemocionales más adaptativas ya que suelen buscar y mirar el lado

positivo de la vida manteniendo una actitud efectiva frente a los eventos displacenteros. A su vez, tendrían mayor capacidad para mantener, aumentar o suprimir las emociones. Asimismo, contarían con la capacidad de defender sus propios derechos personales, sin que los manipulen ni los violenten, es decir, se presentaría una correlación con las habilidades sociales. A demás, Urzúa et al. (2014) ha dado cuenta que a mayor edad, se presentan menor dificultad de regular emociones, vinculándose el periodo evolutivo con la percepción de calidad de vida y estrategias de regulación. Durante los rangos de 26 a 35 y 56 a 65 años de edad, se demostró que hay mayor dificultad en regular las emociones, sin embargo explican que varía a lo largo de la vida adulta siendo posible entrenar la RE con el fin de influir positivamente y de forma adaptativa. Asimismo, se evidenció una correlación entre catastrofización y edad en madres, padres o cuidadores primarios de niños sin DX, es decir a mayor edad será menor la catastrofización. Sería pertinente hacer mención a la investigación de Pereira et al. (2016) ya que estudiaron las HS y pensamientos negativos diferenciándose por edad. Dichos autores dieron cuenta que los jóvenes mayores presentan niveles más elevados de habilidades sociales y menores pensamientos negativos, es decir, se corroboró la existencia de relación entre las dos variables. Asimismo, argumentan que los jóvenes de mayor edad tendrán mejores estrategias de habilidades sociales ayudando a enfrentar diversos problemas y tendrán menores pensamientos negativos por lo cual la ansiedad disminuirá. Además, las personas con altos niveles de pensamientos inadecuados presentarán mayor probabilidad de poseer baja autoestima, ya que los pensamientos negativos afectarán las interacciones que establecen como su percepción de sí mismos, es decir, estos pensamientos catastróficos obstaculizarán el desempeño social.

Por consiguiente, se realizó el análisis de la relación entre Regulación Emocional y Habilidades Sociales. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre las

variables, exceptuando la dimensión catastrofización con HS en madres, padres o cuidadores primarios de niños con DX. Los resultados dan cuenta que los sujetos que presenten mayor catastrofización, tendrán menores habilidades sociales y a mayor habilidades sociales, presentarán menor catastrofización. Es decir, que las personas que utilizan la estrategia mencionada, enfatizan y dimensionan emociones como así pensamientos displacenteros ligados al suceso, considerando que lo que sucedió es lo peor que podría haber ocurrido, destacando los pensamientos excesivos y exacerbando la negatividad del evento experimentado (Garnefski & Kraaij, 2007). Según Esconda et al. (2010), las habilidades sociales correlacionan fuertemente con las competencias socioemocionales, es decir, las personas que utilicen estrategias desadaptativas de regulación emocional, tendrán menores habilidades sociales ya que se destacan por su propia inseguridad y dependencia con los demás. En palabras de Caballo (1993) evaluar incorrectamente las situaciones, conduce a consecuencias desagradables para el sujeto ya que desarrollan pensamientos negativos y no siempre son evaluaciones realistas, sino que interpretan de forma errónea las situaciones sociales desempeñando mayor dificultad para desarrollarse como sujetos socialmente habilidosos. Esto mismo, traería como consecuencia diversos síntomas psicopatológicos que dificultaría la relación con los demás.

Es de interés amplificar la participación de padres en investigaciones posteriores para obtener mayores datos que permitan un análisis más exhaustivo. La hipótesis del presente trabajo fue que los padres de hijos con autismo presentan menores niveles de RE y HS que los padres de niños sin TEA. Teniendo en cuenta los resultados mencionados hasta aquí, no se ha podido sostener dicha hipótesis en la presente investigación. No obstante, en referencia a las limitaciones encontradas, la muestra con la cual se trabajó no es lo suficientemente representativa de la población, por lo cual los resultados no pueden

generalizarse. Es de suma importancia poder extender el estudio a un mayor número de casos que permitan ampliar la muestra. Se espera que en el futuro se amplíen las investigaciones sobre Regulación Emocional y Habilidades Sociales para poder comprender de manera eficaz el desarrollo a lo largo de la vida, ya que no parece haber sido lo suficientemente definidas aún. A demás, se recomienda a futuros investigadores no solo centrarse en la persona que tiene autismo, sino también estudiar a los cuidadores primarios de los mismos, dado que la condición dura toda la vida, los niños deben estar en el mejor ambiente estimulante. Sería incorrecto pensar que este ambiente solo puede ocurrir en el consultorio, por lo tanto, tener una visión clara sobre el uso de estrategias utilizadas de regulación emocional y habilidades sociales que presentan los padres asociados al Trastorno del Espectro Autista, permitiría dirigir las acciones hacia las potencialidades presentadas por los mismos. Por último, cabe mencionar que no se observaron investigaciones nacionales que cumplan con los criterios de búsqueda, por lo que genera desconocimiento y falencias en el aspecto clínico, social y educativo.

Para concluir, se aguarda que otros autores inquieran sobre interrogantes que han surgido a partir de los datos obtenidos: ¿Si se trabaja en una muestra mayor, serán similares los resultados? ¿Qué ocurre si se incluye a los demás miembros del entorno familiar? Como se mencionó anteriormente, los déficits de las variables presentadas pueden ser indicadores de síntomas psicopatológicos, por ende, podrían ser relevantes otras variables de investigación como ansiedad y depresión para demostrar si existe incidencia de una variable a otra, de esta forma, si se amplía el conocimiento empírico y se tiene en cuenta los datos del presente estudio, reflejará un valioso aporte para la psicología clínica.

Referencias Bibliográficas

Al-Farsi, O., Al-Farsi, Y., Al-Sharbati, M., & Al-Adawi, S. (2016). Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: A case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1943-1951.https://doi.org/10.2147/NDT.S107103

Alzina, B. R. y Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1, (10),* 61-82.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (dsm-5).* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Andrés, L., Rodríguez- Espínola, S. y Rodríguez-Cáceres, M. (2017). Estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes universitarios: diferencias por género y tipo de carrera. *Revista Akadémeia*, *16*(1), 113-130.

Asperger, H. (1994). Psicopatía autista en la infancia. En U. Frith (Ed.), *Autismo y síndrome de Asperger* (pp. 37-92). Cambridge University Press.

Bagnato, M. J. (2019). El bienestar emocional en madres de hijos con diagnóstico de TEA. *Revista de Psicología*, *18*(1), 46-60. https://dx.doi.org/10.24215/2422572Xe027

Barker, ET., Hartley, SL., Seltzer, MM., Floyd, FJ., Greenberg, JS. y Orsmond, GI. (2011). Trayectorias de bienestar emocional en madres de adolescentes y adultos con autismo. *Psicología del desarrollo*, *47*(2), 551–561. https://doi.org/10.1037/a0021268

Baron-Cohen, S. (1990). Autismo: un trastorno cognitivo específico de “ceguera de la mente”. *International Review of Psychiatry*, *2*, 81-90.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind". *Cognition*, *21*(1), 37-46.

Bedia, R.C., Ballesteros, D.B., Fernández, Z.G., Cilleros, M.V.M., Primo, P.G., Juanes, I. G. y Proal, A.Z. (2013). El autismo: una perspectiva neuroevolutiva del desarrollo temprano. *Trastornos del espectro Autista: detección, diagnostico e intervención temprana*, 95-120.

Beltran, V. J. A., Pava, J. A. P. y Palomá, S. R. S. (2019). *Efectos psicológicos relacionados en los estudios sobre cuidadores de personas con diagnóstico de TEA* (tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia.

Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, *4*(13), 51-62.

Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros & J. A Carrobles (dirs.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (3º edición). Madrid: Pirámide.

Caballo, V. E. (1987). Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI. Editores.

Camacho, C. y Camacho, M. (2005). Habilidades sociales en la infancia. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, *3*(1), 1-27.

Canedo, C. M., Andrés, M. L., Canet-Juric, L. y Rubiales, J. (2019). Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional en el bienestar subjetivo y psicológico en estudiantes universitarios. *Liberabit, 25*(1), 25-40.

Coto, C. M. (2007). Autismo infantil: el estado de la cuestión. *Revista de Ciencias Sociales (Cr), 2*(116), 169-180.

de León, M. (2011). *Estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia para enfrentar el trastorno del espectro autista en su hijo* (tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

de Melo, P. F., Alcantud, M. F. y Oliver, A. (2019). Adherencia al tratamiento de los cuidadores de niños con Trastorno del Espectro Autista. *European Journal Of Child Development, Education And Psychopathology, 7*(2), 145-157.https://dx.doi.org/10.30552/ejpad.v7i2.116

Dominguez-Lara, S. A. (2016). Inteligencia emocional y estrategias cognitivas de regulación emocional en universitarios de Lima: un análisis preliminar. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 13*(2).

Durán, M., García-Fernández, M., Fernández, J. y Sanjurjo, B. (2016). Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, *3*(1), 60-68.

Escoda, N. P., Guiu, G. y Benet, A. (2010). Competencia emocional y habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, XIII* (34).

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). ¿En que piensan las mujeres para tener un peor desajuste emocional? *Encuentro en Psicología Social,1*, 255-259.

Frith, U. (1989). Autism: Explaining the Enigma. Oxford: Blackwell.

García, T. M., Cabanillas, G., Moran, V. y Olaz, F. O. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de argentina. *Anuario Electrónico de Estudiantes en Comunicación Social "Disertaciones", 7*(2), 114-135.

Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(3), 141-149.

Gismero, G. E. (2002). *Manual de la Escala de Habilidades Sociales (2º ed.).*Madrid: TEA Ediciones.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of Emotion Regulation: An integrative review. *Review of General Psychology,2*(3), 271-299.

Gross, J. J. (1999). Regulación de las emociones: presente, pasado y futuro. *Cognición y emoción, 13*(5), 551-573.

Gross, J.J. (2002). Regulación de las emociones: consecuencias afectivas, cognitivas y sociales. *Psicofisiología, 39* (3), 281-291.

Gross, R. D. y Sierra, T. G. P. (2007). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta.*Manual Moderno.

Gutiérrez, C. M. y López, J. E. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 26*(2), 42-58.

Gutierrez, G. C., y Guaba, A. L. (2017). *Estrategias de afrontamiento en padres de hijo/as diagnosticados con TEA para el manejo de estrés en el Centro de Atención Psicológica y del Lenguaje APEL* (tesis de grado). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana.

Happé, F. (2007). *Introducción al autismo* (M, Núñez, Trad.). Madrid: Alianza Editorial.

Hernández, P. (2008). *Impacto psicosocial en familias con un hijo con autismo relato autobiográficos de seis madres de distintos niveles socioeconómicos* (tesis de grado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada, 59*(1-2), 9-36.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*(3), 150-217.

Lacunza, A. B. y de González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades, 12*(23), 159-182.

López, C. A. S. (2006). Preparación de la familia para atender al niño autista. *EduSol, 6*(15), 19-26.

López, M. (2000). La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional. *Psicología Online, 6*(7).

Marín, T. M., Robles, G. R., González-Fortaleza, C. y Andrade, P. P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala Dificultades de Regulación Emocional en españoles (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 35*(6), 521-526.

Mauss, I. B., Bunge, S. A. & Gross, J. J. (2007).Automatic emotion regulation.*Social and Personality Psychology Compass,*1, 146-167.

Mayne, T. y Bonanno, G. A. (2001). *Emociones: Problemas actuales y direcciones futuras.* Prensa Guilford.

McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment, 4*(1), 1–33.

Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á. y Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhe (Santiago), 22*(1), 83-96. http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.22.1.473

Mesa-Hernández, F. (2015). *Consecuencias sociales del autismo para los padres y las madres* (tesis de grado). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y de la Comunicación, Universidad de la Laguna, España.

Mikulic, I. M., Caballero, R. y Aruanno, Y. (2014). Competencias socio-emocionales en adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones,21*, 277-284.

Montañés, M. C. (2005).Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Universidad de Valencia, Valencia.*

Muñoz, P. E. (2017). *Propuesta de un programa de intervención emocional para padres con hijos con trastorno del espectro autista* (tesis de grado). Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Obando, D. (2009). *Experiencias de los cuidadores de niños y niñas de una institución* (tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Palmero, F. (1997). Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 2* (2-3).

Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología, 42*(3), 45-50.

Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L. y Koller, S. H. (2016). Habilidades sociales y factores de riesgo y de protección en la adultez emergente. *Psico (Porto Alegre), 47*(4), 268-278. http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.23398

Pérez, J. M. y Pulido, M. Á. B. (2013). Del autismo infantil precoz al trastorno del espectro autista. Trastornos del espectro autista: detección, diagnostico e intervención temprana.*Pirámide,*17-33.

Pérez, J. M. y Pérez, P. I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de neurología, 52*(1), 147-153.

Ramos Linares, V., Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E. y Oblitas, G. L. A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia psicológica*, *27*(2), 227-237.https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200008

Riviere, Á. (1997). *Definición: etiología, educación, familia papel psicopedagógico en el autismo.* Curso de desarrollo normal y autismo. Santa Cruz de Tenerife.

Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia, España: Acde Ediciones.

Rodríguez, A. P. A, Hernández, L. A. R. y Caicedo, M. M. J. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres con hijos con trastorno del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 2*(42), 111-126.

Roque, M. (2017). *Bienestar Psicológico en padres con hijos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista de Acedini Instituto para el logro potencial humano* (tesis de maestría). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Ruiz, R. N., Antón, T. P., González, B. E. y Moya A. L. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con Trastorno del Espectro Autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15*(4).

Sánchez, N. M. T., Fernández- Berrocal, P., Montañés, R. J. y Latorre, P. J.M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación, 6*(2), 455-474.

Seguí, J. D., Ortiz- Tallo, M. y De Diego, Y. (2008). Factores relacionados con el estrés en cuidadores de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y salud. *Anuales de Psicología, 24*(1), 100-105.

Suárez, F. M. P. y Espinoza, S. A. E. (2019). Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Revista de Psicología (PUCP), 37*(2), 643-682. https://dx.doi.org/10.18800/psico.201902.011

Thompson, R. A. (1994). Regulación de las emociones: un tema en busca de definición. *Monografías de la sociedad para la investigación en desarrollo infantil*, 25-52.

Tojín, A. (2014). *Sentido de vida en madres que tienen un hijo diagnosticado con el trastorno del Espectro Autista* (tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Torrens, E. R. (2006). Atención a familias en los servicios para personas con trastornos del espectro autista. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (14), 109-130.

Urzúa, A., Caqueo-Urízar, A., Araya, G., Caldedón, C., Lacouture, N., Quiroz, L. y Guzmán, M. (2016). Calidad de vida y dificultades de regulación emocional en la vida adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXV* (2), 135-144.

Vieytes, R. (2004). *Metodología de la Investigación Social*. México: Ed. Mc. Graw Hill.

Villamisar, D. A. G. y Borbolla, M. A. (1993). La" teoría de la mente" y el autismo infantil: una revisión crítica. *Revista complutense de educación*, *4*(2), 11-28.

Vived, C. E. (2011). *Habilidades sociales, autonomía personal y autorregulación.* (Vol. 194). Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Wing, L. (1981). *La educación del niño autista: guía para los padres y maestros.* Barcelona. Paidós.

Woodgate, R. L., Ateah, C., y Secco, L. (2008). Vivir en un mundo propio: la experiencia de los padres que tienen un hijo con autismo. *Investigación en salud cualitativa 18*(8), 1075-1083.https://doi.org/10.1177/1049732308320112

Anexos

Consentimiento informado

El presente consentimiento informado es una invitación a participar de un estudio de investigación. A tales efectos usted tiene derecho a conocer los objetivos de la investigación, los procedimientos empleados, cuál es su rol en la investigación y el tratamiento que se dará a los datos y la información que brinde. El presente formulario de consentimiento informado le brindará esa información. Por tal motivo, es necesario que le formule al personal de estudio todas las preguntas que crea pertinentes y le permitan esclarecer dudas sobre aquello que no comprenda relacionado con la investigación.

El objetivo de la investigación es analizar la relación existente entre las dimensiones de Regulación Emocional y la variable Habilidades Sociales en madres, padres o cuidadores primarios de niños con y sin diagnóstico TEA, para ello se le solicitará que responda los siguientes cuestionarios que se le presentan a continuación. La realización de la tarea es sin tiempo límite, pero debe ser llevada a cabo de manera individual, sin ayuda.

Se espera que estos datos contribuyan a la obtención del título de grado de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana. Con el fin de garantizar el anonimato, su nombre no será incorporado a los protocolos. El investigador asume el compromiso de resguardar la identidad de la totalidad de los participantes y la confidencialidad de los datos que surjan de las pruebas, tanto en los informes de avance de tesis como en la publicación de la tesis y/o en el caso de que los mismos sean publicados o presentados en eventos científicos.

¿Está de acuerdo en participar?

- Sí
- No

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Edad: ___

¿Su hijo/a tiene diagnóstico de TEA?:

- Sí
- No

Identidad de género:

- Femenino
- Masculino
- Otro

Zona de residencia actual:

- Capital Federal
- Gran Buenos Aires

Estado civil:

- Soltero
- En pareja
- Casado
- Separado/viudo

Nivel de estudio:

- Primariocompleto
- Primarioincompleto
- Secundariocompleto
- Secundarioincompleto
- Terciariocompleto
- Terciarioincompleto
- Universitariocompleto
- Universitarioincompleto

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

Gismero (2002)

A continuación, hay una lista de actitudes y comportamientos que refieren a muchas personas. Por favor, lee las oraciones con atención y elige una respuesta, pensando si te describen o no. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marca solo una opción en cada ítem. No dejes enunciados sin responder. Trata de ser lo más sincero que puedas.

Marca una cruz en la columna que corresponda: Cuanto más cerca de la A señales, menos te identifica o se parece a ti. Cuanto más cerca de la D señales, más te identifica o se parece a ti.

A	**B**	**C**	**D**

No se parece en nada a mí/ nunca o casi nunca lo haría/ Se parece mucho a mí/ Siempre o casi siempre lo haría o me pasa

		A	**B**	**C**	**D**
1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido				
2	Me cuesta telefonear a tiendas, oficinas, etc.				
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.				
4	Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo.				
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato hasta decirle que “no”.				
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que di prestado.				
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al mozo y pido que me la hagan denuevo.				
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.				
9	Muchas veces, cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.				
10	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.				
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería				
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro decirle que se calle.				

13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar lo que pienso.				
14	Cuando tengo apuro y me llama un amigo por teléfono, me cuesta mucho cortar.				
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden no sé como negarme.				
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto.				
17	No me resulta difícil hacer un cumplido a alguien que me gusta.				
18	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo iniciativa y me acerco a entablar una conversación con ella.				
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.				
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir emails a pasar por entrevistas personales.				
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.				
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado				
23	Nunca sé cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.				
24	Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.				
25	Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.				
26	Me suele costar mucho pedirle a un amigo que me haga un favor				
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.				
28	Me siento raro o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.				
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.)				
30	Cuando se me cuelan en una fila, hago como si no me diera cuenta				
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.				
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o “dar un paso al costado” para evitar problemas con otras personas.				
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me gusta pero que me llama varias veces.				

CUESTIONARIO CERQ (Regulación Emocional Cognitiva)

Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno (2013).

Generalmente todos hemos tenido que afrontar ahora o en el pasado sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia antes estas situaciones. Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer en qué piensas cuando experimentas sucesos negativos o desagradables.

	1 Casi nunca	2 Un poco	3 Medianamente	4 Bastante	5 Casi siempre
1-Siento que yo soy el culpable de lo que pasó.					
2- Pienso que tengo que aceptar lo que pasó.					
3- Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido.					
4- Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado.					
5- Pienso en que cosas podría haber hecho mejor.					
6- Pienso que puedo aprender algo de la situación.					
7- Pienso que podría haber sido mucho peor.					
8- Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le pasa a otros.					
9- Pienso que otros son culpables de lo que me pasó.					
10- Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado.					
11- Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores.					
12- Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte.					
13- Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación.					
14- Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido.					
15- Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado.					
16- Pienso que tengo que aceptar la situación.					
17- Siento que soy el responsable de lo que ha pasado.					
18- Quiero entender por qué me siento de esa manera.					
19- Pienso en cómo cambiar la situación.					

20- Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas.					
21- Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación.					
22- Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien.					
23- Pienso que esa situación tiene también partes positivas.					
24- Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido.					
25- Pienso que no puedo cambiar nada al respecto.					
26- Pienso en los errores que he cometido.					
27- Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado.					
28- Pienso en experiencias agradables.					
29- Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido.					
30- Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor.					
31- Miro las partes positivas del problema.					
32- Pienso que tengo que aprender a vivir con ello.					
33- Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo.					
34- Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida.					
35- Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación.					
36- Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros.					