



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

TERAPIAS PSICOLÓGICAS CON PADRES Y MADRES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON AUTISMO:UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Estudiante: Ramos Troncoso, Daniela Alejandra

Legajo: 27060

Director/es: Ahumada Méndez, Francisco

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctor en Psicología

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis [13 de Junio 2025]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 13 / 06 / 2025

Aclaración del autor: Daniela Alejandra Ramos Troncoso

Firma:



*A la luz de mi vida, mi pequeña Agustina
que ha sido fuerza y fuente de energía inagotable,
en este nuevo camino que hemos iniciado juntas.*

*A mi hermano, agradezco cada palabra de aliento
y su amor incondicional que ha sido refugio seguro.*

A mis padres, por su compañía.

*A mis amigos, amigas y seres queridos,
por cada conversación cálida,
que me impulsó cada día a seguir adelante.*

Con cariño les dedico estas páginas.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mi Director, Dr. Francisco Ahumada Méndez por su profundo compromiso, generoso apoyo, confianza y permanente disposición durante todo el proceso de elaboración de este estudio. Por las horas de conversación dedicadas al análisis, su claridad conceptual y la entrega de conocimientos rigurosos fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

Extiendo también mi gratitud al Dr. Carlos Serrano Gómez, cuya orientación académica, disponibilidad y ayuda desinteresada aportaron valiosos aportes a esta tesis. Su acompañamiento en momentos clave y su mirada crítica contribuyeron significativamente a enriquecer la calidad de este trabajo.

Agradezco especialmente a mi hija y mi familia, por su amor incondicional, paciencia y respaldo emocional. Su presencia constante fue mi ancla y mi impulso para seguir adelante en los momentos de mayor exigencia.

Quiero reconocer además a los y las docentes del Programa de Doctorado en la Universidad de Flores, Buenos Aires, por entregarme herramientas conceptuales y metodológicas que fortalecieron mi formación como investigadora.

Un reconocimiento especial a todos los padres, madres y cuidadores que participaron en los estudios revisados, y a quienes diariamente enfrentan con compromiso y valentía los desafíos del cuidado de niños, niñas y adolescentes con autismo. Sus vivencias y su dedicación fueron una fuente constante de inspiración para este trabajo.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de forma directa o indirecta, colaboraron, alentaron o confiaron en mí. Cada gesto de apoyo fue clave para llevar adelante esta labor con sentido y convicción.

**Terapias psicológicas con madres y padres de niños, niñas y adolescentes con autismo: Un
Metanálisis**

Índice de Contenido

<i>Resumen</i>	6
<i>Abstract</i>	7
<i>Resumen para tomadores de decisiones</i>	
<i>Introducción</i>	
<i>Antecedentes</i>	8
<i>Descripción del TEA en niños, niñas y adolescentes y terapias psicológicas</i>	8
<i>Descripción madres y padres de NNA con TEA</i>	11
<i>Efecto de las terapias psicológicas en las madres y padres de NNA con ASD</i>	12
<i>Relevancia de la revisión sistemática</i>	13
<i>Objetivos y preguntas</i>	
<i>Pregunta PICO RT</i>	14
<i>Objetivo general</i>	15
<i>Objetivos específicos</i>	16
<i>Marco teórico</i>	17
<i>Método</i>	56
<i>Resultados</i>	68
<i>Discusión</i>	176
<i>Conclusiones</i>	196
<i>Referencias</i>	198
<i>Anexos</i>	224

¡Error! Marcador no definido.

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) plantea desafíos significativos para las familias, en especial para los cuidadores primarios. Diversas intervenciones psicológicas han sido diseñadas para apoyar a padres y madres de niños, niñas y adolescentes con TEA, sin embargo, persisten brechas respecto a su efectividad comparativa y adaptación contextual. **Objetivo:** Esta revisión sistemática y metaanálisis tuvo como propósito evaluar la eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores primarios de NNA con TEA, considerando su impacto sobre estrés, ansiedad, depresión, autoeficacia, calidad de vida y conocimiento sobre el diagnóstico. **Método:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Web of Science, Scopus y PubMed hasta febrero de 2025, siguiendo los criterios PRISMA 2020. Se incluyeron estudios cuantitativos con diseños experimentales y cuasi-experimentales que evaluaran resultados psicológicos en cuidadores. La calidad metodológica se analizó mediante QATSDD y se aplicaron técnicas de síntesis narrativa y análisis cuantitativo con cálculo de tamaños de efecto. **Resultados:** Se incluyeron 28 estudios que abarcaron cinco tipos principales de intervención: entrenamiento parental estructurado, TCC adaptada, mindfulness, ACT y programas psicoeducativos mixtos. Las intervenciones demostraron mejoras significativas en reducción de estrés ($d > 0.80$), síntomas depresivos y aumento de autoeficacia. Las terapias basadas en ACT y mindfulness se destacaron en regulación emocional, mientras que el entrenamiento parental mostró alta efectividad en reducción de conductas problemáticas infantiles. **Conclusiones:** Las intervenciones dirigidas a cuidadores de NNA con TEA tienen un efecto positivo amplio y clínicamente significativo. La combinación de estrategias experienciales, psicoeducativas y emocionales parece ser la más efectiva. Se recomienda su integración en sistemas públicos de salud y programas de apoyo familiar.

Palabras claves:

Terapias Psicológicas, padres y madres, niños, niñas y adolescentes, Trastorno del espectro Autista (TEA)

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) presents significant challenges for families, particularly for primary caregivers. Various psychological interventions have been designed to support parents of children and adolescents with ASD; however, gaps remain regarding their comparative effectiveness and contextual adaptation. **Objective:** This systematic review and meta-analysis aimed to evaluate the efficacy of psychological interventions directed at primary caregivers of children and adolescents with ASD, focusing on their impact on stress, anxiety, depression, parental self-efficacy, quality of life, and knowledge of the diagnosis. **Methods:** A comprehensive search was conducted in the Web of Science, Scopus, and PubMed databases up to February 2025, following PRISMA 2020 guidelines. Quantitative studies with experimental and quasi-experimental designs assessing psychological outcomes in caregivers were included. Methodological quality was assessed using the QATSDD tool, and narrative synthesis and quantitative analysis with effect size estimation were applied. **Results:** Twenty-eight studies were included, covering five main types of interventions: structured parent training, adapted cognitive-behavioral therapy (CBT), mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and mixed psychoeducational programs. Interventions showed significant improvements in stress reduction ($d > 0.80$), depressive symptoms, and increased parental self-efficacy. ACT- and mindfulness-based therapies stood out for their impact on emotional regulation, while structured parent training was highly effective in reducing child disruptive behaviors. **Conclusions:** Psychological interventions for caregivers of children and adolescents with ASD demonstrate broad and clinically significant positive effects. The combination of experiential, psychoeducational, and emotional strategies appears to be the most effective. Integration of these interventions into public health systems and family support programs is strongly recommended.

Key words:

Psychological Therapies, Parents, Children and Adolescents, Autism Spectrum Disorder

Introducción

Antecedentes

Descripción del TEA en niños, niñas y adolescentes y las terapias psicológicas

El Trastorno del Espectro Autista ¹, conocido en inglés como Autism Spectrum Disorder (ASD), es una condición del neurodesarrollo que tiene inicio en la infancia y persiste hasta la adultez impactando en las áreas cognitiva, emocional y social (American Psychiatric Association, 2013). Esta condición se caracteriza por deficiencias en la comunicación y las relaciones sociales (AlHoranu et al., 2013; American Psychiatric Association, 2013; Gargaro et al., 2011; Kogan et al., 2009). Los individuos con TEA exhiben patrones de comportamientos repetitivos y estereotipados, junto con un repertorio restringido de intereses y actividades (Millá & Mulas, 2009; Wind et al., 2011).

Según las estadísticas, 1 de cada 160 niños (0,625%) en el mundo es diagnosticado con TEA, y cuatro de cada cinco personas con autismo son hombres. Sin embargo, la prevalencia real del TEA en muchos países con infraestructuras deficientes y bajos ingresos sigue siendo desconocida (AlHoranu et al., 2013; McConkey & Samadi, 2013; OMS, 2019). Estudios epidemiológicos en Europa señalan una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism-Europe, 2015). En Chile, no se disponen de estudios que registren el número de niños diagnosticados con TEA; sin embargo, estimaciones sugieren que aproximadamente 19.798 niños, niñas y adolescentes presentan este trastorno en el país (MINSAL, 2011).

El impacto del diagnóstico de TEA, no sólo considera al niño, niña o adolescente ² quien tiene la condición, sino también, involucra a todo su sistema familiar, escolar, social y comunitario; quienes son una parte importante en el proceso de su desarrollo e integración social (Baña, 2015; Bezanilla & Miranda, 2014). En el entorno familiar se destacan funciones que cada

¹ Trastorno del Espectro Autista: En adelante se utilizará la sigla *TEA* para referirse al Trastorno del Espectro Autista, una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones en la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos o repetitivos.

² Niños, niñas y adolescentes: Se utilizará la sigla *NNA* para referirse colectivamente a niños, niñas y adolescentes, con el fin de facilitar la lectura del texto y mantener un lenguaje inclusivo y no redundante.

uno de los miembros deben cumplir, una de ellas es prestar cuidado, velar por la supervivencia del NNA, entregándoles educación y las herramientas cognitivas, emocionales y sociales de manera consistente que le permitan una adecuada adaptación a los diversos contextos sociales (Bezanilla & Miranda, 2014; Martín y Tamayo, 2013; Oliva & Villa, 2013). Aquí el rol de los padres es fundamental para el buen pronóstico del NNA diagnosticado con TEA, ya que son sus figuras primarias de socialización (Alber-Morgan & Canella-Malone, 2015; Ayuda et al., 2012; Baharav & Reiser, 2010; Baña, 2015; Ju Hee, 2015).

El educar y sustentar un niño o adolescente con TEA es una experiencia compleja, donde las familias deben adaptarse y su objetivo es superar la transición del proceso de forma fluida y positiva (Cohrs y Leslie, 2017; Hayes & Watson, 2013; Raz et al., 2013). Sin embargo, las diversas revisiones de la literatura apuntan a que los padres y madres de NNA con TEA, adquieren niveles más altos de estrés, depresión y ansiedad que padres de niños con desarrollo típico, debido a la sobrecarga parental que consiste en tomar la responsabilidad y compromiso de hacerse cargo de sus hijos (Uljarević & Leekam 2020; Aithal et al., 2019; Baio et al., 2018; Kim et al. 2018; Lunsky et al., 2018; Al-Farsi et al., 2016; Bonis, 2016; Baña, 2015; Finnegan et al., 2014; Zhou & Yi, 2014; De Andrés-García et al., 2013; Hartley et al., 2012). Incluso dependiendo de cómo los padres reciben el diagnóstico existen posibilidades de que se produzca estrés postraumático así como otras dificultades psicosociales o psicopatologías (Lunsky et al., 2018; Ilias et al. 2017; Finnegan et al., 2014; Zhou & Yi, 2014; De Andrés-García et al., 2013). Los padres con niños y adolescentes con TEA pueden experimentar un impacto negativo en su bienestar psicológico, ya que deben cubrir necesidades adicionales y especiales de sus hijos, las cuales implican tareas estresantes, cognitivas y emocionalmente agotadoras (Al-Farsi et al., 2016; De Andrés-García et al., 2013).

El estudio de las terapias psicológicas orientadas a padres y madres de NNA con TEA se ha beneficiado con la contribución del paradigma neurocientífico, el cual ha permitido una mayor comprensión de los procesos cerebrales que se encuentran implicados en el estrés, la ansiedad, y la depresión en los cuidadores (Bonis, 2016). La neurociencia cognitiva ha profundizado en los mecanismos cerebrales involucrados en la regulación emocional, el agotamiento emocional (burnout) y la neuroplasticidad, conceptos centrales en la mejora del

bienestar parental a través de intervenciones como la Terapia Cognitivo- Conductual ³, la Terapia de Aceptación y Compromiso⁴, y las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness). Estas terapias ayudan a padres a modificar los circuitos cerebrales relacionados con el estrés crónico y a mejorar su capacidad de regulación emocional, lo cual ha sido validado por estudios de neuroimagen que muestran cambios en áreas clave del cerebro, como la amígdala y la corteza prefrontal (Bonis, 2016; Baña, 2015).

Existe un interés creciente, pero aún limitado, en el desarrollo de modelos de intervenciones para madres y padres de NNA con trastornos del espectro autista (Tarver, Law, & Kerr, 2019). Estas intervenciones se focalizan directamente en sintomatología que pueden desarrollar las madres y padres de niños pertenecientes a esta población, debido a la alta demanda que requiere el cuidado de sus hijos, además de proporcionarles información sobre temas relevantes asociados al autismo, y por lo tanto van más allá de los tratamientos usuales orientados a entrenar en habilidades y proveer de conocimiento con el objetivo último de apoyar al desarrollo de su hijo con TEA (MacKenzie, 2022). Por lo anterior, existirían dos tipos de intervenciones, 1) dirigidas directamente a madres y padres o “apoyo a los padres” y 2) dirigidas a los NNA con TEA o “implementación mediada por los padres”, siendo mucho más comunes las intervenciones mediadas por los padres que las intervenciones dirigidas a los padres (Bearss, 2015). Aun así, no existe total uniformidad, y bajo el concepto de intervenciones dirigidas a madres y padres de NNA con TEA, es decir, “apoyo a los padres”, es posible encontrar una elevada heterogeneidad que incluye asistencia en salud, entrenamiento, psicoeducación o psicoterapias (Bearss, 2015). En el metaanálisis más reciente de MacKenzie (2022) realiza una distinción entre intervenciones como “apoyo a los padres” e intervenciones “implementadas por los padres”, sin embargo, no profundiza de forma específica en cuáles de estas intervenciones de apoyo son terapias psicológicas o psicoterapéuticas.

Existe una incipiente evidencia en términos de psicoterapias o terapias psicológicas dirigidas a las madres y padres de NNA con TEA: 1) Terapias basadas en atención plena (MBT) y de aceptación y compromiso (ACT) (Marino, 2021; Corti, 2018; Lunsky, 2018; Chan, 2017;

³ Terapia Cognitivo-Conductual :En adelante se utilizará la sigla *TCC* para referirse a la Terapia Cognitivo-Conductual, un enfoque psicoterapéutico basado en la identificación y modificación de patrones de pensamiento y conducta disfuncionales.

⁴ Terapia de Aceptación y Compromiso: En adelante se utilizará la sigla *ACT* (por sus siglas en inglés: *Acceptance and Commitment Therapy*) para referirse a esta terapia de tercera generación, centrada en la aceptación del malestar emocional y la acción comprometida con valores personales significativos.

Cachia et al., 2016) 2) Programas de reducción del estrés basados en la atención plena (MBSR) (Dykens et al., 2014), 3) Terapia Cognitivo-Conductual (Maughan, 2024; Byrne, 2023; Onyishi, 2023; CBT Singer et al., 2007), 4) Terapia Dialéctica Conductual (DBT) (Burrell, 2012), 5) Terapia Estratégica Breve Orientada en las Soluciones (BSSFT) (Pavandi, 2021, 2022; Zhang, 2014) y 6) Terapia de Pareja Enfocada en las Emociones (EFCT).

Descripción síntomas madres y padres de NNA con TEA

Las madres y padres de NNA con TEA manifiestan una serie de dificultades en aspectos médicos, laborales, financieros y psicosociales (Benson, 2010, Sharpe, 2007). Además, en relación a sintomatología psiquiátrica, es posible encontrar principalmente relacionada a ansiedad, depresión y estrés (Chan, 2018; Tomeny, 2016; Heyes, 2004; Bitsika, 2004). Como también en aspectos de calidad de vida, que afecta su relaciones de pareja, familiar y social (Anchesi, 2023; Ooi, 2016; Stasha, 2014).

Al respecto, varios investigadores han adoptado la noción de que el NNA con TEA influye a toda la dinámica familiar comprendida como un sistema, y que la manera que las madres y padres afrontan el reto de la crianza, por ejemplo un niño con tendencia a la agresión, puede provocar una variedad de respuestas asociadas al estrés, ansiedad y conflicto marital (Cridland, 2014). A su vez, este estrés y conflicto dentro de la pareja puede afectar o reducir los posibles efectos de una intervención terapéutica con los NNA con TEA, lo que hace relevante abordar la sintomatología de madres y padres junto con la intervención temprana de los niños (Sharma, Sharma, & Sharma, 2022). Además, junto con el estrés de la crianza, existe un estrés económico y laboral duradero, vinculado con tratamientos, medicamentos, menor tiempo de trabajo que se destina al cuidado del NNA y menor oportunidades de empleo (Buescher, 2014; Ganz, 2007).

Cabe destacar que existen diferencias de sintomatología entre padres y madres de NNA con TEA asociada a la percepción y relación de cada uno de ellos con su hijo. Al respecto, la calidad de la relación padre-hijo está más asociado los niveles de sintomatología del niño, en comparación a la calidad de la relación madre-hijo, es decir, las madres tienden a establecer una relación más estrecha con sus hijos y manifestar percepciones positivas acerca de ellos, independiente de las características del niño, en cambio la percepción de los padres depende de estas características, pero a su vez las madres experimentan mayor sintomatología de depresión y

ansiedad que los padres, que puede deberse a una carga mayor de crianza y sentirse con mayor responsabilidad con su hijo (Rasoulpoor, 2023; Hartley et al., 2012; Dabrowska, 2010; Hasting, 2005).

Efecto de las terapias psicológicas en las madres y padres de NNA con ASD

Las terapias psicológicas dirigidas a los madres y padres de niños con TEA han demostrado ser eficaces en la reducción del estrés parental, el agotamiento emocional, la ansiedad y los síntomas depresivos. Los efectos más destacados incluyen una mejora en la autoeficacia parental (la confianza de los cuidadores en su capacidad para manejar los comportamientos desafiantes de sus hijos), así como una mejor regulación emocional y una mayor satisfacción en la crianza.

En la (1) Reducción del Estrés y la Ansiedad: Diversas investigaciones han documentado que las TCC y las intervenciones basadas en mindfulness son especialmente efectivas para reducir el estrés y la ansiedad en los cuidadores. Estas intervenciones permiten a los padres reestructurar patrones de pensamiento disfuncionales y enfocarse en el presente, lo que reduce la carga emocional asociada al manejo de comportamientos disruptivos en sus hijos (Chan et al., 2021; Bearss et al., 2015). (2) En la misma línea, existe una percepción en la mejora de la Autoeficacia Parental: Los programas de psicoeducación y entrenamiento en habilidades parentales han mostrado aumentar la percepción de los padres sobre su capacidad para enfrentar los desafíos del TEA, lo que se asocia con una reducción del estrés y una mayor competencia percibida en el manejo de los comportamientos de los niños (Kuhn & Carter, 2006). Los padres que reciben estos entrenamientos reportan una mayor sensación de control y éxito en sus esfuerzos por apoyar a sus hijos. (3) Reducción de la depresión y el burnout: La Terapia de Aceptación y Compromiso ha sido eficaz para abordar el agotamiento emocional y los síntomas de depresión en los padres de niños con TEA. Este enfoque enseña a los padres a aceptar las emociones difíciles, como la frustración y el miedo, sin intentar evitarlas, lo que reduce la carga emocional y mejora la calidad de vida (Levin et al., 2022). (4) Mejora de la Regulación Emocional y del Sueño: Las investigaciones recientes destacan la correlación entre las interrupciones del sueño en los niños con TEA y los niveles más altos de estrés en los padres (Meltzer & Mindell, 2018). Las intervenciones que incluyen mindfulness y otras técnicas de regulación emocional han mostrado mejorar la capacidad de los cuidadores para enfrentar el

agotamiento emocional asociado con la falta de sueño, lo que a su vez mejora las interacciones con sus hijos (Manczak et al., 2022). (5) Impacto en la Calidad de Vida Familiar: Los efectos de las terapias psicológicas no se limitan al bienestar individual de los cuidadores, sino que también impactan positivamente en la dinámica familiar. La reducción del estrés en los padres se traduce en una mejora en las relaciones familiares y una mayor capacidad para manejar los desafíos conductuales del niño con TEA, lo que crea un entorno más positivo para todos los miembros de la familia (Rodgers et al., 2021). (6) Apoyo Social y Reducción del Aislamiento: Los grupos de apoyo y las intervenciones grupales permiten a los padres compartir experiencias, lo que disminuye la sensación de aislamiento social que a menudo experimentan. Este tipo de intervención también facilita el intercambio de estrategias y brinda un espacio emocional seguro para discutir las dificultades del cuidado diario (Picardi et al., 2021) (7) Nuevas Tecnologías: Las intervenciones tecnológicas, como las aplicaciones móviles y las plataformas de telemedicina, han permitido una mayor accesibilidad a los recursos terapéuticos, proporcionando apoyo continuo y personalizado a los padres. Estas intervenciones mejoran el acceso a la atención, especialmente en áreas donde los servicios presenciales son limitados, y han mostrado reducir los niveles de estrés al proporcionar respuestas rápidas a las situaciones desafiantes (Cruz et al., 2021).

Relevancia del Metaanálisis

En cuanto al metanálisis, ésta es una metodología esencial en la investigación científica, diseñada para integrar y sintetizar los resultados de múltiples estudios independientes, proporcionando así una visión exhaustiva y precisa sobre el objeto de estudio (Hedges y Valentine, 2009).

Dentro de sus principales funciones destaca la integración de datos provenientes de diversas investigaciones, lo cual permite obtener una estimación global y robusta del efecto o fenómeno analizado. El valor del metaanálisis en esta investigación, permite evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas con padres y madres de NNA con TEA, incrementando la potencia estadística al comparar los tamaños muestrales de varios estudios, facilitando la detección de efectos pequeños que podrían no alcanzar significancia en análisis individuales (Hedges & Olkin, 1985). Además, posibilita la identificación de la consistencia o heterogeneidad entre los resultados de los estudios incluidos, lo que permite explorar las fuentes de variabilidad,

tales como las diferencias metodológicas o las características de las muestras (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003).

Otra función crucial del metanálisis es la producción de una medida resumida, como el tamaño del efecto, la odds ratio o el riesgo relativo, que sintetiza el promedio de los efectos observados en los estudios seleccionados (Borenstein et al., 2009). También desempeña un papel relevante en la evaluación del sesgo de publicación, permitiendo identificar si existe una sobre-representación de estudios con resultados positivos en la literatura científica, lo cual podría distorsionar las conclusiones (Duval & Tweedie, 2000). Por último, el metaanálisis facilita la exploración de relaciones moderadoras mediante análisis de subgrupos o meta-regresiones, permitiendo identificar variables que influyen en los resultados, como la edad de los participantes, el contexto cultural o los métodos de medición empleados (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003).

Con respecto a las terapias psicológicas, se evidencia que en su mayoría están dirigidas a NNA con TEA y no así a sus padres, mostrando escasez de información sobre este tema en específico (Parker & Mercer, 2019; Lunsky et al., 2017; Karst & Van Hecke, 2012). Por otra parte, las investigaciones en el campo del Trastorno del Espectro Autista, los enfoques terapéuticos y los resultados son altamente variados, el metaanálisis es crucial para identificar patrones consistentes respecto de la eficacia de las intervenciones terapéuticas con padres y madres de niños, niñas y adolescentes que tienen ésta condición; y así permite ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia.

Desde una perspectiva teórica, el metaanálisis contribuye significativamente al desarrollo conceptual del tratamiento del TEA, proporcionando un marco consolidado de conocimientos que permite identificar qué terapias son más efectivas y bajo qué circunstancias (Higgins & Green, 2011). Este conocimiento es esencial para el desarrollo de nuevas hipótesis y teorías sobre los mecanismos de acción de las terapias psicológicas y su impacto en las familias.

El valor práctico del metaanálisis reside en su capacidad para informar la práctica clínica con datos basados en evidencia sólida. Los resultados de este tipo de estudios proporcionan a los profesionales de la salud las herramientas necesarias para apoyar a las familias de manera más eficaz (Singer et al., 2007). Además, las políticas públicas pueden beneficiarse de estos hallazgos, orientando recursos hacia programas de intervención temprana demostrados como efectivos (Gurevitch et al., 2018). También facilita la síntesis del conocimiento científico al

ofrecer un panorama integral del estado del arte en un campo específico, identificando tendencias emergentes y vacíos en la literatura (Cooper et al., 2009). Asimismo, contribuye a la reducción de la incertidumbre, al generar estimaciones más precisas del efecto verdadero mediante la combinación de estudios (Borenstein et al., 2011). Finalmente, el metanálisis promueve la generación de nuevas hipótesis al identificar heterogeneidades y explorar áreas poco estudiadas, lo que impulsa el desarrollo de futuras investigaciones (Gurevitch et al., 2018).

Por último, metodológicamente, el metaanálisis supera muchas de las limitaciones de los estudios individuales, como el tamaño de muestra pequeño y la variabilidad en los diseños de estudio (Borenstein et al., 2009). Al combinar datos de múltiples investigaciones, se aumenta el poder estadístico y se obtiene una mayor precisión en las estimaciones del efecto de las intervenciones. Esto es esencial en el campo del TEA, donde la heterogeneidad de los estudios puede dificultar la obtención de conclusiones definitivas. Evaluar factores moderadores como la gravedad del autismo, la edad de los niños y el nivel socioeconómico de la familia proporciona una comprensión más detallada de las condiciones bajo las cuales las terapias son más efectivas, ofreciendo una base sólida para futuras investigaciones y mejoras en el diseño de estudios (Matson y LoVullo, 2009).

El presente escrito tiene el propósito de realizar una sistematización cuantitativa de la literatura sobre las terapias psicológicas en padres y madres de niños, niñas y adolescentes (NNA) con trastorno del espectro autista (TEA). La pregunta de investigación que guía el metaanálisis es ¿Cuáles son las principales terapias psicológicas con padres y madres de niños, niñas y adolescentes con TEA?

Distintos profesionales, usuarios, pacientes e investigadores del área de la salud, afrontan cantidades enormes de información, que a veces suelen tener resultados contradictorios (Arévalo et al. 2010). Este metaanálisis le va a permitir al lector, una información actualizada y resumida sobre las principales terapias psicológicas con padres y madres de niños con TEA para tener una mayor comprensión y conocimiento de las intervenciones. Los padres al tener mayor conocimiento sobre el trastorno y al recibir orientación actualizada sobre las principales terapias psicológicas, se espera que puedan crear nuevas estrategias de intervención respaldada por la evidencia existente respecto del tipo de terapias más utilizadas. Por otro lado, los profesionales, al contar con una revisión actualizada sobre las terapias psicológicas, se espera que puedan prestar servicios a los padres en base a las terapias más actuales.

Objetivos y preguntas

Pregunta PICoRT

¿Cuáles son los efectos cognitivos, afectivos y sintomatológicos de las terapias psicológicas con madres y padres de niños, niñas y adolescentes con autismo?

Participante: Madres y padres de niños, niñas y adolescentes con autismo.

Intervención: Terapias psicológicas.

Comparador: Distintas terapias y distintos efectos cognitivos, afectivos y sintomatológicos (depresión, ansiedad, estrés y otros constructos psicológicos: calidad vida).

Resultados: Cambios cognitivos, afectivos, sintomatología asociada y otros constructos psicológicos (ej. calidad de vida).

Objetivo general

Determinar la eficacia de las terapias psicológicas dirigidas a madres y padres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, a través de la combinación de resultados de múltiples estudios, con el objeto de proporcionar una visión exhaustiva y precisa de dichas terapias, ofreciendo recomendaciones basadas en la evidencia disponible.

Objetivos específicos

Objetivo 1: Analizar la relación entre diferentes tipos de terapias psicológicas para padres y madres de NNA con TEA mediante un metaanálisis de estudios observacionales.

Objetivo 2: Examinar la heterogeneidad en los resultados entre los estudios incluidos, identificando los tipos de terapias psicológicas para padres y madres de NNA con TEA más efectivos.

Objetivo 3: Sintetizar la evidencia sobre las propiedades psicométricas de las terapias psicológicas con padres y madres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista.

Objetivo 4:

Examinar la existencia de sesgo de la publicación o sesgos metodológicos que pueden afectar la evidencia acumulada en terapias dirigidas a padres y madres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Austita.

Marco teórico

1. Introducción al Trastorno del Espectro Autista (TEA)

1.a. Definición y características del TEA

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo que afecta de manera significativa la capacidad del individuo para comunicarse, interactuar socialmente y adaptarse a contextos sociales cambiantes. Desde una perspectiva clínica, el TEA se caracteriza por la presencia de dos dominios sintomáticos principales: (1) deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social recíproca; y (2) patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (American Psychiatric Association, 2013).

Estas características pueden manifestarse de diversas formas, lo que ha llevado a considerar al autismo como un "espectro", enfatizando la diversidad en la intensidad, combinación y expresión de los síntomas entre individuos. Algunos niños pueden presentar síntomas severos y una alta dependencia de apoyos intensivos, mientras que otros muestran dificultades más sutiles, con habilidades lingüísticas o cognitivas conservadas. Esta heterogeneidad también se observa en aspectos sensoriales, con reacciones hipersensibles o hiposensibles a estímulos como sonidos, texturas o luces, que pueden afectar la autorregulación y la participación social (Celis-Alcalá & Ochoa-Madrigal, 2022; Editorial JCPP, 2012).

Los criterios del DSM-5 establecen que estos síntomas deben estar presentes desde etapas tempranas del desarrollo y causar un deterioro clínicamente significativo en áreas fundamentales del funcionamiento diario. Además, pueden coexistir con discapacidades intelectuales, trastornos del lenguaje o problemas motores, lo que complejiza aún más el diagnóstico y tratamiento (American Psychiatric Association, 2013).

A nivel teórico, el TEA se ha abordado desde múltiples enfoques. El modelo biomédico ha enfatizado alteraciones en la conectividad cerebral, procesamiento sensorial y funciones ejecutivas, mientras que el enfoque neurodivergente ha promovido una comprensión del TEA como una forma distinta, no patológica, de procesamiento cognitivo y social. Estas miradas no son excluyentes: convergen en la necesidad de comprender al autismo desde una perspectiva

biopsicosocial, que integre lo neurológico con el contexto familiar, educativo y cultural en el que se desarrollan los niños, niñas y adolescentes con TEA (Greenspan & Wieder, 2006).

1.b. Prevalencia y diagnóstico

Durante las últimas décadas, la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista ha experimentado un incremento sostenido a nivel global. Según estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), aproximadamente uno de cada 100 niños se encuentra dentro del espectro autista. Sin embargo, estas cifras varían en función de los criterios diagnósticos utilizados, los sistemas de salud disponibles y el grado de sensibilización social sobre el trastorno (Mueller & Nkosi, 2020; Matson & Kozlowski, 2011). En el contexto latinoamericano, y particularmente en Chile, investigaciones recientes indican una prevalencia estimada del 1,95 %, con una marcada disparidad de género: por cada cuatro niños diagnosticados, solo una niña recibe el mismo diagnóstico (Yáñez et al., 2021). Esta diferencia ha sido objeto de amplio debate, ya que se sospecha que ciertos sesgos diagnósticos podrían estar subestimando la detección en niñas, especialmente aquellas con manifestaciones internalizantes o estilos de adaptación social más sutiles (Lai et al., 2015; Dworzynski et al., 2012).

Este aumento en los diagnósticos puede explicarse por una convergencia de factores: la ampliación de los criterios del DSM-5, el perfeccionamiento de las herramientas de evaluación, el crecimiento en la formación clínica especializada y la mayor conciencia pública sobre el autismo (Matson & Kozlowski, 2011). Investigaciones como las de Rollins et al. (2019) subrayan que la detección temprana ha mejorado significativamente en entornos urbanos, gracias a la integración de protocolos de tamizaje en pediatría. Sin embargo, este crecimiento también ha generado nuevos desafíos para los sistemas de salud y educación, que en muchos contextos aún no cuentan con los recursos suficientes para ofrecer una atención continua, equitativa y especializada (Liu et al., 2021; Marino et al., 2020). La falta de infraestructura especializada, la desigual distribución geográfica de los profesionales y la fragmentación de servicios contribuyen a generar demoras diagnósticas y brechas de acceso que afectan particularmente a las familias más vulnerables (Rollins et al., 2019). El proceso diagnóstico continúa siendo complejo, particularmente en casos con presentaciones clínicas atípicas o con condiciones comórbidas. Una de las asociaciones más frecuentes es con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

(TDAH), el cual se presenta en aproximadamente un 32,8 % de los niños diagnosticados con TEA (Canals et al., 2024). Esta superposición sintomática puede dificultar la identificación diferencial, retrasar el acceso a apoyos específicos y conducir a planes terapéuticos inadecuados si no se consideran ambas dimensiones del desarrollo (Wengrovius et al., 2022; Van der Meer et al., 2012). Asimismo, múltiples estudios han señalado una brecha temporal significativa entre la identificación inicial de signos de alarma por parte de los padres y el diagnóstico formal del TEA, lo cual suele generar altos niveles de ansiedad, frustración y desgaste emocional en las familias (Rollins et al., 2019; Daniels & Mandell, 2014).

La literatura también destaca el papel de las barreras culturales, económicas y territoriales en el acceso oportuno al diagnóstico del TEA. Familias que viven en situación de vulnerabilidad socioeconómica, en comunidades rurales o en contextos con baja densidad de recursos especializados, suelen recibir diagnósticos más tardíos o menos precisos, lo que limita la oportunidad de implementar intervenciones tempranas (Rollins et al., 2019; Durkin et al., 2010). Este fenómeno ha sido especialmente documentado en países de ingresos medios y bajos, donde el acceso desigual a servicios de salud mental y desarrollo infantil es una constante (Daniels & Mandell, 2014). En este sentido, estudios recientes como el de Liu et al. (2021) han demostrado que el uso de tecnologías digitales, como plataformas móviles y telepsicología, puede representar una vía efectiva para acercar procesos de evaluación e intervención a familias en sectores históricamente desatendidos, mejorando la cobertura diagnóstica y brindando acompañamiento remoto en tiempo real. Estas estrategias no solo promueven la equidad en el acceso, sino que también fortalecen la capacidad de las familias para participar activamente en el proceso de identificación y tratamiento del TEA (Gentile et al., 2022).

El diagnóstico del TEA puede complicarse debido a la alta heterogeneidad de los síntomas y la coexistencia frecuente con otras condiciones, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La comorbilidad entre TEA y TDAH ha sido ampliamente documentada, con estimaciones que sitúan su prevalencia conjunta entre el 30 % y el 50 % de los casos (Antshel & Russo, 2019; Leitner, 2014). Esta combinación puede generar perfiles clínicos complejos, en los que los síntomas se solapan y enmascaran entre sí, dificultando tanto la detección temprana como la formulación de diagnósticos precisos. Estudios como el de Canals et al. (2024) advierten que solo una fracción de estos casos comórbidos es detectada en etapas

iniciales del desarrollo, lo que limita la oportunidad de diseñar intervenciones ajustadas y eficaces. Esta brecha en la identificación temprana representa un desafío crítico para los sistemas de salud y educación, y subraya la necesidad de capacitar a los profesionales en enfoques diferenciales, transdiagnósticos e interdisciplinarios (Lai et al., 2019; Van der Meer et al., 2012).

1.c. Desafíos en los padres y sus familias

El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en un hijo o hija representa un punto de inflexión emocional y estructural para la familia. Los padres, especialmente las madres como principales cuidadoras, enfrentan desde etapas muy tempranas un proceso de ajuste complejo que incluye la aceptación del diagnóstico, la reorganización del proyecto de vida familiar y la adaptación a una rutina centrada en el cuidado especializado (Soto Calderón, 2002; Estes et al., 2013). Este proceso suele implicar no solo la gestión de emociones intensas —como la culpa, la incertidumbre, la ansiedad y la frustración—, sino también una constante búsqueda de información, recursos y apoyo profesional (Bekhet et al., 2012; Altieri & von Kluge, 2009). Además, factores como el momento del diagnóstico, el nivel de funcionalidad del niño y la preparación emocional previa de los padres inciden directamente en la capacidad de adaptación familiar (Zuckerman et al., 2015; Estes et al., 2009).

Uno de los desafíos más documentados en la literatura es la alta prevalencia de estrés parental. Estudios han mostrado que los padres de niños con TEA reportan niveles significativamente más altos de estrés, ansiedad y síntomas depresivos en comparación con padres de niños con desarrollo típico o incluso con otras condiciones del neurodesarrollo (Rollins et al., 2019; Jones et al., 2017; Estes et al., 2013). Esta sobrecarga emocional suele estar directamente asociada a las demandas del cuidado diario: planificación de terapias, manejo de conductas disruptivas, sensibilidades sensoriales y dificultades en la comunicación o socialización del niño (Bearss et al., 2015; Hayes & Watson, 2013). La exposición constante a estas exigencias, sin redes de contención efectivas, puede derivar en agotamiento físico y mental, afectando la salud global de los cuidadores (Shooshtari et al., 2024; Weitlauf et al., 2014).

Además del impacto psicológico, las familias enfrentan múltiples obstáculos de tipo práctico y estructural. Muchos padres deben abandonar o reducir sus jornadas laborales para poder asumir los cuidados del niño, lo que repercute en el bienestar económico del hogar y puede

generar tensiones en la relación de pareja o entre los miembros del sistema familiar (Gentile et al., 2022; Mahoney & Solomon, 2020). Esta reorganización de la vida cotidiana tiene consecuencias también en la salud física de los cuidadores, quienes frecuentemente experimentan trastornos del sueño, fatiga crónica y somatización (Hayes & Watson, 2013). En contextos donde el acceso a servicios de salud mental y educación inclusiva es limitado o inequitativo, como ocurre en zonas rurales o en familias con menor nivel socioeconómico, estos desafíos se ven aún más agravados (Gentile et al., 2022; Kalalo et al., 2021; Durkin et al., 2010).

Un componente clave en el impacto que tiene el TEA sobre la familia es la percepción del apoyo social. La falta de redes de contención —ya sean formales (profesionales, instituciones) o informales (familia, amistades, comunidad)— está directamente relacionada con mayores niveles de estrés parental y dificultades en el ajuste familiar (Russa et al., 2015; Marino et al., 2021). En contraste, las familias que reportan altos niveles de apoyo emocional, instrumental y comunitario tienden a mostrar mayor resiliencia, una percepción más positiva de su rol como cuidadores y mejor calidad de vida (Mohammadi et al., 2024; Kuhn & Carter, 2006). Diversas investigaciones destacan también que el fortalecimiento del sentido de autoeficacia parental es un mediador crucial entre el apoyo recibido y el bienestar psicológico del cuidador (Akhani, Dehghani, & Gharraee, 2021; Bearss et al., 2015).

Estudios como el de Rollins et al. (2019) advierten que solo una fracción de los casos de comorbilidad TEA y TDAH es detectada en etapas iniciales del desarrollo, lo que limita la oportunidad de diseñar intervenciones ajustadas y eficaces. Esta brecha en la identificación temprana representa un desafío crítico para los sistemas de salud y educación, y subraya la necesidad de capacitar a los profesionales en enfoques diferenciales, transdiagnósticos e interdisciplinarios (Lai et al., 2019; Van der Meer et al., 2012).

En este sentido, se vuelve esencial implementar intervenciones que no solo se enfoquen en el niño con TEA, sino que integren activamente a los padres en el proceso terapéutico, reconociéndolos como agentes de cambio (Rollins et al., 2019; Bearss et al., 2015). Programas de entrenamiento parental como *RUBI-PT*, *Pathways*, y modelos integradores como *Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS)* han mostrado efectos positivos tanto en la reducción del estrés parental como en el desarrollo socioemocional del niño (Bearss et al.,

2015Singh et al., 2014). Más aún, enfoques basados en autocompasión, como la *Compassion-Focused Therapy (CFT)*, han demostrado que trabajar con las emociones, creencias y autopercepción de los cuidadores puede tener un impacto indirecto favorable en la dinámica familiar (Shooshtari et al., 2024; Rojas-Torres et al., 2021).

Por último, no debe ignorarse el efecto de los estigmas sociales sobre las familias. Muchos padres reportan experiencias de discriminación, aislamiento o juicios por parte de su entorno, lo que refuerza la sensación de soledad y dificulta la solicitud de ayuda (Kiani et al., 2020; Zuckerman et al., 2015). Estos estigmas se entrecruzan muchas veces con barreras culturales, lingüísticas o de género, y pueden generar impactos psicosociales prolongados, especialmente en madres cuidadoras (Lai & Szatmari, 2020). Estas vivencias pueden ser particularmente dolorosas cuando se suman a las barreras institucionales y a la carga emocional que ya implica el proceso de crianza. Abordar estos desafíos exige una mirada sistémica, sensible al contexto y comprometida con el acompañamiento integral de las familias como parte del núcleo de cualquier intervención para el TEA.

2. Impacto Psicológico del TEA en Padres y Familias

2.a. Estrés y sobrecarga emocional en los padres

El diagnóstico de TEA en un hijo suele generar una profunda disrupción emocional y funcional en los cuidadores primarios, especialmente en las madres, quienes comúnmente asumen el rol principal en el cuidado. La evidencia empírica señala consistentemente que los padres de niños con TEA experimentan niveles significativamente más altos de estrés parental que los padres de niños con desarrollo típico u otras condiciones del neurodesarrollo. Esta sobrecarga no se limita a lo emocional, sino que se extiende a lo físico, financiero y ocupacional, incidiendo negativamente en la calidad de vida y en el funcionamiento familiar cotidiano (Liu et al., 2021).

Diversos estudios demuestran que las madres presentan niveles particularmente elevados de ansiedad, depresión y síntomas somáticos en comparación con los padres, lo que ha sido atribuido a la mayor implicación en el cuidado diario, así como a una autoexigencia más intensa respecto al bienestar de sus hijos. Rasoulpoor et al. (2023), en un metaanálisis incluido entre los

documentos revisados, señalan que esta brecha de sintomatología puede explicarse por una diferencia en la percepción de vínculo y responsabilidad: mientras las madres desarrollan relaciones más estrechas con sus hijos, también se sienten más directamente responsables de su progreso y bienestar.

La interacción entre las características del niño —por ejemplo, conductas agresivas, déficit comunicativos o trastornos del sueño— y las capacidades parentales para afrontar estas demandas, modulan directamente la intensidad del estrés parental. Estudios como el de Shooshtari et al. (2020) destacan que los trastornos del sueño en los niños con TEA generan un círculo vicioso de agotamiento físico y emocional en los cuidadores, lo que a su vez deteriora su salud mental y capacidad de regulación emocional. Este fenómeno se ve acentuado en contextos con acceso limitado a servicios especializados o redes de apoyo familiar, lo que incrementa el riesgo de agotamiento emocional (burnout).

En respuesta a estos desafíos, múltiples investigaciones han documentado la eficacia de intervenciones psicológicas específicas para abordar el estrés parental. La Terapia de Aceptación y Compromiso, aplicada en formatos grupales, ha mostrado resultados positivos en la reducción de síntomas depresivos y en la mejora del afrontamiento emocional en cuidadores de niños con TEA. Maughan et al. (2024) observaron que los beneficios de una intervención grupal breve basada en ACT se mantenían incluso meses después de la finalización del programa.

Por otra parte, Bearss et al. (2015) destacan que las intervenciones parentales centradas en habilidades de manejo conductual también reducen significativamente la percepción de estrés parental, al fortalecer la autoeficacia de los cuidadores y proveer herramientas prácticas para enfrentar las conductas problemáticas de sus hijos. Complementariamente, intervenciones basadas en atención plena (mindfulness) han sido eficaces para mejorar la regulación emocional de los padres, al fomentar una actitud de aceptación hacia los eventos estresantes y reducir la reactividad emocional asociada al cuidado diario.

La literatura reciente también señala que el abordaje del estrés parental debe considerar la dimensión sistémica del entorno familiar. Por ejemplo, investigaciones como las de Andrews et al. (2022) y Marino et al. (2021) subrayan que el bienestar emocional de los padres tiene un

efecto directo sobre la adaptación funcional de los niños, promoviendo una retroalimentación positiva entre la reducción del estrés en los cuidadores y las mejoras en el comportamiento infantil. Esto valida la necesidad de integrar a los padres en los planes terapéuticos desde una lógica participativa, reconociéndolos como agentes fundamentales en el proceso de intervención y cambio.

En síntesis, el estrés parental asociado al cuidado de un niño con TEA es un fenómeno complejo y multidimensional, que requiere intervenciones sensibles, integradas y basadas en evidencia científica. La promoción de estrategias de afrontamiento, el fortalecimiento de la autoeficacia, y el acceso a intervenciones psicológicas especializadas no solo alivian la sobrecarga emocional de los padres, sino que mejoran el funcionamiento general del sistema familiar.

2.b. Efectos en la salud mental de los padres (ansiedad, depresión, agotamiento)

La experiencia de cuidar a un hijo con Trastorno del Espectro Autista implica una carga emocional considerable para los padres, quienes deben enfrentar demandas persistentes y exigencias complejas que con frecuencia superan sus recursos emocionales, físicos y sociales. Numerosos estudios han documentado niveles elevados de estrés parental, ansiedad, agotamiento emocional y síntomas depresivos, siendo estos más pronunciados que en cuidadores de niños con otros trastornos del neurodesarrollo o en población neurotípica. Esta sobrecarga no solo se manifiesta en la dimensión psicológica, sino también en la somática, evidenciándose en trastornos del sueño, fatiga crónica y síntomas de tensión fisiológica prolongada (Straiton et al., 2020; Raulston, Machalicek, & Knowles, 2019).

Las investigaciones sugieren que las madres tienden a experimentar mayores niveles de sintomatología emocional que los padres, lo cual se atribuye al rol tradicional de cuidadoras primarias que suelen asumir. Esta diferencia de género se expresa en una mayor incidencia de ansiedad, depresión y sentimientos de insuficiencia parental entre las madres, en comparación con los padres (Sharma, Sharma, & Sharma, 2022Ç; Kiyani et al., 2020).

Asimismo, estudios como el de Maughan et al. (2024) han confirmado que las madres con mayores niveles de carga emocional percibida también presentan una reducción significativa en la calidad de vida y en la percepción de autoeficacia en el cuidado.

El agotamiento emocional o burnout parental es otro fenómeno común en familias que cuidan a un niño con TEA. Esta condición se caracteriza por una sensación persistente de fatiga emocional, distanciamiento afectivo del rol parental y disminución de la realización personal, afectando la relación madre/padre-hijo (Shoostari et al., 2020; Mohammadi et al., 2024). Según Singh et al. (2014), la acumulación de demandas crónicas sin resolución puede derivar en una forma de desconexión emocional, especialmente en contextos donde los sistemas de apoyo institucional y comunitario son débiles o inexistentes.

Asimismo, se ha evidenciado que el perfil conductual del niño con TEA influye directamente en el nivel de estrés del cuidador. Por ejemplo, Rattaz, Bonniau, Michelon, Munir, & Baghdadli, (2016) señalan que la presencia de comportamientos disruptivos, inflexibilidad cognitiva y dificultades comunicativas intensifica la presión emocional sobre los cuidadores, quienes muchas veces carecen de herramientas conductuales adecuadas para afrontar tales desafíos. Estudios como los de Andrews et al. (2022) y Bearss et al. (2015) respaldan que los comportamientos más problemáticos del niño están estrechamente relacionados con mayores niveles de estrés y desgaste parental.

En respuesta a estas condiciones, diversas intervenciones psicológicas han demostrado ser eficaces para disminuir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Programas como RUBI-PT y ACT combinados con entrenamiento conductual parental han logrado reducir significativamente los síntomas de ansiedad y estrés en cuidadores, mientras fortalecen su sentido de autoeficacia y resiliencia familiar (Abdelaziz et al., 2024; Andrews et al., 2022; Bearss et al., 2015). Estas terapias también promueven el desarrollo de habilidades emocionales y de regulación cognitiva, las cuales son esenciales para mantener la funcionalidad familiar a largo plazo.

Por último, la literatura destaca que el enfoque terapéutico más eficaz no es el que se centra exclusivamente en el niño, sino aquel que aborda a la familia como sistema. Intervenciones integrales que consideran las necesidades psicológicas de los padres, fortalecen sus redes de apoyo y promueven el autocuidado emocional, son fundamentales para generar un entorno saludable que beneficie tanto al cuidador como al niño con TEA (Rojas-Torres et al., 2021; Marino et al., 2021; Shoostari et al., 2020).

2.c. Ajuste familiar y adaptación a la vida cotidiana

El ajuste familiar tras el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un hijo implica un proceso complejo y prolongado que exige cambios estructurales, emocionales y funcionales dentro del sistema familiar. Las demandas continuas relacionadas con el cuidado del niño, las terapias, y la búsqueda de apoyos educativos y sociales, obligan a las familias a reorganizar su vida cotidiana en función de las necesidades del hijo con TEA (Mahoney & Solomon, 2020; Marino et al., 2020). Este proceso de ajuste no es homogéneo, ya que varía según el nivel de funcionamiento del niño, el momento del diagnóstico, el grado de apoyo recibido, y los recursos internos y externos con los que cuenta la familia.

Las madres, en particular, suelen asumir la mayor parte de las responsabilidades de cuidado, lo cual conlleva una carga física y emocional adicional. Estudios como el de Shooshtari et al. (2020) han identificado que las madres experimentan una mayor interrupción de la rutina diaria, renuncian o reducen sus jornadas laborales y se ven obligadas a asumir una planificación casi exclusiva de las actividades terapéuticas del hijo. Esta sobrecarga, sin el apoyo adecuado, puede generar un deterioro en la salud física y mental de la cuidadora principal, afectando la estabilidad emocional y la dinámica de la familia en su conjunto (Liu et al., 2021).

La vida familiar se ve también alterada en términos de relaciones interpersonales y tiempo libre. La planificación de las rutinas diarias gira en torno a las terapias, intervenciones, y necesidades específicas del niño con TEA, lo cual deja poco espacio para la espontaneidad o la atención a otros miembros de la familia. Fisher et al. (2022) indican que este fenómeno puede generar tensiones conyugales, sentimientos de exclusión en hermanos y una reducción significativa en las actividades sociales del núcleo familiar. En este contexto, el sentido de cohesión familiar y la percepción de apoyo social se vuelven factores determinantes para facilitar una adaptación saludable.

Diversas investigaciones resaltan la importancia de implementar programas centrados en la familia que permitan fortalecer las habilidades parentales, fomentar el afrontamiento resiliente y distribuir de forma más equitativa las responsabilidades del cuidado. Por ejemplo, el estudio de Abdelaziz et al. (2024) evidencia que las intervenciones grupales orientadas a padres logran

disminuir los niveles de estrés y aumentar la percepción de autoeficacia parental, lo que incide positivamente en la adaptación de la familia a la nueva rutina. Asimismo, modelos terapéuticos como Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) promueven una adaptación más armónica al contexto cotidiano al mejorar la regulación emocional del cuidador y su capacidad de respuesta ante conductas desafiantes (Singh et al., 2014).

No obstante, el ajuste familiar depende también de factores estructurales como el nivel socioeconómico, el acceso a servicios especializados y el entorno comunitario. Sharma, Sharma, & Sharma, 2022, destacan que las familias con menor acceso a recursos enfrentan mayores barreras para lograr una adaptación efectiva, lo que incrementa la probabilidad de experimentar disfunción familiar. Por ello, las políticas públicas deben orientarse a garantizar una cobertura equitativa de servicios, acompañamiento profesional y espacios de apoyo comunitario que favorezcan el ajuste de las familias ante el TEA.

En síntesis, la adaptación a la vida cotidiana tras el diagnóstico de TEA requiere una reorganización integral de la estructura y funcionamiento familiar. El éxito de este proceso depende tanto de los recursos personales de los padres como del entorno social y de los sistemas de apoyo disponibles. Fortalecer la red de soporte, ofrecer intervenciones accesibles y trabajar desde un enfoque sistémico son claves para fomentar una adaptación positiva y sostenible en las familias.

3. Necesidades Psicológicas de los Padres de Niños con TEA

3a. Necesidades de apoyo emocional y social

El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en un hijo implica transformaciones significativas en la vida de los padres, quienes enfrentan niveles elevados de estrés, incertidumbre y sobrecarga emocional. Estos efectos suelen intensificarse en ausencia de redes de apoyo sólidas, ya que muchas familias se ven enfrentadas al desafío de adaptarse sin contar con contención emocional o recursos comunitarios apropiados (Sharma, Sharma, & Sharma, 2022; Shooshtari et al., 2020). En este contexto, el apoyo social emerge como un factor protector esencial, no solo por su capacidad de reducir el estrés percibido, sino por su función en la validación emocional, el acompañamiento en la toma de decisiones y la facilitación de estrategias adaptativas.

La evidencia indica que los padres que participan en redes de apoyo —formales o informales— reportan menores niveles de ansiedad y mayor percepción de autoeficacia parental. Estas redes pueden incluir grupos de apoyo entre pares, intervenciones guiadas por profesionales de salud mental, comunidades terapéuticas o asociaciones de padres (Rojas-Torres et al., 2021; Singh et al., 2014;). El sentido de pertenencia que se genera en estas redes permite a los cuidadores expresar sus emociones, compartir experiencias y acceder a información relevante para el cuidado del niño con TEA, lo que a su vez contribuye al fortalecimiento del bienestar psicológico familiar (Rollins et al., 2019; Bearss et al., 2015).

El apoyo emocional se convierte en una necesidad prioritaria, especialmente para las madres que suelen asumir el rol principal en la atención del niño. Diversos estudios han mostrado que la falta de acompañamiento emocional se relaciona con mayor sintomatología depresiva, desregulación afectiva y sentimientos de aislamiento social (Mohammadi et al., 2024; Hollway et al., 2016). A su vez, el acceso limitado a servicios profesionales o grupos comunitarios puede agravar esta sensación de soledad, afectando el vínculo parental y la dinámica familiar. Por ello, intervenciones dirigidas a facilitar el contacto con otras familias, acompañamiento profesional continuo y espacios de validación emocional resultan fundamentales.

Los programas psicoeducativos que integran componentes de autocuidado, regulación emocional y formación en habilidades parentales también han demostrado efectividad en la reducción del estrés parental. En particular, programas como RUBI-PT han reportado mejoras significativas en la percepción de control y adaptación de los cuidadores al rol parental, a la vez que disminuyen los niveles de ansiedad y síntomas depresivos (Andrews et al., 2022; Bearss et al., 2015). Estos beneficios se amplifican cuando los cuidadores cuentan con el soporte de redes familiares o comunitarias activas que colaboran con la implementación de las recomendaciones terapéuticas.

Por otra parte, la resiliencia familiar se ve directamente influenciada por la calidad del apoyo social recibido. Familias que acceden a redes funcionales muestran mayor flexibilidad para adaptarse a los cambios, mayor compromiso con el desarrollo del niño y un mejor equilibrio entre las responsabilidades de cuidado y las necesidades individuales (Marino et al., 2021; Fisher

et al., 2022). Esta relación entre apoyo social, resiliencia y bienestar familiar subraya la necesidad de diseñar políticas públicas y programas de intervención que prioricen el fortalecimiento de las redes comunitarias y la disponibilidad de servicios accesibles y culturalmente pertinentes.

3.b. Estrategias de afrontamiento y resiliencia

Frente a las elevadas exigencias emocionales, físicas y sociales que implica el cuidado de un niño con TEA, el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas y la promoción de la resiliencia emergen como factores protectores clave para el bienestar psicológico de los padres. La resiliencia —entendida como la capacidad de adaptación positiva frente a la adversidad— ha sido ampliamente documentada en investigaciones recientes como una cualidad dinámica que se puede fortalecer mediante intervenciones específicas (Mohammadi et al., 2024; Straiton et al., 2020).

Una de las intervenciones más consistentes es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la cual promueve la flexibilidad psicológica al enseñar a los padres a aceptar experiencias internas difíciles —como la frustración, la ansiedad o la tristeza— sin intentar suprimirlas, al mismo tiempo que se comprometen con acciones consistentes con sus valores familiares. Estudios como los de Maughan et al. (2024) y Abdelaziz et al. (2024) muestran que los programas breves de ACT no solo reducen el malestar psicológico en cuidadores, sino que también mejoran su sentido de autoeficacia y percepción de control sobre los desafíos cotidianos del cuidado.

Asimismo, las intervenciones basadas en mindfulness, como Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS), han demostrado ser eficaces en la reducción del estrés parental y en el fortalecimiento de la resiliencia. Singh et al. (2014) y Shooshtari et al. (2020) documentan que este enfoque ayuda a los padres a regular sus emociones, disminuir la reactividad ante conductas desafiantes del niño y cultivar una mayor presencia y compasión en la interacción diaria con sus hijos.

Otro componente relevante de las estrategias de afrontamiento es la participación en programas de entrenamiento parental estructurado. Estos programas no solo entregan

herramientas conductuales para el manejo de conductas problemáticas, sino que también refuerzan la confianza parental y reducen el aislamiento emocional. Por ejemplo, el programa RUBI-PT ha demostrado aumentar significativamente la percepción de autoeficacia parental y reducir la angustia psicológica en cuidadores (Bearss et al., 2018; Bearss et al., 2015).

La resiliencia no se entiende solo como una capacidad individual, sino también como una cualidad relacional y contextual. En ese sentido, intervenciones como la Terapia Basada en la Compasión (CFT) han mostrado efectos positivos tanto en el afrontamiento emocional como en la calidad del vínculo entre cuidadores e hijos, promoviendo una experiencia más empática y menos autocrítica del rol parental (Mohammadi et al., 2024; Rojas-Torres et al., 202).

Finalmente, se ha subrayado la importancia de que las estrategias de afrontamiento sean sostenidas por redes de apoyo sólidas y por profesionales capacitados. Estudios como los de Marino et al. (2021) y Kalalo et al. (2021) muestran que las intervenciones con enfoque sistémico y centrado en la familia no solo reducen el estrés parental, sino que también fomentan un entorno más saludable para el desarrollo del niño y la adaptación familiar global.

3.c. Importancia de una red de apoyo para el bienestar familiar

La disponibilidad de una red de apoyo sólida desempeña un rol fundamental en la calidad de vida de las familias de niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista. Los cuidadores principales, especialmente las madres, han reportado mayores niveles de bienestar emocional y menor sintomatología de estrés cuando cuentan con redes de apoyo efectivas, tanto formales como informales. Estas redes pueden estar conformadas por profesionales de la salud mental, equipos educativos, otros padres con experiencias similares, así como familiares y amistades cercanas (Mohammadi et al., 2024; Shooshtari et al., 2020).

Las investigaciones coinciden en que las redes de apoyo contribuyen a reducir el aislamiento social y promueven un sentido de pertenencia en los padres, mitigando la sensación de carga emocional que conlleva el cuidado intensivo de un hijo con TEA (Jones et al., 2017). La percepción de sentirse comprendido y acompañado reduce el riesgo de desarrollar síntomas ansiosos o depresivos, y fortalece la resiliencia parental ante los múltiples desafíos cotidianos asociados al trastorno (Straiton et al., 2020; Mahoney & Solomon, 2020).

En un contexto terapéutico, los programas de intervención que integran componentes comunitarios han demostrado ser más eficaces en generar resultados sostenibles. Estudios como los de Rojas-Torres et al. (2021) y Marino et al. (2020) resaltan que cuando las terapias incluyen mecanismos de participación colectiva, tales como grupos psicoeducativos, espacios de contención emocional y redes colaborativas, los padres reportan mayor satisfacción con el tratamiento, así como una disminución del estrés parental.

Además, la red de apoyo se convierte en un factor protector crucial durante etapas de crisis o transiciones vitales (por ejemplo, el ingreso escolar o la adolescencia del hijo/a). Las familias con acceso a estos recursos muestran mayor estabilidad emocional y cohesión familiar, lo que repercute positivamente en la evolución del niño (Kalalo et al., 2021; Bearss et al., 2018). A su vez, se ha observado que la participación en redes permite a los cuidadores adquirir herramientas prácticas, compartir aprendizajes y construir modelos de afrontamiento más adaptativos frente a las dificultades (Inoue et al., 2022).

No obstante, el acceso desigual a estas redes, debido a barreras territoriales, económicas o culturales, sigue siendo un problema persistente en muchas regiones. En este sentido, propuestas como las de Andrews et al., (2022) destacan el valor de las intervenciones digitales y comunitarias como estrategias viables para superar dichas barreras, ampliando la cobertura de servicios a familias marginadas o con menor acceso a profesionales especializados.

Por todo ello, se hace indispensable que las políticas públicas y programas de intervención reconozcan el valor estructural de las redes de apoyo en el acompañamiento de familias con hijos e hijas con TEA. El fortalecimiento de estas redes no solo mejora el bienestar individual de los padres, sino que también impacta positivamente en la salud emocional del niño y en el funcionamiento global del sistema familiar (Andrews et al., 2022; Bearss et al., 2015).

4. Modelos Teóricos de Intervención Psicológica con Padres

Los modelos teóricos de intervención psicológica con padres de niños con TEA se basan en enfoques que ayudan a abordar el estrés y promover el bienestar familiar.

4.a. Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman

El modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) ofrece un marco teórico relevante para comprender el impacto psicológico que el cuidado de un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tiene sobre los padres. Este modelo define el estrés como una relación entre la persona y el entorno, que es evaluada como exigente o desbordante de los recursos personales. En padres de niños con TEA, las exigencias cotidianas como el manejo de conductas desafiantes, la planificación de tratamientos y la incertidumbre respecto al futuro del hijo, constituyen fuentes permanentes de estrés. Las investigaciones recientes han confirmado que los cuidadores tienden a emplear estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la evitación o la preocupación excesiva, lo que agrava su malestar emocional (Rojas-Torres et al., 2021; Bearss et al., 2015).

Sin embargo, intervenciones psicoeducativas orientadas a reforzar estrategias centradas en el problema —como la planificación, la búsqueda de información y el establecimiento de rutinas estables— han demostrado ser eficaces en la reducción del estrés parental y en la promoción de un afrontamiento más adaptativo (Abdelaziz et al., 2024; Shooshtari et al., 2020). El desarrollo de habilidades de regulación emocional también es fundamental, ya que permite a los padres enfrentar de forma más flexible los desafíos diarios del cuidado, contribuyendo a la mejora del bienestar psicológico y familiar (Mohammadi et al., 2024; Singh et al., 2014). Adicionalmente, estos modelos han sido integrados en terapias como ACT (Acceptance and Commitment Therapy), que promueven la aceptación de experiencias difíciles y el compromiso con valores familiares como ejes centrales del afrontamiento parental (Maughan et al., 2024).

4.b. Teoría del Apego y Vínculo Afectivo

La teoría del apego, formulada por John Bowlby (1988), resalta la importancia de los vínculos tempranos en el desarrollo psicológico. En contextos de crianza de niños con TEA, esta teoría resulta esencial para fundamentar intervenciones que buscan fortalecer la sensibilidad parental, mejorar la comunicación y reducir el estrés parental a través del fortalecimiento del lazo afectivo. Las investigaciones han mostrado que padres con vínculos seguros tienden a responder de manera más eficaz a las necesidades emocionales del niño, incluso frente a conductas disruptivas frecuentes en el TEA (Fisher et al., 2022; Rattaz et al., 2016).

Programas como el VIPP-AUTI (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism) aplican esta teoría en la práctica clínica, enfocándose en la observación y mejora de las interacciones parentales. Este tipo de intervención ha demostrado fortalecer el apego seguro y mejorar la sensibilidad parental, contribuyendo a la disminución de comportamientos problemáticos en los niños y a una mejor regulación emocional en los padres (Falk et al., 2022; Poslawsky et al., 2013). Asimismo, el uso de herramientas de retroalimentación en video permite visibilizar y reforzar las respuestas parentales más eficaces, promoviendo una autoimagen positiva del rol cuidador. Estos resultados refuerzan la importancia del vínculo afectivo no solo como un factor protector para el niño, sino también como una fuente de resiliencia para los padres, especialmente en familias con altos niveles de estrés (Shooshtari et al., 2020).

4.c. Modelo Sistémico Familiar

El modelo sistémico concibe a la familia como un sistema interdependiente, donde los cambios en uno de sus miembros afectan a todo el conjunto (Minuchin, 1974). Esta perspectiva es útil para comprender cómo el diagnóstico de TEA impacta en la dinámica familiar y permite diseñar intervenciones que involucren activamente a todos los integrantes del núcleo familiar. Terapias como la Terapia Familiar Sistémica y la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT) han mostrado beneficios significativos en la cohesión familiar, la comunicación entre miembros y la disminución del estrés parental (Andrews et al., 2022; Bearss et al., 2015).

Además, la integración de este enfoque permite abordar conflictos familiares subyacentes que pueden intensificarse con las exigencias del cuidado prolongado. Estudios como los de Mohammadi et al. (2024) y Marino et al. (2021) evidencian que el fortalecimiento de las relaciones familiares reduce la percepción de sobrecarga, aumenta la percepción de autoeficacia parental y favorece una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado. Este tipo de intervención tiene un valor adicional en contextos con acceso limitado a redes de apoyo externo, ya que promueve una resiliencia interna en la familia y fomenta soluciones desde el entorno más cercano del niño con TEA (Rojas-Torres et al., 2021).

5. Terapias Psicológicas para Padres de Niños con TEA

5.a. Descripción general de las intervenciones y su eficacia

Las intervenciones psicológicas dirigidas a padres de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) constituyen una herramienta clave para abordar el impacto emocional, conductual y funcional que conlleva la crianza en este contexto. Diversos estudios han documentado que la participación parental en intervenciones terapéuticas no solo mejora el bienestar psicológico de los cuidadores, sino que también repercute positivamente en el desarrollo y comportamiento de los niños (Bearss et al., 2015; Singh et al., 2014). Estas terapias pueden adoptar diversos enfoques, incluyendo intervenciones cognitivo-conductuales, programas de entrenamiento psicoeducativo, terapias basadas en la aceptación y compromiso, así como metodologías que integran mindfulness y regulación emocional.

La evidencia empírica respalda consistentemente que los programas estructurados de intervención parental logran reducir significativamente el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos en los padres, al tiempo que mejoran la autoeficacia, la percepción del rol parental y la capacidad para enfrentar comportamientos desafiantes (Marino et al., 2020; Rollins et al., 2019). En el plano cognitivo, estas intervenciones permiten a los padres adquirir una comprensión más precisa sobre el funcionamiento neurodivergente de sus hijos, facilitando una respuesta más empática y adaptativa ante sus necesidades. De igual manera, en el plano conductual, los padres aprenden a aplicar técnicas como el reforzamiento positivo, el modelado y el establecimiento de rutinas que favorecen la autorregulación del niño (Raulston et al., 2019; Pennefather et al., 2018).

Los efectos de estas intervenciones también se evidencian en una mejor calidad de vida familiar, mayor cohesión en la pareja, y un entorno más regulado emocionalmente para los niños con TEA. Por ejemplo, el programa RUBI-PT (Research Units in Behavioral Intervention - Parent Training), adaptado específicamente para padres de niños con TEA, ha mostrado resultados significativos en la reducción de conductas disruptivas y del estrés parental a través de un entrenamiento sistemático en habilidades conductuales (Inoue et al., 2022; Bearss et al., 2015). Asimismo, estudios recientes como los de Abdelaziz et al. (2024) y Singh et al. (2014),

destacan que el acompañamiento terapéutico parental no solo impacta a nivel individual, sino que transforma las dinámicas familiares, fomentando el sentido de competencia y conexión emocional.

Por lo tanto, la eficacia de las terapias psicológicas para padres de niños con TEA se sustenta en su capacidad para generar cambios sostenibles en la conducta, la regulación emocional y la estructura familiar. Los programas que combinan componentes psicoeducativos, emocionales y conductuales ofrecen los mayores beneficios, especialmente cuando son implementados de forma sistemática y con acompañamiento profesional continuo.

5.b. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se ha consolidado como una de las estrategias terapéuticas más efectivas en el acompañamiento de padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este enfoque permite abordar tanto el malestar emocional derivado de la crianza como las dificultades conductuales del niño, mediante técnicas centradas en la modificación de pensamientos disfuncionales, la regulación emocional y la adquisición de habilidades de afrontamiento prácticas. Cuando se integra la participación activa de los padres, la TCC no solo reduce los niveles de ansiedad, estrés y depresión en los cuidadores, sino que también promueve mejoras significativas en la conducta de los hijos y en la dinámica familiar general (Mahoney & Solomon, 2020; Bearss et al., 2015).

Una de las adaptaciones más destacadas de la TCC para padres es el programa Stepping Stones Triple P, el cual incorpora módulos específicos dirigidos a padres de niños con discapacidades del desarrollo, incluyendo TEA. Este programa ha demostrado reducir la intensidad de los comportamientos disruptivos del niño, aumentar las competencias parentales percibidas y disminuir el estrés asociado al rol de cuidado (Andrews et al., 2022; Singh et al., 2014). Su eficacia se encuentra especialmente en su estructura modular, que permite adaptar las estrategias a las necesidades particulares de cada familia, y en su enfoque orientado a la práctica y la solución de problemas.

Otra iniciativa basada en la TCC es el modelo JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation), que, aunque centrado en el niño, involucra profundamente a los

padres en el proceso terapéutico. A través del entrenamiento en habilidades para promover la atención conjunta y el juego simbólico, los padres desarrollan herramientas para facilitar la interacción social y la comunicación de sus hijos, reduciendo así la frustración y los comportamientos problemáticos derivados de las dificultades comunicativas (Pennefather et al., 2018; Kasari et al., 2010).

Además, programas como el Coping Cat, originalmente desarrollado para niños con ansiedad, han sido adaptados exitosamente para niños con TEA de alto funcionamiento, permitiendo que los padres participen como cofacilitadores en la implementación de estrategias de afrontamiento y autorregulación. Esta participación no solo incrementa la eficacia del tratamiento infantil, sino que fortalece la alianza terapéutica entre el sistema familiar y los profesionales de salud mental (Raulston et al., 2019).

A nivel clínico, la efectividad de la TCC radica en su capacidad para ser replicada en el entorno doméstico, empoderando a los padres como agentes de cambio. Esta transferencia de competencias promueve la autonomía familiar en el manejo del comportamiento, reduce la dependencia de profesionales externos y fortalece el vínculo afectivo entre padres e hijos. Investigaciones como las de Abdelaziz et al. (2024) y Singh et al. (2014) confirman que la integración de la TCC en la vida cotidiana de las familias con niños con TEA puede mejorar significativamente su bienestar psicológico y funcional.

5.c. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) representa una innovación significativa dentro del conjunto de intervenciones psicológicas aplicadas a padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Basada en los principios del conductismo contextual, ACT propone un modelo centrado en el desarrollo de *flexibilidad psicológica*, es decir, la capacidad de los individuos para contactar con sus pensamientos y emociones sin evitarlos ni sobreidentificarse con ellos, mientras actúan en coherencia con sus valores personales (Hayes, 1999). En el contexto del cuidado parental, esta propuesta se revela particularmente útil, ya que ayuda a los cuidadores a enfrentar el malestar emocional crónico sin quedar paralizados por él.

En los últimos años, la aplicación de ACT con padres de niños con TEA ha mostrado evidencia empírica robusta. Estudios como el de Maughan et al. (2024) indican que programas grupales breves basados en ACT logran una reducción significativa en síntomas de depresión, angustia parental y ansiedad, efectos que se mantienen incluso varios meses después de finalizada la intervención. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Shooshtari et al. (2020), quienes documentan cómo la integración de prácticas de aceptación y mindfulness mejora la regulación emocional de los padres, incrementa su sentido de autoeficacia y fortalece la calidad del vínculo con sus hijos.

Uno de los elementos distintivos de ACT es su énfasis en el compromiso con la acción valiosa, lo que permite a los padres redefinir sus objetivos de crianza en términos de lo que consideran significativo, en lugar de enfocarse exclusivamente en evitar el sufrimiento. Esta perspectiva transforma la relación con las emociones negativas y promueve una actitud de apertura y compasión hacia uno mismo y hacia el niño, favoreciendo el establecimiento de relaciones más cálidas y receptivas (Rojas-Torres et al., 2021; Singh et al., 2014).

Adicionalmente, investigaciones como las de Andrews et al. (2022) han explorado la combinación de ACT con programas de entrenamiento conductual parental (como RUBI-PT o Stepping Stones Triple P), encontrando que esta integración potencia los efectos en ambos dominios: se reduce el malestar emocional parental mientras se fortalecen las competencias en manejo conductual. Estos enfoques híbridos han demostrado ser especialmente útiles para padres con altos niveles de estrés o antecedentes de sintomatología depresiva, quienes suelen presentar mayor resistencia o fatiga hacia intervenciones tradicionales más directivas.

Por su estructura flexible y su foco en la experiencia vivida, ACT también ha sido adaptada con éxito a formatos telemáticos, lo cual ha facilitado su acceso en comunidades rurales o con limitaciones de tiempo y movilidad. Estudios como los de Bearss et al. (2015) y Kalalo et al. (2021) refuerzan la necesidad de extender estos modelos de intervención a poblaciones diversas, destacando que el enfoque basado en valores que propone ACT puede tener un impacto transversal en diferentes contextos socioculturales.

En conjunto, la Terapia de Aceptación y Compromiso ofrece un marco sólido y humanizante para el trabajo con padres de niños con TEA, combinando ciencia conductual con

una visión profunda del sufrimiento humano, y promoviendo una forma más compasiva, resiliente y significativa de ejercer la parentalidad.

5.d. Terapias basadas en mindfulness y reducción de estrés

Las terapias basadas en mindfulness han ganado reconocimiento en el campo de la psicología clínica como intervenciones efectivas para reducir el estrés, la ansiedad y otros síntomas psicológicos, particularmente en contextos de alta demanda emocional como la crianza de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En el caso de los padres y madres de niños con TEA, estas prácticas ofrecen herramientas para observar y aceptar los pensamientos y emociones difíciles sin reaccionar de manera automática o desadaptativa, lo cual contribuye significativamente a mejorar su bienestar psicológico y la calidad de sus relaciones familiares (Shooshtari et al., 2020; Singh et al., 2014).

Una de las metodologías más estudiadas es el programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), originalmente desarrollado por Jon Kabat-Zinn, y posteriormente adaptado para contextos parentales. Investigaciones como las de Bazzano et al. (2013) han mostrado que los padres que participan en programas MBSR experimentan mejoras sustanciales en la regulación emocional, una disminución del estrés percibido y una mayor capacidad para mantener la calma ante conductas desafiantes del niño. Estas intervenciones también inciden de manera positiva en el nivel de empatía hacia el hijo y en la percepción de autoeficacia parental, factores clave para sostener vínculos saludables y funcionales.

Asimismo, Singh et al. (2014) desarrollaron el enfoque Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS), una intervención que combina técnicas de atención plena con estrategias conductuales positivas. En este programa, se enseña a los padres a mantener la atención presente, reducir sus juicios internos y responder con mayor sensibilidad a las necesidades del niño. Los resultados muestran una reducción significativa en los niveles de estrés parental, así como mejoras en la conducta de los hijos, incluyendo disminuciones en la agresividad, la irritabilidad y los episodios de autoestimulación excesiva.

Otro estudio de Shooshtari et al. (2020) respalda que la práctica regular de mindfulness también puede aumentar la cohesión familiar y el compromiso emocional de los padres,

generando una atmósfera doméstica más regulada. Los beneficios de estas terapias no se limitan al plano psicológico: también se han observado mejoras en indicadores fisiológicos de salud, como la calidad del sueño y la reducción de síntomas somáticos asociados al estrés crónico.

La ventaja de las terapias basadas en mindfulness radica en su adaptabilidad. Pueden ser implementadas en formato grupal o individual, presencial o virtual, y no requieren conocimientos previos en meditación para su efectividad. Esto las convierte en una alternativa accesible y escalable para padres que enfrentan sobrecarga emocional y limitaciones de tiempo (Singh et al., 2014).

En resumen, las terapias basadas en mindfulness ofrecen a los padres de niños con TEA herramientas prácticas para cultivar la conciencia emocional, la aceptación y la compasión hacia sí mismos y hacia sus hijos. Su implementación sistemática ha demostrado efectos positivos tanto en la salud mental de los cuidadores como en el comportamiento y la calidad de vida de los niños. Estas intervenciones son particularmente valiosas como complemento a otros modelos terapéuticos, como la TCC o ACT, enriqueciendo el abordaje del cuidado parental desde una perspectiva integradora.

5.e. Intervenciones psicoeducativas y de entrenamiento parental

Las intervenciones psicoeducativas y los programas de entrenamiento parental han demostrado ser pilares fundamentales en la atención integral de familias con niños que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA). Estos enfoques buscan empoderar a los cuidadores a través de la entrega estructurada de conocimientos sobre el desarrollo infantil, la conducta autista y estrategias concretas de intervención conductual y emocional. A diferencia de otros modelos centrados exclusivamente en el niño, estas intervenciones consideran a los padres como agentes activos del cambio terapéutico, capaces de transferir y generalizar las habilidades adquiridas en entornos naturales como el hogar y la escuela (Abdelaziz et al., 2024; Bearss et al., 2015).

Uno de los modelos más representativos es el programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), que combina elementos psicoeducativos con el diseño estructurado del entorno. Su énfasis en la anticipación, el uso de apoyos visuales y la enseñanza explícita de rutinas favorece una mayor autonomía del

niño y reduce las conductas desafiantes, mientras que los padres adquieren herramientas prácticas para modificar el entorno familiar de manera efectiva (Mohammadi et al., 2024; Shoostari et al., 2020).

Otro programa destacado es el VIPP-AUTI (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism), una intervención que utiliza videograbaciones de interacciones entre padres e hijos para promover una mayor sensibilidad parental. A través del análisis conjunto con profesionales, los padres aprenden a identificar señales comunicativas del niño, ajustar su respuesta emocional y fortalecer los patrones de apego seguro (Fisher et al., 2022; Rattaz et al., 2016). Esta técnica ha demostrado eficacia en mejorar la calidad del vínculo afectivo y reducir la percepción de estrés parental, especialmente en cuidadores que presentan altos niveles de inseguridad emocional o escasa experiencia previa con el TEA.

Por su parte, los programas de entrenamiento conductual como RUBI-PT (Research Units in Behavioral Intervention – Parent Training) combinan sesiones estructuradas con la práctica supervisada de estrategias para el manejo de conductas problemáticas, incluyendo refuerzo positivo, extinción, tiempos fuera y programas de reforzamiento diferenciado. Bearss et al. (2015) y Rollins et al. (2019) documentan mejoras significativas en la reducción de agresividad, autolesiones y desregulación emocional en niños con TEA, así como una disminución en el estrés y aumento de la autoeficacia en los padres.

Estos programas tienen la ventaja de ser fácilmente adaptables a distintos contextos culturales, niveles educativos y estructuras familiares. Investigaciones como las de Inoue et al. (2022) y Marino et al. (2021) han demostrado que tanto las intervenciones presenciales como aquellas implementadas en formato remoto (teleterapia o autoformación con seguimiento profesional) logran efectos positivos comparables, ampliando así las posibilidades de acceso para familias en zonas rurales o con limitaciones logísticas.

En síntesis, las intervenciones psicoeducativas y de entrenamiento parental no solo fortalecen las competencias parentales, sino que también transforman la experiencia del cuidado en una oportunidad de desarrollo mutuo. Al promover el conocimiento, la práctica consciente y el vínculo afectivo, estos programas se consolidan como componentes esenciales en cualquier estrategia terapéutica orientada a mejorar la calidad de vida de niños con TEA y sus familias.

6. Metodologías de Terapia de Grupos para Padres

6.a. Grupos de apoyo y terapias grupales: objetivos y beneficios

Se ha demostrado que las intervenciones grupales de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) reducen significativamente el estrés parental en madres de niños con TEA. Por ejemplo, estas intervenciones pueden conducir a una mayor competencia parental y a una disminución del estrés infantil en comparación con los métodos autodirigidos (Mazidi et al., 2015). Además, algunas estrategias que incluyen talleres y visitas domiciliarias continuas han resultado en una mayor autoeficacia parental (McStay et al., 2013). Los entornos grupales para estas terapias mejoran el intercambio de experiencias, fomentando la resiliencia colectiva entre los padres.

En esta misma línea, los grupos de apoyo y las terapias grupales para padres también proporcionan un espacio donde pueden compartir experiencias, recibir apoyo emocional y obtener información valiosa. Estos grupos ayudan a reducir el aislamiento social, promoviendo la creación de redes de apoyo entre los participantes. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en formato grupal evidenció mejoras en la salud mental de los padres, reduciendo significativamente la depresión y la angustia familiar, con beneficios sostenidos hasta cuatro meses después de la intervención (Maughan et al., 2024).

Por otra parte, los programas basados en la atención plena (mindfulness) diseñados específicamente para padres también muestran resultados prometedores. Los estudios indican que el entrenamiento en mindfulness puede generar mejoras sustanciales en la salud mental parental al reducir la ansiedad y el estrés, y mejorar la calidad de vida percibida en familias con niños diagnosticados con TEA (Ridderinkhof et al., 2018). Programas como la iniciativa MYmind, que combina técnicas de mindfulness con estrategias de crianza, han demostrado mejorar la atención plena parental y reducir significativamente el estrés parental (Bazzano et al., 2013). Además, las prácticas de mindfulness colectivo en terapias de grupo permiten a los padres participar en conversaciones de apoyo que pueden mejorar sus capacidades de afrontamiento, a la vez que fomentan una presencia serena en sus interacciones con sus hijos.

Asimismo, las intervenciones psicoeducativas centradas en la comprensión del autismo y sus implicaciones son esenciales para fortalecer los sistemas de apoyo parental. Programas como el PACT (Tratamiento Centrado en la Comunicación Mediada por los Padres) no solo capacitan a los padres para interactuar eficazmente con sus hijos, sino que también fomentan una comunidad de aprendizaje entre los participantes, transformando las experiencias parentales

individuales en una experiencia de aprendizaje colectiva (Higgins & Green, 2011). La evidencia sugiere que un mayor conocimiento sobre las complejidades del autismo reduce la sensación de aislamiento entre los padres y los empodera a través de experiencias y soluciones compartidas (Pickles et al., 2016).

A su vez, las intervenciones de capacitación parental son otra metodología crucial, que se ha evaluado rigurosamente mediante revisiones sistemáticas. Estas intervenciones abordan diversas facetas del estrés parental y los problemas de conducta infantil. Proporcionan a los padres técnicas conductuales concretas que pueden utilizar en casa, reduciendo eficazmente los problemas relacionados con las conductas disruptivas en sus hijos. La capacitación parental estructurada ha demostrado mejoras tanto en la salud mental de las madres como en la relación padre-hijo, lo que refuerza la importancia de estas metodologías en entornos terapéuticos (Ilias, 2016).

6.b. Intervenciones en grupo versus intervenciones individuales

En este contexto, comparar las intervenciones grupales e individuales permite destacar los beneficios únicos de cada modalidad. Las intervenciones grupales no solo son más rentables, sino que también fomentan un sentido de comunidad, permitiendo a los padres aprender de las experiencias de otros. Sin embargo, las intervenciones individuales ofrecen atención personalizada, adecuada para abordar necesidades específicas de las familias. Ambos enfoques tienen un impacto positivo en el manejo del estrés parental, y su efectividad depende de las características individuales de los participantes y de la naturaleza de los desafíos que enfrentan (Comer et al., 2015).

En particular, la comparación entre intervenciones grupales e individuales para padres de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) evidencia la diversidad de enfoques que producen distintos resultados. Las intervenciones grupales suelen enfatizar el aprendizaje y el apoyo compartidos, lo que mejora eficazmente las habilidades y la confianza parental (Kalalo et al., 2021; Marino et al., 2020). Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorio demostró que las intervenciones conductuales teleasistidas pueden ayudar a reducir el estrés parental, a la vez que abordan los problemas de conducta de los niños mediante sesiones colectivas de capacitación parental (Marino et al., 2020). Además, estos entornos grupales fomentan el apoyo comunitario, influyendo positivamente en la experiencia general de crianza.

Por el contrario, las intervenciones individuales ofrecen enfoques más personalizados. Las investigaciones indican que las estrategias implementadas por los padres pueden generar mejoras significativas en las habilidades de comunicación de los niños, un aspecto crucial para los niños con TEA. Esta atención personalizada puede ser más beneficiosa en casos específicos, ya que las intervenciones implementadas por los padres han demostrado ser eficaces y menos costosas que los enfoques dirigidos por terapeutas (Abdi et al., 2023). Asimismo, estas intervenciones empoderan a los padres para implementar estrategias eficazmente en sus rutinas diarias, fomentando una comprensión más profunda de las necesidades únicas de su hijo (Artis et al., 2021).

6.c. Modalidades de intervención online y presenciales

Las investigaciones sobre modalidades de intervención en línea y presenciales para padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) sugieren distintas ventajas y desafíos asociados a cada formato.

Por un lado, las intervenciones en línea, a menudo caracterizadas por su flexibilidad y accesibilidad, han demostrado una eficacia significativa para mejorar la participación parental. Por ejemplo, un estudio de Vismara et al., (2009) indica que un programa breve de capacitación para padres basado en telesalud puede generar cambios duraderos en las habilidades de comunicación social de los niños, especialmente cuando se centra en habilidades parentales que se pueden incorporar fácilmente a los entornos naturales de los niños (Vismara et al., 2009). Además, enfoques culturalmente informados, como el Entrenamiento de Respuesta Clave (PRT), han empleado eficazmente entornos en línea para adaptarse a familias diversas, lo que demuestra que las modalidades remotas pueden ajustarse a las necesidades específicas de la comunidad (Lopez, 2024; Minjarez et al., 2010).

Por otro lado, las intervenciones presenciales facilitan una mayor interacción relacional y experiencias de aprendizaje prácticas. En este sentido, los programas centrados en la interacción directa entre padres e hijos han demostrado que el coaching personalizado durante estas sesiones puede mejorar significativamente la calidad de la dinámica de juego, lo cual es fundamental para los niños con TEA (Freeman & Kasari, 2013; Mahoney & Perales, 2003). Asimismo, la formación presencial permite una retroalimentación inmediata y un aprendizaje observacional, aspectos cruciales para la adquisición de habilidades en contextos de cuidado (Shamsudin et al., 2021).

Finalmente, las modalidades de intervención en línea y presenciales ofrecen flexibilidad y adaptabilidad según las necesidades familiares. Las sesiones presenciales promueven una conexión interpersonal más profunda, mientras que las intervenciones en línea eliminan barreras geográficas y ofrecen mayor accesibilidad. Por ejemplo, la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT) implementada mediante videoconferencia demostró ser eficaz en la mejora de las habilidades parentales y en la reducción de comportamientos disruptivos en los niños (Comer et al., 2015).

7. Intervenciones Basadas en la Familia para el Apoyo Parental

7.a. Terapias familiares y el rol de la familia en el tratamiento

Un componente fundamental de estas intervenciones es el establecimiento de redes de apoyo social. Las investigaciones indican que el apoyo social parental desempeña un papel importante en la mitigación del estrés parental, la mejora de la autoeficacia y, en última instancia, la mejora del comportamiento en niños con TEA. El apoyo social percibido actúa como un factor moderador en la relación entre la autoeficacia parental y el estrés psicológico, facilitando prácticas de crianza eficaces que pueden reducir los problemas de conducta en los niños. Además, los programas de capacitación para padres generan mejoras significativas en la conducta adaptativa infantil y los síntomas de autismo, fomentando un entorno de apoyo donde las familias pueden compartir experiencias y estrategias de afrontamiento. Esto indica la necesidad de un enfoque comunitario en las intervenciones (Akgül et al., 2024; Chen et al., 2021).

En estrecha relación con el apoyo social, la atención plena y las estrategias de afrontamiento también son vitales en las intervenciones familiares, ya que abordan directamente los altos niveles de estrés que suelen experimentar los padres de niños con TEA. La integración de técnicas de reducción del estrés basadas en la atención plena en las intervenciones de apoyo familiar puede reducir significativamente el estrés parental, aliviando así algunos problemas de comportamiento asociados con el TEA. Estos enfoques fomentan la resiliencia y mejores mecanismos de afrontamiento en los padres, esenciales para afrontar las complejidades de la crianza de niños con autismo (Higgins et al., 2022).

Asimismo, además de estos marcos de apoyo psicológico, la psicoeducación es fundamental. Se ha abogado por una mejor orientación y educación adaptada a las necesidades específicas de las familias con niños con autismo grave. Estos programas pueden aumentar la resiliencia familiar, reduciendo así el estrés de los cuidadores y mejorando el funcionamiento familiar general. Las intervenciones educativas que brindan a los padres conocimientos sobre el TEA y estrategias para el manejo del comportamiento han demostrado ser eficaces para disminuir el estrés familiar y mejorar las rutinas. En este sentido, se enfatiza la participación familiar en la capacitación sobre el manejo del TEA (Carbone et al., 2024; Gómez-Marí et al., 2022).

De igual modo, involucrar a la familia extendida y a los recursos comunitarios también puede enriquecer el apoyo que reciben los padres de niños con TEA. Los trabajadores sociales escolares pueden actuar como mediadores entre las familias y las instituciones educativas, mejorando las habilidades sociales de los niños y fomentando la participación y el apoyo familiar. Asimismo, los grupos de apoyo crean un ambiente libre de prejuicios, lo que permite a los padres conectar y compartir experiencias que alivian los sentimientos de aislamiento y estigma que suelen asociarse con la crianza de un hijo con TEA (Đào, 2023; Milosevic et al., 2022; Smith, Greenberg, & Mailick, 2012).

En esta misma línea, las terapias familiares desempeñan un papel crucial en el tratamiento del trastorno, al centrarse en la mejora de la comunicación y las relaciones dentro del núcleo familiar. Estas intervenciones reconocen que el bienestar de cada miembro influye en el conjunto, promoviendo un ambiente cohesivo y de apoyo. La participación activa de la familia en el tratamiento de niños con TEA no solo mejora los resultados terapéuticos del niño, sino también el bienestar general de la familia, fortaleciendo las dinámicas relacionales y el manejo del estrés cotidiano (Smith, Greenberg, & Mailick, 2012).

7.b. Entrenamiento de habilidades parentales específicas para TEA

Los programas de capacitación para padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) han demostrado beneficios significativos en el manejo de conductas y la mejora de las habilidades parentales. En este sentido, las investigaciones destacan que las intervenciones estructuradas, incluyendo los formatos de telesalud, pueden fortalecer eficazmente las habilidades parentales en el manejo de la conducta y las técnicas de intervención, mejorando así los resultados de los niños con TEA (Azzano et al., 2022; Susilana et al., 2019). Por ejemplo,

estudios han destacado la eficacia de las intervenciones mediadas por los padres, como la enseñanza de ensayos discretos, que les permiten implementar estrategias que mejoran las habilidades de desarrollo de sus hijos (Eid et al., 2017; Shire et al., 2014). Además, la generalización de las habilidades de enseñanza es esencial; los programas exitosos han utilizado enfoques que facilitan la capacidad de los padres para aplicar las intervenciones aprendidas en diversos contextos y conductas, lo que se traduce en mejores resultados para los niños (Shingleton-Smith et al., 2024; Lafasakis y Sturmey, 2007).

Sumado a ello, el entrenamiento en habilidades parentales específicas es otro componente esencial de las intervenciones basadas en la familia, pues este enfoque enseña a los padres estrategias prácticas para abordar comportamientos problemáticos y fomentar habilidades sociales y comunicativas en sus hijos. Los programas de entrenamiento parental han mostrado ser efectivos para mejorar las capacidades de los padres al manejar conductas desafiantes, al tiempo que reducen el estrés parental y mejoran la percepción de control sobre el cuidado de sus hijos (Kashefimehr et al., 2018). Cabe destacar que las intervenciones psicoeducativas también abordan el estrés parental y mejoran sus estrategias de afrontamiento, contribuyendo así a un entorno familiar propicio para el crecimiento del niño (Patra et al., 2015; Nguyen et al., 2015). Por lo tanto, invertir en la formación integral de padres sigue siendo un elemento crucial para el manejo eficaz del TEA, apoyando tanto la adaptación familiar como el desarrollo infantil (Tonge et al., 2006; Wang, 2008).

7.c. Técnicas de comunicación y manejo de comportamientos en el hogar

Las técnicas eficaces de comunicación y gestión del comportamiento para padres de niños con Trastorno del Espectro Autista son fundamentales para fomentar un desarrollo positivo y mejorar la dinámica familiar. Se ha demostrado que las intervenciones mediadas por los padres, como el Tratamiento de Respuesta Pivotal (TRP), mejoran significativamente las habilidades de comunicación en niños con TEA no verbal al capacitarlos para implementar estrategias específicas en casa (Abdi et al., 2023). Estos métodos se centran en mejorar las habilidades de comunicación emocional y conductual de los padres, lo que, a su vez, se correlaciona con una mejor capacidad de comunicación infantil (Siller et al., 2012).

Además, las revisiones sistemáticas indican que los programas estructurados de formación no sólo dotan a los padres de herramientas para gestionar el comportamiento, sino que también les enseñan a comunicarse de forma más receptiva, lo cual repercute positivamente en la

conducta de los niños (Beaudoin et al., 2014; Cheng et al., 2022). Por ejemplo, las intervenciones de capacitación que implican interacciones sociales lúdicas, como las actividades con lego, han demostrado ser eficaces para aumentar tanto la participación social como la comunicación infantil durante las rutinas domésticas (Lee et al., 2024; Lee et al., 2023).

Es importante subrayar que el estrés parental puede disminuir mediante la enseñanza de técnicas de comunicación efectivas, lo que contribuye a reducir las conductas desadaptativas en niños con TEA (Cheng et al., 2022). En general, los programas de capacitación basados en prácticas con respaldo empírico son vitales para dotar a las familias de las habilidades necesarias para afrontar las complejidades asociadas con el TEA.

Finalmente, la implementación de técnicas de comunicación y manejo conductual en el hogar resulta esencial para la convivencia diaria. Estrategias como el uso de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa, junto con enfoques consistentes de manejo de comportamientos, pueden mejorar significativamente la interacción familiar y disminuir los comportamientos disruptivos. De este modo, estas técnicas contribuyen a una mejor adaptación familiar y a una mayor calidad de vida tanto para el niño como para los cuidadores (Hirschler-Guttenberg et al., 2015).

8. Factores de Éxito y Obstáculos en las Terapias con Padres

8.a. Variables individuales (nivel de estrés, salud mental previa)

Un factor clave para el éxito de la terapia es el empoderamiento que los padres obtienen de intervenciones eficaces como el Análisis de Conducta Aplicado (ABA). Las investigaciones indican que las intervenciones basadas en ABA no solo contribuyen positivamente al desarrollo de las habilidades del niño, sino que también refuerzan la eficacia y el optimismo parental, reduciendo así los niveles de estrés percibido por los padres (Parker & Childs, 2019). Este empoderamiento surge potencialmente del aprendizaje de estrategias para gestionar y modificar las conductas desafiantes de sus hijos, fomentando una sensación de control que a menudo puede verse disminuida en el contexto de la crianza de niños con TEA (Azman et al., 2022). Por el contrario, cuando las intervenciones están mal diseñadas o son inaccesibles, los padres suelen reportar un mayor estrés y sentimientos de desconfianza hacia la comunidad profesional, lo que complica la relación terapéutica y dificulta los resultados para el niño (Parker & Childs, 2019).

En relación con lo anterior, afrontar eficazmente el estrés parental es un aspecto fundamental de la terapia para las familias con niños diagnosticados con TEA. Las intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia de afrontamiento han mostrado resultados prometedores, lo que indica que los padres que participan activamente en procesos de construcción de significado de sus experiencias tienden a experimentar menos ansiedad y mejores resultados en salud mental (Nayluzzuharo' N et al., 2022). Los programas que brindan psicoeducación y estrategias de afrontamiento han sido beneficiosos para reducir el estrés parental, mitigando así los efectos adversos que el TEA puede tener en el bienestar familiar (Ilias, 2016). Sin embargo, persisten los desafíos, ya que muchos padres reportan niveles elevados de ansiedad y síntomas depresivos correlacionados con problemas conductuales específicos que presentan sus hijos, lo que dificulta su manejo general del estrés (Taylor y Warren, 2011; Davis y Carter, 2008).

En este marco, el nivel de estrés y la salud mental previa de los padres son determinantes claves en la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Padres que enfrentan altos niveles de estrés o que tienen antecedentes de trastornos mentales pueden experimentar mayores desafíos al participar en terapias, lo que podría limitar los beneficios obtenidos. Por ejemplo, se ha observado que el estrés parental está inversamente asociado con los resultados positivos en los procesos de aprendizaje temprano de niños autistas, afectando la eficacia de las intervenciones (Osborne et al., 2008). Además, el estrés parental se ha relacionado con comportamientos parentales menos positivos y sensibles, lo que a su vez está asociado con un aumento de comportamientos desafiantes en los niños (Abidin, 1990; Crnic et al., 2005; Deater-Deckard et al., 2012). Por lo tanto, abordar el estrés y la salud mental de los padres es esencial para maximizar la efectividad de las intervenciones terapéuticas y mejorar los resultados tanto para los padres como para sus hijos.

8.b. Factores familiares (dinámica, apoyo mutuo)

Además de los factores individuales, la dinámica familiar y el apoyo mutuo entre sus miembros son esenciales para el éxito de las terapias dirigidas a padres. Familias que mantienen relaciones positivas y colaborativas tienden a beneficiarse más de las intervenciones, ya que un entorno de apoyo facilita la implementación de estrategias terapéuticas en el hogar. Por el contrario, familias con conflictos internos o falta de cohesión pueden enfrentar obstáculos

adicionales que dificultan el progreso terapéutico. La Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT) ha demostrado ser efectiva en mejorar las interacciones familiares y reducir comportamientos problemáticos en niños, especialmente cuando existe un fuerte apoyo mutuo entre los miembros de la familia (Comer et al., 2015). Además, la sincronía interactiva entre padres e hijos está asociada con una mejor capacidad social y de comunicación en niños con TEA, lo que resalta la importancia de una dinámica familiar armoniosa (Siller & Sigman, 2002).

En este mismo sentido, otro obstáculo notable en la terapia se relaciona con las complejidades sociales y conductuales comúnmente asociadas con el TEA. Por ejemplo, los niños a menudo requieren intervenciones personalizadas para cultivar competencias sociales, lo que puede requerir un alto nivel de participación y comprensión parental (Waters y Healy, 2012). No abordar adecuadamente estas necesidades puede generar sentimientos de incompetencia y agotamiento en los padres, lo que afecta su capacidad para participar de forma óptima en los procesos terapéuticos (Tehee et al., 2008). La presencia de problemas coexistentes, como la autolesión y la ansiedad en niños con TEA, complica aún más la experiencia de cuidado, lo que resulta en una mayor carga para los padres (Waters y Healy, 2012; Taylor y Warren, 2011).

8.c. Variables contextuales (acceso a recursos, políticas públicas)

Por último, las intervenciones terapéuticas también se ven influenciadas por variables contextuales como el acceso a recursos y las políticas públicas vigentes. La disponibilidad de servicios de salud mental, programas de apoyo comunitario y políticas que promuevan el bienestar familiar pueden facilitar la participación y el éxito en las intervenciones terapéuticas. Se ha destacado la importancia de políticas que apoyen la salud mental de los padres, señalando que el estrés parental es un desafío de salud pública que requiere atención y recursos adecuados (Reuters, 2024). Sin embargo, la falta de acceso a estos recursos o la ausencia de políticas de apoyo pueden limitar significativamente la efectividad de las terapias. Es decir, las familias con acceso limitado a servicios especializados enfrentan mayores desafíos en la implementación de intervenciones efectivas para sus hijos con TEA (Zuckerman et al., 2015).

Además de las limitaciones estructurales, las intervenciones deben considerar los factores culturales y contextuales que influyen en las percepciones y prácticas parentales. Las investigaciones sugieren que los valores culturales pueden servir tanto como mecanismos de afrontamiento empoderadores como barreras para acceder a un apoyo terapéutico adecuado

(Çaksen, 2024). Por lo tanto, comprender el contexto cultural es esencial para diseñar intervenciones que conecten con las familias y fomenten su participación. Los estudios enfatizan la importancia de incorporar las perspectivas y prioridades de los padres en los planes de tratamiento, lo que no solo aumenta la satisfacción de los padres, sino que también optimiza los resultados de los niños (Ghanadzade et al., 2018).

9. Evaluación de Resultados en Terapias con Padres de Niños con TEA

9.a. Herramientas de evaluación para medir el impacto de las terapias

La evaluación de los resultados en las terapias dirigidas a padres es esencial para medir su eficacia y guiar mejoras en las intervenciones. Diversas herramientas de evaluación permiten medir el impacto de estas terapias en aspectos clave como el estrés parental, la calidad de vida y las interacciones familiares. Por ejemplo, la Escala de Estrés Parental (Parenting Stress Index) ayuda a identificar niveles de estrés relacionados con el comportamiento infantil y las demandas del cuidado (Abidin, 1990). De igual forma, el Índice de Calidad de Vida Familiar (Family Quality of Life Scale) evalúa cómo perciben los padres su bienestar en el contexto de la dinámica familiar (Hoffman et al., 2006).

En esta misma línea, el uso de evaluaciones estructuradas y cuestionarios validados permite obtener información cuantificable sobre el bienestar parental. El uso de medidas de estrés, ansiedad y depresión facilita la identificación de tendencias generales en los estados psicológicos parentales, mientras que instrumentos como el Cuestionario de Estrés Parental de Abidin permiten evaluar los cambios en los niveles de estrés tras la aplicación de intervenciones específicas. Estas evaluaciones estructuradas proporcionan datos esenciales antes y después de la intervención, lo que permite comparar y evaluar la eficacia de la terapia a lo largo del tiempo (Pozo & Sarriá, 2015; Mazidi et al., 2015).

Asimismo, las observaciones clínicas y las listas de verificación conductual también son fundamentales para evaluar los resultados de la terapia. La participación parental puede mediar en los resultados del tratamiento, y un examen minucioso de los cambios en el comportamiento del niño, como las mejoras en el funcionamiento cognitivo y las habilidades sociales, puede ser indicativo de una intervención eficaz. A su vez, las estrategias de intervención temprana que combinan enfoques dirigidos por el terapeuta y mediados por los padres abordan resultados significativos que benefician tanto al niño como a la familia en su conjunto. Este doble enfoque,

centrado en los resultados del niño y en el bienestar parental, facilita una evaluación integral del impacto de la terapia (Wainer et al., 2016; Narzisi & Muratori, 2014).

9.b. Indicadores de bienestar psicológico y satisfacción de los padres

El bienestar psicológico y la satisfacción de los padres que crían a hijos con Trastorno del Espectro Autista se ven influidos por diversos factores, como la inteligencia emocional, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. En este sentido, un estudio indicó que los cuidadores con mayor inteligencia emocional tienden a experimentar un mayor bienestar psicológico, ya que gestionan eficazmente el estrés relacionado con sus roles de cuidado (Jani et al., 2023). Asimismo, se ha demostrado que las redes de apoyo social mejoran significativamente la salud psicológica de estos padres, permitiéndoles afrontar mejor los desafíos de la crianza (Chin et al., 2023; AlGhamdi et al., 2022).

Además, la investigación ha identificado una relación directa entre la satisfacción parental y los síntomas psicológicos en madres y padres. En concreto, las madres que reportan una mayor satisfacción en sus roles de cuidado presentan menos síntomas psicológicos, mientras que la percepción de los padres sobre su participación en el establecimiento de límites se correlaciona positivamente con su bienestar psicológico (Ozturk et al., 2014).

Por otra parte, el uso de estrategias de afrontamiento efectivas se ha relacionado con la reducción del estrés y la mejora de la salud mental de los padres. Los programas que mejoran la autoeficacia parental y ofrecen estrategias prácticas para gestionar conductas desafiantes contribuyen a una mayor satisfacción y bienestar parental (Samadi et al., 2012; Benson y Karlof, 2008). A partir de estas mediciones, los indicadores de bienestar psicológico y satisfacción parental se posicionan como elementos fundamentales para evaluar los efectos de las terapias. En este contexto, las intervenciones como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) han mostrado reducir la ansiedad y la depresión en padres de niños con TEA, mejorando su percepción de competencia en el rol parental (Blackledge & Hayes, 2006). Del mismo modo, programas de entrenamiento en habilidades específicas no solo reducen el estrés parental, sino que también aumentan la autoeficacia y la confianza para manejar comportamientos desafiantes (Tonge et al., 2006).

Complementariamente, la satisfacción parental y la eficacia percibida de las intervenciones son resultados subjetivos cruciales. Las intervenciones mediadas por los padres han demostrado

mejorar significativamente la comunicación y el comportamiento en niños con TEA, siendo la mejora de la autoeficacia parental un resultado notable. Estos autoinformes reflejan las experiencias y la satisfacción de los padres con su participación, lo cual desempeña un papel fundamental en la percepción del éxito del proceso de tratamiento. Asimismo, las percepciones de los padres pueden influir directamente en los resultados, lo que enfatiza la importancia de su perspectiva en la evaluación de las intervenciones (Leadbitter et al., 2020; Althoff et al., 2019).

Por último, la retroalimentación cualitativa de los padres sobre sus experiencias con las intervenciones es crucial para mejorar y adaptar las futuras opciones terapéuticas. Las entrevistas posteriores a las intervenciones han aportado información valiosa sobre la aceptabilidad y la viabilidad de los tratamientos, lo que ha orientado mejores prácticas en las terapias siguientes. Este ciclo de retroalimentación garantiza el mantenimiento de enfoques centrados en el paciente, alineando las metodologías terapéuticas con las necesidades cambiantes de las familias que reciben atención para el autismo (Godoy et al., 2023).

9.c. Efectos de las intervenciones en la dinámica familiar

Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con trastorno del espectro autista (TEA) han demostrado impactos significativos en la dinámica familiar y el bienestar general de los padres. Las revisiones sistemáticas indican que las intervenciones mediadas por los padres, como los enfoques centrados en la familia y la capacitación centrada en la comunicación, mejoran significativamente la calidad de vida de los padres y reducen el estrés psicológico (Musetti et al., 2021; Parsons et al., 2017; Patra et al., 2015;). Asimismo, estas intervenciones ayudan a mejorar las habilidades parentales y las actitudes hacia el comportamiento infantil, y fomentan un entorno comunitario de apoyo a través de experiencias compartidas entre los padres, lo que a su vez eleva la resiliencia emocional (Qi et al., 2023; Kuhlthau et al., 2019; Parsons et al., 2017).

Además, la literatura sugiere que una capacitación eficaz puede empoderar a los padres, potenciando su sentido de competencia y reduciendo los sentimientos de aislamiento, comunes en las familias de niños con TEA (Matsumura et al., 2022; Beaudoin et al., 2014). Estudios cualitativos corroboran que los padres experimentan cambios positivos en las interacciones entre padres e hijos y en la cohesión familiar general tras programas de intervención estructurados (Shamsudin et al., 2021; Liao et al., 2014). Por lo tanto, las intervenciones para el TEA centradas en los padres son cruciales no solo para mejorar los resultados de los niños, sino también para

enriquecer la dinámica familiar mediante la reducción del estrés y una mayor colaboración parental (Matsumura et al., 2022; Johannessen et al., 2017).

En este contexto, la dinámica familiar, incluyendo los niveles de estrés y la calidad de la relación entre padres e hijos, se configura como un indicador vital de la eficacia terapéutica. De este modo, las intervenciones terapéuticas pueden fortalecer dichas relaciones familiares y, simultáneamente, beneficiar el bienestar individual. Las mediciones de estos aspectos revelan la naturaleza interdependiente de los resultados terapéuticos dentro de los sistemas familiares (Sartor et al., 2023).

10. Futuras Direcciones y Necesidades de Investigación

10.a. Retos y limitaciones de las intervenciones actuales

Un área crítica para futuras investigaciones es el reconocimiento del estrés parental como un constructo multidimensional, influenciado significativamente por la gravedad y el tipo de problemas de conducta que presentan los niños con TEA. Numerosos estudios ilustran que los padres de niños con TEA experimentan niveles elevados de estrés, que se ven exacerbados por los problemas de conducta de sus hijos, como la agresión, la reactividad emocional y el aislamiento social (Miranda et al., 2015; Taylor y Warren, 2011; Davis y Carter, 2008). Estos problemas de conducta explican una variación considerable en el estrés parental, más que el propio diagnóstico de autismo (Hartley et al., 2012). Por lo tanto, las intervenciones que abordan los problemas de conducta en los niños deben ofrecer simultáneamente psicoeducación y estrategias de afrontamiento adaptadas a los padres, centrándose en los matices de las conductas específicas de sus hijos (McStay et al., 2013; Freeman & Kasari, 2013).

Complementariamente, en términos más generales, las perspectivas de las partes interesadas deberían guiar las prioridades de investigación en esta área. Revisiones sistemáticas recientes han destacado la necesidad de la participación de las partes interesadas para identificar las preguntas de investigación más urgentes en relación con las terapias psicológicas para padres de niños con TEA (Roche et al., 2020). Este enfoque comunitario puede garantizar que las investigaciones se alineen con los desafíos reales que enfrentan las familias, facilitando el desarrollo de intervenciones terapéuticas más relevantes e impactantes. No obstante, las intervenciones actuales para padres de niños con TEA enfrentan desafíos significativos, como la variabilidad en su eficacia debido a diferencias individuales y la accesibilidad limitada a

servicios especializados. Además, la carga financiera y la escasez de personal capacitado restringen su implementación efectiva (Kashefimehr et al., 2018).

10.b. Áreas emergentes en la terapia con padres de niños con TEA

Frente a estas limitaciones, están surgiendo nuevas áreas terapéuticas, como la integración de terapias basadas en las artes creativas. Por ejemplo, la musicoterapia ha demostrado beneficios en el tratamiento de diversas condiciones, incluyendo el TEA (Bieleninik et al., 2017). Asimismo, el uso de tecnologías digitales y plataformas en línea para intervenciones terapéuticas ofrece flexibilidad y mayor alcance a familias que enfrentan barreras geográficas o de tiempo.

En consecuencia, es crucial avanzar en la investigación y desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos, comprendiendo las experiencias y desafíos específicos de los padres de niños con TEA para diseñar intervenciones más efectivas y personalizadas (Mahapatra et al., 2019). Evaluar la eficacia de las terapias emergentes y explorar su integración en los sistemas de atención existentes es esencial. La colaboración entre investigadores, profesionales de la salud y familias es fundamental para desarrollar estrategias innovadoras que aborden las necesidades cambiantes de las familias afectadas por el TEA.

10.c. Necesidades de investigación y desarrollo de nuevos enfoques

En esta misma línea, es imperativo integrar el apoyo psicosocial en los paradigmas terapéuticos existentes. Las investigaciones han demostrado que las intervenciones mediadas por los padres (aquellas que involucran directamente a los padres en la terapia para fomentar el desarrollo de sus hijos) ofrecen beneficios significativos en el manejo del comportamiento infantil y el alivio del estrés parental (Artis et al., 2021). Estudios futuros deben explorar más a fondo la eficacia de estas intervenciones, enfatizando el bienestar psicológico parental como un componente central de los resultados del desarrollo infantil (Kalalo et al., 2021). La implementación de talleres de capacitación diseñados para fortalecer la autoeficacia parental puede empoderarlos, reduciendo significativamente la percepción de estrés y permitiéndoles adoptar estrategias de afrontamiento más efectivas (McStay et al., 2013; Neff & Faso, 2014).

Profundizando en el bienestar psicológico, mejorar la salud mental de madres y padres es otra área vital que merece atención. Existe evidencia sustancial que indica que los síntomas depresivos parentales son prevalentes después de un diagnóstico de TEA, lo que puede dificultar

una crianza efectiva y exacerbar los niveles de estrés (Taylor y Warren, 2011; Estes et al., 2009).

Los futuros marcos terapéuticos deberían considerar la incorporación de sistemas de apoyo a la salud mental en entornos educativos y terapéuticos para padres, centrándose en aliviar los síntomas depresivos y el estrés asociados al cuidado de un niño con TEA (Miranda et al., 2015; Roche et al., 2020).

Método

Esta revisión sistemática estará guiada siguiendo “The Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis (PRISMA), su guía y metodología (Page et al., 2020). Esta plataforma proporciona un registro completo de revisiones sistemáticas con el objetivo de prevenir la duplicación de esfuerzos y minimizar el riesgo de sesgos en los informes, facilitando la comparación entre los resultados finales de la revisión y lo planteado originalmente en el protocolo (Page et al., 2020; Higgins & Green, 2011).

1. Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión y exclusión basados en la pregunta y objetivo de investigación se sustentan en las sugerencias de Cochrane (Higgins & Green, 2011) de acuerdo con el método PICoRT.

Criterios	Inclusión	Exclusión
Diseño	<ul style="list-style-type: none"> - Empíricos experimental y cuasiexperimental - VI: diferentes tipos de intervenciones psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Empírico no experimental - Teóricos: bibliometría, revisión narrativa, revisión sistemática y meta-análisis - Instrumentales: adaptación, traducción y validación de instrumentos - Metodológicos: estudios que proponen nuevos diseños y análisis
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Madres y padres de niños, niñas y adolescentes con autismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Otros familiares y/o cuidadores (ej. abuelos/as, educadoras, otros profesionales)
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Terapias y/o intervenciones psicológicas exclusivas para madres y/o padres: psicoterapia cognitivo conductual, psicoterapia cognitiva, psicoterapia racional emotiva, psicoterapia aceptación y compromiso, psicoterapia de comunicación autista pediátrica generalizada, mindfulness, psicoterapia estratégica breve centrada en la solución, psicoterapia metacognitiva, psicoterapia positiva, Terapia de pareja centrada en las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia para la familia de NNA con TEA - Psicoterapia de interacción padre-hijo con TEA - Psicoterapia para hermanos/as de NNA con TEA - Psicoterapia a NNA con TEA mediada por madre, padre, hermano/a u otro familiar - Intervenciones psicológicas a padres basadas en la informático y uso de software/plataformas (ej. herapy Outcomes by You TOBY) - Otras intervenciones psicológicas (apoyo psicológico/emocional, psicoeducación, counseling, coaching)

		<ul style="list-style-type: none"> - Otras intervenciones terapéuticas (ej. terapias con animales, danza, música) - Otros profesionales (ej. ocupacional, logopédica, neurológica, psiquiátrica)
Comparador	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de terapias psicológicas (Terapia A v/s terapia B, terapia A v/s terapia C, terapia B v/s terapia C) - Características de los padres - Características de los NNA (autismo A v/s autismo B, autismo A v/s autismo C, autismo B v/s autismo C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Otras comparaciones (ej. tipos de instrumentos de medición)
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivos, afectivos y sintomatología (depresión, ansiedad, distrés, etc) en las madres y padres - Constructos psicológicos en madres y padres (ej., calidad vida, bienestar psicológico, autoeficacia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Otros resultados no asociados a la cognición, afecto, sintomatología y constructos psicológicos
Tiempo	NO aplica	
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Filtros años 2012-2023 para la revisión - Idioma inglés - Tipo artículo - 	<ul style="list-style-type: none"> - Anterior al 2012 - Idioma: no inglés - Tipo: libros, congresos, reseñas, opiniones, etc

2. Estrategia de búsqueda

Para dar respuesta a la pregunta de investigación mediante el formato PICO (Paciente, intervención, comparador y resultados) [27] ¿Cuáles son los efectos cognitivos, afectivos y sintomatológicos de las terapias psicológicas con madres y padres de niños, niñas y adolescentes con autismo? se realizó la búsqueda electrónica en la base de datos Web of Science (WoS, Scopus y Pubmed el 07 de diciembre de 2024 con los siguientes algoritmos:

WoS

TI=("autism") OR TI=("autistic disorder") OR TI=("autism spectrum disorder") OR TI=("ASD")

AND

TI=("parent*") OR TI=("father*") OR TI=("mother*") OR TI=("famil*")

AND

TI=("psycho*") OR TI=("therap*") OR TI=("intervent*") OR TI=("treatment*") OR

TI=("program*") OR TI=("cognitive-behavioral") OR TI=("CBT") OR TI=("mindfulness") OR

TI=("MBCT") OR TI=("psychodynamic") OR TI=("interpersonal therapy") OR TI=("IPT")

OR TI=("humanistic therapy") OR TI=("supportive therapy") OR TI=("parent training") OR

TI=("parent-mediated therapy") OR TI=("family therapy") OR TI=("ABA therapy") OR

TI=("applied behavior analysis") OR TI=("social skills training") OR TI=("emotional regulation therapy") OR TI=("psychoeducation") OR TI=("behavioral intervention") OR

TI=("group therapy") OR TI=("couple therapy") OR TI=("trauma-focused therapy") OR

TI=("online therapy") OR TI=("e-therapy") OR TI=("art therapy") OR TI=("music therapy")

OR TI=("play therapy") OR TI=("occupational therapy")

AND

TI=("cognit*") OR TI=("affect*") OR TI=("emot*") OR TI=("symptom*") OR TI=("mental health") OR TI=("mood") OR TI=("well-being") OR TI=("behavior*") OR TI=("stress") OR TI=("anxiety") OR TI=("depress*") = 345. Document Types articles = 271

0/5		Combine Sets	Export	Clear History			
<input type="checkbox"/>	5	#4 AND #3 AND #2 AND #1	345	Add to query			
<input type="checkbox"/>	4	TI=("psycho*") OR TI=("therap*") OR TI=("intervent*") OR TI=("treatment*") OR TI=("program*") OR TI=("cognitive-behavioral") OR TI=("CBT") OR TI=("mindfulness") OR TI=("MBCT") OR TI=("psychodynamic") OR TI=("interpersonal therapy") OR TI=("IPT") OR TI=("humanistic therapy") OR TI=("supportive therapy") OR TI=("parent training") OR TI=("parent-mediated therapy") OR TI=	3,752,841	Add to query			
<input type="checkbox"/>	3	TI=("cognit*") OR TI=("affect*") OR TI=("emot*") OR TI=("symptom*") OR TI=("mental health") OR TI=("mood") OR TI=("well-being") OR TI=("behavior*") OR TI=("stress") OR TI=("anxiety") OR TI=("depress*")	2,739,667	Add to query			
<input type="checkbox"/>	2	TI=("parent*") OR TI=("father*") OR TI=("mother*") OR TI=("famil*")	652,617	Add to query			
<input type="checkbox"/>	1	TI=("autism") OR TI=("autistic disorder") OR TI=("autism spectrum disorder") OR TI=("ASD")	62,479	Add to query			

Scopus

TITLE(("autism") OR ("autistic disorder") OR ("autism spectrum disorder") OR ("ASD"))

AND

TITLE(("parent*") OR ("father*") OR ("mother*") OR ("famil*"))

AND

TITLE(("psycho*") OR ("therap*") OR ("intervent*") OR ("treatment*") OR ("program*"))

OR ("cognitive-behavioral") OR ("CBT") OR ("mindfulness") OR ("MBCT") OR

("psychodynamic")

OR ("interpersonal therapy") OR ("IPT") OR ("humanistic therapy") OR ("supportive therapy")

OR ("parent training") OR ("parent-mediated therapy") OR ("family therapy")

OR ("ABA therapy") OR ("applied behavior analysis") OR ("social skills training")
OR ("emotional regulation therapy") OR ("psychoeducation") OR ("behavioral intervention")
OR ("group therapy") OR ("couple therapy") OR ("trauma-focused therapy")
OR ("online therapy") OR ("e-therapy") OR ("art therapy") OR ("music therapy")
OR ("play therapy") OR ("occupational therapy"))

AND

TITLE(("cognit*") OR ("affect*") OR ("emot*") OR ("symptom*") OR ("mental health")
OR ("mood") OR ("well-being") OR ("behavior*") OR ("stress") OR ("anxiety") OR
("depress*")) = 373 = Limited to article = 329

Pubmed

("autism"[Title] OR "autistic disorder"[Title] OR "autism spectrum disorder"[Title] OR
"ASD"[Title])

AND

("parent*"[Title] OR "father*"[Title] OR "mother*"[Title] OR "famil*"[Title])

AND

("psycho*"[Title] OR "therap*"[Title] OR "intervent*"[Title] OR "treatment*"[Title] OR
"program*"[Title])

OR "cognitive-behavioral"[Title] OR "CBT"[Title] OR "mindfulness"[Title] OR "MBCT"[Title]

OR "psychodynamic"[Title]

OR "interpersonal therapy"[Title] OR "IPT"[Title] OR "humanistic therapy"[Title] OR

"supportive therapy"[Title]

OR "parent training"[Title] OR "parent-mediated therapy"[Title] OR "family therapy"[Title]

OR "ABA therapy"[Title] OR "applied behavior analysis"[Title] OR "social skills training"[Title]
OR "emotional regulation therapy"[Title] OR "psychoeducation"[Title] OR "behavioral intervention"[Title]
OR "group therapy"[Title] OR "couple therapy"[Title] OR "trauma-focused therapy"[Title]
OR "online therapy"[Title] OR "e-therapy"[Title] OR "art therapy"[Title] OR "music therapy"[Title]
OR "play therapy"[Title] OR "occupational therapy"[Title])

AND

("cognit*"[Title] OR "affect*"[Title] OR "emot*"[Title] OR "symptom*"[Title] OR "mental health"[Title]

OR "mood"[Title] OR "well-being"[Title] OR "behavior*"[Title] OR "stress"[Title] OR "anxiety"[Title] OR "depress*"[Title]) = 220

3. Extracción de los datos y análisis

En el total de manuscritos identificados de WoS (n: 302) y Scopus (n: 346) se aplicó el filtro de artículo y años 2012-2023 quedando 216 documentos en WoS y 259 en Scopus, pasando a la etapa de *identification*. Luego, se descargó el resumen que arrojan ambas base de datos en formato .XLS, .CSV y .CSL para continuar el proceso de *screening* en programa Excel y gestor de referencias Mendeley. En una misma planilla Excel se reunieron ambas bases de datos en formato .XLS y luego se procedió a la eliminación de duplicados utilizando la columna de “article title” y “DOI” (inicio \square reglas para resaltar celdas \square valores duplicados).

Se realizará el siguiente proceso de *screening* (cribado, elegibilidad) aplicando los criterios PICoRT indicados más arriba en el apartado criterios de inclusión. Durante el “cribado” el PICoRT se realizará leyendo título, resumen y palabras claves. De los manuscritos que queden luego de este proceso de inclusión, se realizará la etapa de elegibilidad aplicando el PICoRT

leyendo el manuscrito en su totalidad. Los estudios que queden luego del proceso de cribado y elegibilidad pasarán a la etapa de “incluidos en la revisión”, estos serán resumidos de manera cualitativa a través de tablas y evaluación de sesgo, formando parte de los resultados.

La plataforma Rayyan será utilizada para el proceso de identificación, cribado, elegibilidad e incluidos en la revisión sistemática, así también para la extracción de los datos de cada manuscrito y confección de las tablas resúmenes. El software Mendeley se utilizará para gestionar los documentos y realizar las citas/referencias de la presente tesis. Finalmente, el programa RevMan servirá para guiar todo el proceso de revisión sistemática y escritura de la tesis.

3.a. Calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión sistemática y Riesgo de Sesgo de los estudios incluidos en el metaanálisis

La calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión sistemática fue evaluada mediante la Herramienta de Evaluación de Calidad (QATSDD) de 16 ítems, diseñada por Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage (2012). Esta herramienta es adecuada para una amplia gama de diseños de estudio y evalúa criterios como el marco teórico, los objetivos, el contexto, la muestra, las técnicas e instrumentos, los procedimientos, la recopilación y análisis de datos, la coherencia interna (pregunta, método y resultados) y la discusión (fortalezas y limitaciones). Cada criterio se califica en una escala de 0 a 3 (0 = No en absoluto, 1 = Muy ligeramente, 2 = Moderadamente, 3 = Completamente), obteniendo una puntuación global al sumar los valores de los ítems. Debido al enfoque predominantemente cuantitativo de los estudios incluidos, se excluyeron los ítems 11 y 14 del QATSDD, que evaluaban aspectos específicos de estudios cualitativos, dejando un total de 14 criterios. Con el fin de aumentar la rigurosidad en la interpretación de los resultados y evitar una sobreestimación de la calidad, se implementó una clasificación ajustada que penaliza metodológicamente los diseños menos robustos (por ejemplo, estudios cuasiexperimentales, pre-post sin grupo control, estudios piloto o de caso único), en comparación con los más robustos (experimental, ensayos controlados aleatorizados). Esta penalización se aplicó al puntaje total obtenido mediante una reducción proporcional en función del tipo de diseño y la robustez metodológica. En función del puntaje total ajustado, los estudios fueron clasificados en cinco categorías: Muy baja calidad (0 a 8 puntos), Baja calidad (9 a 17

puntos), Calidad media (18 a 26 puntos), Alta calidad (27 a 35 puntos) y Muy alta calidad (36 a 42 puntos).

El riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos en el metanálisis fue evaluado utilizando la herramienta Cochrane Risk of Bias 2.0 (RoB 2.0), desarrollada por el grupo Cochrane para ensayos controlados aleatorizados (Higgins et al., 2023). Esta herramienta examina el riesgo de sesgo a través de cinco dominios clave: (1) sesgo en el proceso de generación de la asignación aleatoria, (2) sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas, (3) sesgo debido a datos de resultado faltantes, (4) sesgo en la medición del resultado, y (5) sesgo en la selección del resultado informado. Cada dominio se evalúa mediante una serie de preguntas orientadoras (“signaling questions”) que guían el juicio sobre el nivel de riesgo, el cual puede ser clasificado como “bajo riesgo”, “algunas preocupaciones” o “alto riesgo” de sesgo. Con la evaluación de dominio se realiza tabla riesgo de sesgo, gráfico semáforo y gráfico resumen por cada uno de los 5 dominios.

3.b. Análisis estadístico metaanálisis

El análisis estadístico del presente metanálisis se llevó a cabo utilizando el software R, siguiendo las directrices del Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Se incluyeron estudios que evaluaran los efectos de intervenciones psicológicas dirigidas a madres y padres de niños, niñas y adolescentes con autismo, considerando tres dimensiones principales: efectos cognitivos, afectivos y sintomatológicos.

3.c. Medidas de efecto

Para el análisis cuantitativo de los efectos de las terapias psicológicas dirigidas a madres y padres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), se llevó a cabo un metaanálisis de efectos aleatorios con el fin de estimar un tamaño del efecto global que representara la efectividad promedio de estas intervenciones. Este enfoque fue seleccionado considerando la alta heterogeneidad esperada entre los estudios incluidos, debido a las diferencias en características muestrales, tipo de intervención, duración, modalidad y constructos evaluados.

El tamaño del efecto estandarizado se calculó utilizando g de Hedges, un estimador que ajusta la medida de efecto en función del tamaño muestral y que permite comparaciones consistentes entre estudios con diseños y escalas diferentes. Este índice corrige el sesgo en muestras pequeñas y es una medida robusta para evaluar el impacto de las intervenciones. El análisis se realizó aplicando un modelo de efectos aleatorios, empleando el estimador REML (Restricted Maximum Likelihood) para calcular la varianza entre estudios (τ^2). Esta metodología permite considerar simultáneamente la variabilidad intraestudio (dentro de cada muestra) y la variabilidad interestudio (entre los estudios). El efecto combinado fue estimado ponderando cada estudio por la inversa de su varianza, asignando así mayor peso a los estudios con mayor precisión. Se calculó también el intervalo de confianza al 95% del efecto combinado, y se utilizó el estadístico z para evaluar su significación estadística.

Se incluyeron un total de 45 entradas (efectos) en el metaanálisis, correspondientes a 20 estudios primarios independientes. La discrepancia entre el número de estudios y el número de efectos se debe a que varios estudios evaluaron más de una variable dependiente o constructo (por ejemplo, estrés, ansiedad, habilidades parentales, depresión, etc.), lo que permitió extraer múltiples tamaños del efecto desde un mismo artículo. Cada uno de estos efectos fue tratado como una unidad independiente de análisis, siguiendo criterios establecidos en metaanálisis multivariantes cuando los constructos evaluados no son redundantes. Todos los análisis fueron realizados en el entorno estadístico R, utilizando el paquete especializado Metafor, ampliamente validado para metaanálisis en ciencias sociales y de la salud.

3.d. Evaluación de la heterogeneidad

La heterogeneidad estadística entre los estudios incluidos fue evaluada mediante varios indicadores complementarios: el estadístico Q de Cochran, el índice I^2 , la varianza entre estudios (τ^2) y el coeficiente H^2 .

El índice I^2 representa el porcentaje de variación total atribuible a diferencias reales entre los estudios, en lugar del error aleatorio. Se interpretó según los valores propuestos por Higgins et al. (2003), donde $I^2 \leq 25\%$ se considera baja heterogeneidad, entre 26% y 50% moderada, y $> 50\%$ alta heterogeneidad. El coeficiente H^2 indica la relación entre la variabilidad total observada

y la esperada por muestreo, mientras que τ^2 (τ^2) estima directamente la varianza real entre los tamaños del efecto.

Asimismo, se utilizó el estadístico Q de Cochran para determinar si la variabilidad observada entre los tamaños del efecto supera la esperada por azar. En todos los casos, se adoptó un nivel de significación estadística de $p < .05$, y los análisis se complementaron con estimaciones del tamaño del efecto global (g de Hedges) y su intervalo de confianza al 95%.

Sesgo de publicación

Para evaluar la posible existencia de sesgo de publicación, se aplicaron métodos gráficos y estadísticos complementarios. Se utilizó un gráfico de embudo (funnel plot) para inspeccionar visualmente la simetría en la distribución de los tamaños del efecto en función del error estándar. Asimismo, se aplicó la prueba de regresión de Egger, que evalúa asimetrías sistemáticas que pudieran indicar la ausencia de estudios con resultados no significativos.

Ambas estrategias son recomendadas en metaanálisis de intervenciones psicológicas y se llevaron a cabo en el entorno estadístico R, utilizando el paquete metafor.

Se consideró un nivel de significación de $p < .05$ para detectar evidencia de sesgo de publicación.

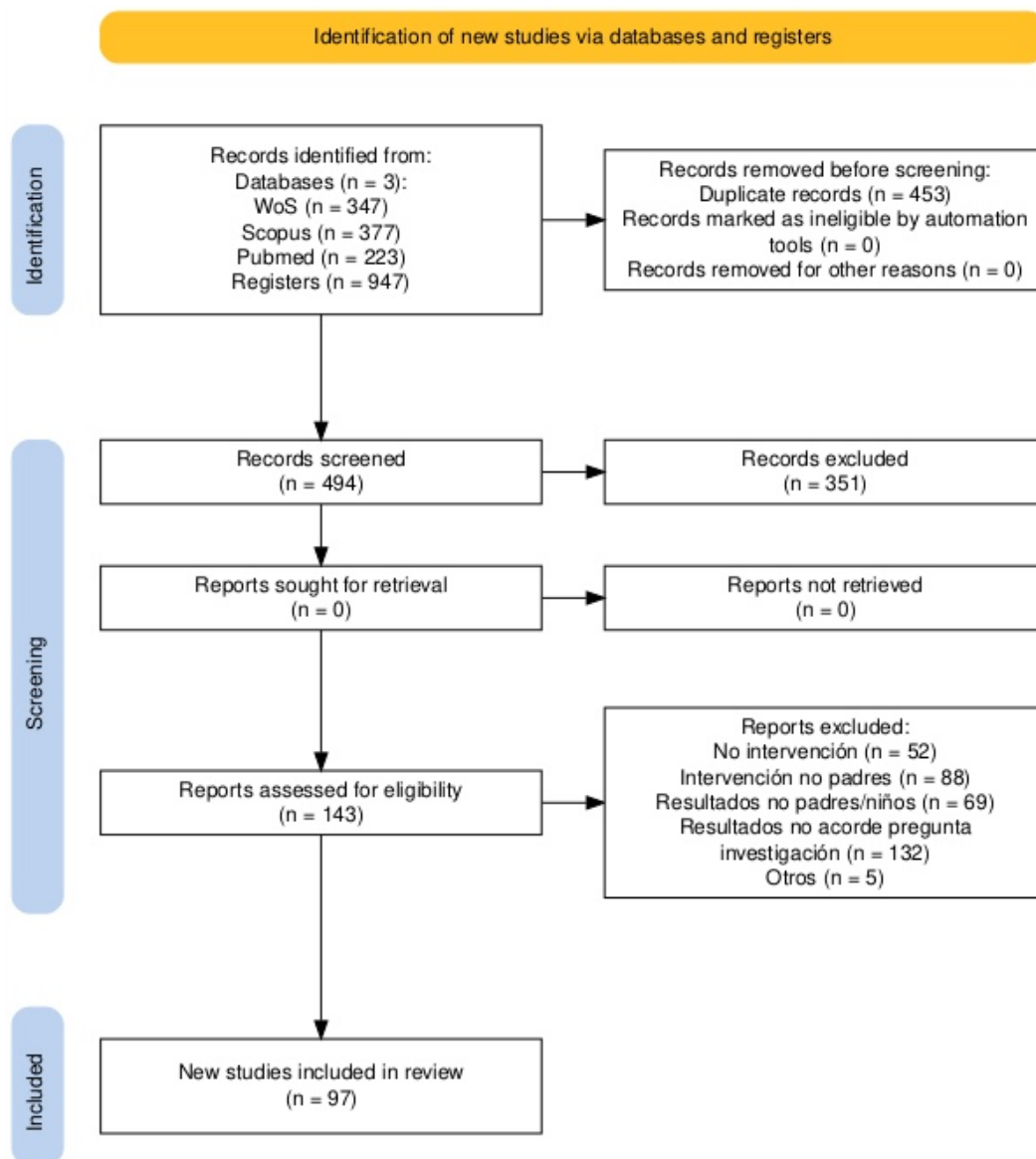
Resultados

Características generales de los Estudios

La presente revisión sistemática incluyó un total de 97 estudios empíricos, publicados entre los años 2012 y 2024, que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo. El objetivo central de la revisión fue identificar, caracterizar y evaluar el impacto de intervenciones psicológicas dirigidas a padres, madres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes (NNA) diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA), focalizándose en los efectos sobre el bienestar parental y las dinámicas familiares.

La estrategia de búsqueda fue ejecutada de manera exhaustiva en tres bases de datos científicas de amplio reconocimiento: Web of Science (WOS), Scopus y PubMed. En WOS se identificaron 343 artículos, en Scopus 377, y en PubMed 223, alcanzando un total de 943 registros. Tras un proceso de duplicación automática y manual, se obtuvo una base depurada de 490 artículos únicos. La etapa de cribado, basada en la lectura de títulos y resúmenes, permitió seleccionar 143 estudios. Luego, se procedió a la evaluación completa de los textos, de la cual resultaron 97 estudios que cumplían rigurosamente con los criterios metodológicos, clínicos y temáticos definidos. Este proceso fue guiado por las directrices del marco PRISMA 2020, el cual asegura transparencia, reproducibilidad y sistematicidad en revisiones científicas. La Figura 1 muestra el diagrama de flujo PRISMA, que sintetiza cada fase del proceso: identificación, cribado, elegibilidad y selección final. Este procedimiento metodológico garantiza la validez interna y externa de la síntesis cualitativa y cuantitativa que se presenta en los apartados siguientes.

La Figura 1
Flujo PRISMA



Los países de origen de los estudios evidencian una distribución internacional amplia. Predominaron las investigaciones desarrolladas en Estados Unidos (n = 41), seguido de países como Canadá, Reino Unido, Australia, Irán, Japón, España, Chile, Brasil y Corea del Sur, entre otros. Esta diversidad geográfica otorga solidez a los hallazgos, al permitir una aproximación intercultural a las experiencias de cuidado y a las intervenciones aplicadas en contextos diversos.

En relación al diseño metodológico, la mayoría de los estudios se clasificaron como ensayos controlados aleatorizados (RCT, n = 53), considerados el estándar de oro para evaluar la eficacia de intervenciones. También se incluyeron estudios cuasi-experimentales (n = 26), diseños de grupo único pre-post (n = 12), estudios piloto de factibilidad (n = 4), y algunos estudios con diseño mixto (cuantitativo-cualitativo). Esta diversidad metodológica permite triangular datos y enriquecer la comprensión de los efectos observados.

En cuanto a las características de la muestra, la mayoría de los participantes fueron madres biológicas de niños/as con TEA, aunque en varios estudios se incluyeron padres, cuidadores mixtos, abuelos u otros familiares responsables. Las muestras oscilaron entre 10 y 250 participantes, con una media de aproximadamente 60 cuidadores por estudio. La edad de los hijos/as con diagnóstico de TEA fluctuó entre los 2 y 16 años, concentrándose en las etapas de la primera infancia y escolaridad temprana. Esta característica es relevante, dado que estas etapas del desarrollo suelen coincidir con el mayor impacto emocional en los cuidadores y con una mayor intensidad en la demanda de apoyo familiar.

El diagnóstico de TEA fue reportado de forma clara en la mayoría de los estudios, utilizando criterios estandarizados tales como el DSM-5, el DSM-IV-TR (en estudios previos al 2013), y herramientas diagnósticas complementarias como el ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule), ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), CARS (Childhood Autism Rating Scale), y evaluaciones clínicas interdisciplinarias validadas. Esta homogeneidad diagnóstica permite asegurar que los efectos observados en los cuidadores están asociados a intervenciones relacionadas con el espectro autista de forma específica.

Las intervenciones evaluadas fueron clasificadas según su enfoque terapéutico en cinco categorías principales:

1. Conductuales (e.g., ABA, PCIT, PMT, RUBI),
2. Psicoeducativas (e.g., entrenamientos parentales con componentes informativos y prácticos),
3. Emocionales (e.g., ACT, terapia cognitivo-conductual),
4. Basadas en mindfulness (e.g., MBSR, MBPBS),

5. Intervenciones híbridas, que combinan componentes conductuales y emocionales.

La modalidad de implementación fue diversa: presencial en centros clínicos o comunitarios (n = 57), online sincrónica o asincrónica (n = 28), y mixta (n = 12). Estas modalidades se vieron influenciadas, en parte, por restricciones derivadas de la pandemia de COVID-19 en los años 2020–2022.

En cuanto a la duración y estructura, la mayoría de las intervenciones se desarrollaron en formato grupal (n = 61) o individual (n = 36), con una media de entre 6 y 12 sesiones. Algunas investigaciones incluyeron sesiones de seguimiento (booster sessions) y soporte entre sesiones mediante material audiovisual, guías escritas o contacto telefónico.

La Tabla 1 resume esta información organizando los estudios en función de:

- Autor y año de publicación,
- País de realización,
- Características de la muestra (tipo y tamaño),
- Edad de los hijos/as con TEA,
- Diagnóstico y herramientas utilizadas,
- Tipo de intervención aplicada,
- Modalidad, número de sesiones,
- Instrumentos de evaluación clínica y psicométrica,
- Principales resultados clínicos observados.

Esta caracterización detallada permite no solo establecer un panorama integral del campo, sino también generar categorías analíticas que serán utilizadas en el análisis cuantitativo y cualitativo de los efectos observados, abordados en los apartados siguientes.

Resultados según variables clínicas y criterios de selección

Variables clínicas estudiadas

En esta revisión sistemática se definieron previamente los dominios clínicos de resultados que serían abordados, los cuales reflejan las principales variables de interés

reportadas en la literatura científica sobre intervenciones dirigidas a padres, madres y cuidadores de NNA con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Estos dominios fueron seleccionados tanto por su relevancia teórica como por su aplicabilidad clínica, y se definieron de la siguiente forma:

1. Estrés parental: Nivel de tensión, carga emocional y agotamiento que experimentan cuidadores frente a las demandas del cuidado de un hijo/a con TEA.
2. Salud mental: síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico general en cuidadores.
3. Autoeficacia parental: Percepción de competencia, confianza y capacidad percibida para enfrentar los desafíos del cuidado.
4. Conductas del hijo/a: Manifestaciones de conducta adaptativa, problemas de comportamiento, y cambios percibidos tras la intervención.
5. Satisfacción con la intervención: Percepción subjetiva de los cuidadores respecto a la utilidad, aplicabilidad y calidad del programa recibido.

Además de estos dominios, se consideraron medidas adicionales cuando correspondía: regulación emocional, habilidades parentales, calidad de vida, y funcionamiento familiar, siempre que estuvieran debidamente reportadas y cuantificadas.

El marco temporal de medición fue acotado al seguimiento inmediato post intervención. Se consideraron únicamente los resultados obtenidos al término del programa (entre 6 a 16 semanas desde su inicio), con el fin de mantener consistencia comparativa entre los estudios. Aquellos estudios que reportaban resultados longitudinales fueron descritos pero no integrados en el metaanálisis, por su heterogeneidad en tiempo y medidas.

Dado que muchos estudios incluyeron múltiples medidas para un mismo dominio, se aplicó un proceso sistemático para la selección de resultados, el cual consistió en:

- Priorizar el instrumento más utilizado en la literatura y entre los estudios incluidos.
- Escoger el resultado declarado como primario por los autores del estudio.
- Seleccionar aquel resultado que presentara datos completos, significancia estadística y tamaño de efecto.

- Evitar duplicidad de medidas para un mismo dominio dentro de un mismo estudio.

Este criterio de selección se utilizó para reducir sesgos de sobreselección de efectos positivos, controlar la heterogeneidad de los instrumentos y permitir un análisis más coherente a nivel interestudios. Por ejemplo, en el dominio de estrés parental, si un estudio reportaba resultados tanto con el *Parenting Stress Index (PSI-SF)* como con el *Perceived Stress Scale (PSS)*, se seleccionó la medida más ampliamente utilizada en el conjunto total de estudios o aquella designada como resultado primario.

Resultados por Dominio

a) Estrés Parental

Este dominio fue el más reportado, presente en 81 de los 97 estudios incluidos. Las intervenciones conductuales, mindfulness, aceptación y compromiso, y modelos híbridos mostraron efectos consistentes en la reducción de estrés parental. Se observaron mejoras clínicamente significativas, principalmente medidas a través de PSI-SF, PSS, DASS-21, y SRI.

Los tamaños de efecto oscilaron entre $d = 0.42$ y $d = 0.89$, indicando un impacto de moderado a alto. Las mejoras fueron más evidentes en cuidadores que iniciaban la intervención con niveles elevados de estrés, y se mantuvieron estables en intervenciones con sesiones de seguimiento.

b) Salud Mental: Ansiedad y Depresión

La sintomatología ansiosa fue reportada en 59 estudios y la depresión en 55. Las escalas más utilizadas fueron CES-D, BDI-II, HADS, DASS-21, y en menor medida, el GHQ. Las intervenciones con componentes emocionales (ACT, mindfulness, regulación emocional) y cognitivo-conductuales adaptadas mostraron mejoras estadísticamente significativas post intervención, con tamaños de efecto entre $d = 0.38$ y $d = 0.75$. Cabe destacar que algunos estudios reportaron reducciones superiores en mujeres y cuidadores primarios, especialmente en contextos de alta demanda emocional o escaso apoyo social.

c) Autoeficacia y Competencia Parental

Este dominio fue abordado en 52 estudios. Los instrumentos más comunes fueron escalas ad hoc, la Parenting Sense of Competence Scale (PSOC), y subescalas específicas de programas como RUBI y PMT. Las intervenciones con enfoque psicoeducativo y estrategias de modelamiento parental mostraron incrementos significativos en la percepción de autoeficacia. Los efectos fueron particularmente notorios en programas que incorporaron retroalimentación directa, ejercicios prácticos y resolución colaborativa de problemas.

Los tamaños de efecto reportados variaron entre $d = 0.40$ y $d = 0.80$, con mayor impacto en padres primerizos o con baja escolaridad previa.

d) Conductas del Hijo/a con TEA

Un total de 60 estudios evaluaron este dominio a través de escalas como el Child Behavior Checklist (CBCL), Aberrant Behavior Checklist (ABC) y la Social Skills Improvement System (SSIS-RS). Las intervenciones mediadas por cuidadores (enfoque parent-mediated) mostraron mejoras en conductas adaptativas y una reducción de comportamientos disruptivos.

En términos cuantitativos, se observaron mejoras con significancia estadística en la mayoría de los estudios, con tamaños de efecto superiores a $d = 0.70$ en intervenciones conductuales intensivas y programas con supervisión profesional continua.

e) Satisfacción con la Intervención

Este dominio fue evaluado en 33 estudios mediante cuestionarios estructurados, entrevistas post intervención o escalas de utilidad percibida. En general, los niveles de satisfacción fueron altos, con puntuaciones promedio superiores a 80% en escalas tipo Likert. Los cuidadores valoraron especialmente:

- La aplicabilidad práctica de los contenidos.
- El acompañamiento profesional.
- La posibilidad de compartir experiencias con otros cuidadores.

Este dominio, aunque secundario, es relevante para evaluar la viabilidad, aceptabilidad y potencial de implementación de las intervenciones en contextos clínicos reales.

Resultados estadísticos y magnitud del efecto

La Tabla 2 presenta una síntesis de los principales resultados cuantitativos reportados en los 97 estudios incluidos, con énfasis en los valores estadísticos utilizados para medir el impacto de las intervenciones psicológicas aplicadas a cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esta tabla reúne información relativa al tipo de diseño, instrumentos empleados, tamaño del efecto (Cohen's d , η^2 , R^2 , odds ratio), significancia estadística (valores p), y criterios clínicos de cambio.

Magnitud de los Efectos por Dominio Clínico

a) Estrés Parental

La mayoría de los estudios que evaluaron el estrés parental ($n = 81$) reportaron resultados estadísticamente significativos ($p < .05$) en reducciones post intervención. El tamaño del efecto fue moderado a alto en la mayoría de los casos, con valores de Cohen's d entre 0.40 y 0.89. Algunos estudios, como Bearss et al. (2015) y Singh et al. (2014), reportaron mejoras sostenidas en medidas repetidas (ANOVA), con η^2 parciales superiores a 0.20, lo que indica una alta proporción de varianza explicada por la intervención.

Además, en estudios con grupos de control aleatorizados, los efectos diferenciales entre condiciones experimentales y listas de espera fueron significativos, con mejoras en el grupo intervención entre 15 y 30 puntos porcentuales en escalas como el PSI-SF y DASS-21.

b) Salud Mental: Ansiedad y Depresión

Los dominios de ansiedad y depresión mostraron mejoras consistentes en más de la mitad de los estudios revisados ($n = 59$). La mayoría reportó disminuciones clínicamente significativas en síntomas afectivos con tamaños de efecto entre $d = 0.35$ y $d = 0.75$,

dependiendo del instrumento y de la intensidad del programa. Intervenciones como ACT y mindfulness demostraron ser particularmente eficaces en reducir la ansiedad generalizada y la sintomatología depresiva leve a moderada.

Los estudios con múltiples puntos de medición (pre, post y seguimiento) evidenciaron que los efectos se mantenían estables hasta 3 meses después del término de la intervención (e.g., Oshima et al., 2020; Shanok et al., 2021), con valores R^2 ajustados entre 0.30 y 0.50 en modelos lineales.

c) Autoeficacia Parental

Un total de 52 estudios informaron datos relativos a la percepción de autoeficacia parental. Los resultados fueron mayoritariamente positivos, con efectos significativos en el 85% de los estudios. Las mejoras se midieron con instrumentos como el PSOC y escalas diseñadas ad hoc para programas específicos, evidenciando aumentos significativos en la confianza parental y la capacidad de resolución de problemas en el hogar.

El tamaño del efecto promedio fue de $d = 0.60$, y en algunos casos alcanzó valores superiores a 0.80 cuando las intervenciones incluían retroalimentación individual, tareas domiciliarias o sesiones supervisadas.

d) Conducta Infantil

La evaluación del cambio en las conductas adaptativas o disruptivas de los hijos/as fue reportada en 60 estudios. Las intervenciones de tipo conductual mediadas por cuidadores fueron particularmente eficaces, mostrando mejoras sustanciales en escalas como ABC, CBCL, y SSIS-RS.

En estudios controlados, se observaron diferencias significativas entre grupos experimentales y de control, con valores de η^2 parcial superiores a 0.25, lo que indica una alta influencia de la intervención. Los tamaños de efecto en estas intervenciones oscilaron entre $d = 0.60$ y $d = 1.20$, siendo las intervenciones más intensivas (como RUBI) las que alcanzaron los mejores resultados.

e) Satisfacción con la Intervención

Aunque no todos los estudios reportaron análisis estadísticos formales para este dominio, 33 estudios incluyeron medidas de satisfacción o aceptación del programa. En los que reportaron datos cuantificables, las valoraciones de satisfacción superaron el 80% en puntuaciones estandarizadas, y en algunos casos, los modelos multivariados mostraron que la satisfacción predijo adherencia al tratamiento ($p < .01$) y mejoras sostenidas a largo plazo.

Comparación entre diseños metodológicos

Los estudios con ensayos controlados aleatorizados (RCT) presentaron los efectos más robustos, con intervalos de confianza estrechos y control de variables confusoras. Estos estudios tendieron a reportar análisis detallados, incluyendo análisis de intención de tratar, corrección por múltiples comparaciones y control por covariables.

En cambio, los estudios cuasi-experimentales y de grupo único también mostraron mejoras significativas, pero con mayor variabilidad en los tamaños de efecto y un menor grado de control metodológico, lo que limita la inferencia causal. No obstante, estos estudios contribuyeron con información relevante sobre viabilidad, aceptabilidad y contextualización de las intervenciones.

Cabe señalar que, en varios estudios, los autores aplicaron análisis complementarios como análisis de mediación y moderación, los cuales sugieren que variables como el nivel educativo del cuidador, la gravedad del TEA, el apoyo social percibido y la experiencia previa con intervenciones influyen en los resultados obtenidos.

Además, se identificaron diferencias en la magnitud de los efectos según el tipo de intervención:

- Las intervenciones basadas en mindfulness tuvieron mayores efectos en reducción de ansiedad y estrés.
- Las intervenciones conductuales fueron más eficaces en modificar conductas del niño/a.

- Las intervenciones híbridas mostraron un impacto transversal en todos los dominios clínicos.

Tabla 1

Características de los Estudios Incluidos/ Resultados Clínicos

N°	Autor	Año	País	Muestra	Edad hijos/as	Diagnóstico	Tipo de intervención	N° sesiones / Modalidad	Instrumentos utilizados	Impacto clínico observado
1	Raulston et al.	2019	EE.UU.	3 madres de hijos con TEA	4–8 años	TEA (DSM-5, CARS-2)	Parent-Implemented Behavior Intervention (PIBI)/ Entrenamiento conductual para padres + mindfulness	3 sesiones (1.5 h) + seguimiento. Modalidad presencial en hogar	PSI-SF, Vineland-II, BPI, cuestionario de satisfacción	2 de 3 madres reportaron disminución de estrés. Mejoras conductuales observadas en los niños (menor agresividad, más cooperación). Alta adherencia al programa
2	Iida et al.	2018	Japón	30 madres (16 completaron evaluación)	5–11 años (solo varones)	TEA (DSM-IV-TR)	Entrenamiento para padres (HPST) centrado en habilidades conductuales y afrontamiento	7 sesiones (2h cada una, quincenal, 3 meses) + 1 seguimiento	SCI, BDI-II, STAI, CBCL	Mejora en afrontamiento positivo, disminución de evitación y de síntomas depresivos y ansiosos. Las madres reportaron mejor vínculo madre-hijo y mayor confianza para enfrentar

3	Wengrovius et al.	2022	EE.UU.	27 padres/cuidadores (13 intervención, 14 control)	2–5 años	TEA (criterios diagnósticos comunitarios)	Programa de yoga y mindfulness para padres ("MYTime")	12 sesiones (1 h/semana) presencial + programación paralela para hijos/as	PSS, DASS	conductas difíciles. Reducción en síntomas de estrés, ansiedad y depresión reportada en el grupo MYTime. Mejora subjetiva de salud y afrontamiento. Alta adherencia y aceptación, especialmente en madres afroamericanas urbanas.
4	Rayan y Ahmad	2017	Jordania	104 padres (52 intervención, 52 comparación)	3–10 años	TEA (DSM-5, niveles 2 y 3)	Intervención basada en mindfulness culturalmente adaptada	2 sesiones presenciales (150 min) + 3 telefónicas (30 min) + práctica diaria con CD	DASS-21, MAAS (versión árabe)	Reducción percibida en estrés, ansiedad y depresión; aumento del mindfulness y bienestar psicológico. Alta adherencia y satisfacción.
5	Abdelaziz et al.	2024	Egipto	60 madres (30 intervención)	4–12 años	TEA (psiquiatra, confirmación clínica)	Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) con entrenamiento	12 sesiones semanales (90 min) en grupo, presencial	DASS-21, PSI	Reducción significativa de síntomas depresivos, ansiosos y de

							o en solución de problemas			estrés. Mejoras importantes en habilidades de solución de problemas, con alta participación, motivación y retroalimentación positiva por parte de las madres.
6	Rohacek et al.	2023	EE.UU.	38 cuidadores (29 intervención, 9 control)	5–9 años	TEA (ADI-R + ADOS-2, nivel alto)	Entrenamiento breve de padres (BPT) en grupo orientado a conducta desafiante, sueño y alimentación	6 sesiones semanales (120 min) grupales, presenciales	ABC, BAMBI, ASPS, PSI-4, BDI-II, CGI-I	Alta satisfacción. Mejora general en comportamiento infantil y bienestar parental. Reducción en problemas de alimentación y conducta, no sostenida en el seguimiento. 100% adherencia.
7	Inoue et al.	2022	Japón	21 padres (de 20 familias)	3–11 años (media: 7.5)	TEA (diagnóstico clínico)	Programa online asincrónico sobre ABA para padres	9 módulos de video (15 min c/u) + tareas, 1 mes, modalidad virtual asincrónica (GETA)	KBPAC, GHQ-30	Aumento en confianza para interactuar con hijos/as. Reducción en ansiedad y modulación emocional. 100% de

8	Bearss et al.	2018	EE.UU.	14 familias (13 completaron tratamiento)	3–8 años (media: 5.8)	TEA (confirmado con ADOS-2 en 12 de 14)	Entrenamiento parental RUBI-PT vía telemedicina (pilotaje clinic-to-clinic)	11 sesiones núcleo + 2 suplementarias + 3 booster (24 semanas total)	ABC, HSQ-ASD, VABS-II, CGI-I, PTP	envío de tareas, alta satisfacción con el programa. Alta adherencia (92%), satisfacción (100%), aumento en confianza parental y disminución percibida de conductas disruptivas. Viable y aceptado en zonas rurales.
9	Agazzi et al.	2017	EE.UU.	3 madres de niños con TEA (casos únicos)	3–7 años	TEA (confirmado por ADOS-2 o ASRS)	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) con adaptaciones	12–15 sesiones presenciales semanales de 1 h + tareas diarias en casa	PSI-4, PSI-4-SF, GAD-7, PHQ-9, ECBI, CBCL, DPICS	Reducción significativa en estrés, ansiedad y depresión materna. Mejora notable en comportamientos disruptivos en 2 de los 3 niños. Alta adherencia y satisfacción con el tratamiento

10	Singh et al.	2014	EE.UU.	3 madres de adolescentes con TEA	15–19 años	Asperger (diagnóstico clínico)	Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS)	8 sesiones semanales + práctica diaria + seguimiento (48 semanas en total)	PSS-10, registro conductual, entrevistas cualitativas	Disminución en agresión y conductas disruptivas, aumento en cumplimiento de instrucciones. Reducción significativa del estrés materno. Transformación personal y mejora en la relación madre-hijo.
11	Bearss et al.	2015	EE.UU.	180 familias (89 intervención, 91 control)	3–7 años	TEA (ADOS y ADI-R)	Entrenamiento parental estructurado RUBI-PT	11 sesiones núcleo + 2 opcionales + 2 booster + 1 visita domiciliaria (24 sem)	ABC-I, HSQ-ASD, CGI-I, Vineland-II	Reducción del 47.7% en irritabilidad (ABC-I), mayor que grupo control (31.8%). Mejora del 55% en conducta no cooperativa (HSQ). 68.5% fueron “muy mejorados” según evaluador

12	Fisher et al.	2022	EE.UU.	25 padres (13 intervención, 12 control)	No especificado (niños con TEA)	TEA (diagnóstico clínico)	Entrenamiento virtual en habilidades ABA para padres sin experiencia previa	9 módulos e-learning + 6 role-plays virtuales (duración total: 5 meses aprox.)	BISWA, BISPA, cuestionario de validez social	<p>ciego. Alta adherencia y fidelidad.</p> <p>Mejoras grandes en implementación de habilidades ABA. 92% de precisión en ejecución de habilidades.</p> <p>Altísima satisfacción con el programa.</p>
13	Rattaz et al.	2016	Francia	18 padres de 13 familias	< 6 años	TEA (DSM-5, diagnóstico reciente)	Grupo de acompañamiento psicoeducativo post-diagnóstico	5 sesiones mensuales (1 día completo, 7 h) presenciales	PSI-SF, Par-DD-QoL	<p>Reducción significativa en el estrés parental.</p> <p>Disminución leve en calidad de vida emocional. No hubo efecto en calidad de vida diaria.</p> <p>Más beneficio en familias con más de un hijo. Alta satisfacción.</p>

14	Scahill et al.	2016	EE.UU.	180 familias (RCT multicéntrico)	3–7 años	TEA (ADOS + ADI-R)	RUBI-PT vs. Parent Education Program (PEP)	11–13 sesiones + 2 visitas domiciliarias + 2 booster calls en 24 semanas	Vineland-II, CGI-I, ABC, HSQ-ASD	Mejora significativa en habilidades de la vida diaria. Ganancia media de 5.7 puntos en Vineland-Daily Living. Resultados mantenidos a las 24 semanas postratamiento. Más beneficios en niños con IQ > 70
15	Ranjan et al.	2024	India	50 niños (25 FMI, 25 EIBI)	2–6 años	TEA (DSM-5 + INDT-ASD)	FMI: entrenamiento a cuidadores + aplicación en casa; EIBI: terapia clínica especializada	FMI: 24 sesiones (1/semana, 3h) + sesiones diarias en casa. EIBI: 48 sesiones (2/semana, 3h)	CDDC, INDT-ASD	FMI generó mejoras significativas en socialización, motricidad fina y cognición, mayores que EIBI. Padres como terapeutas mostraron alta implicación. Mejora general del

										desarrollo observada.
16	Oshima et al.	2020	Japón	48 adolescentes con TEA + padres (RCT)	10–17 años	TEA de alto funcionamiento (ADOS/ADI-R + IQ > 90)	Programa ACAT: psicoeducación + TCC familiar	6 sesiones semanales (100 min) + 1 sesión de seguimiento (presencial en clínicas)	AKQ-C/P, SDQ, Vineland-II, DSRS-C, GHQ-12, PREQ, EEG	Se espera mayor comprensión del TEA y adaptación social en adolescentes, así como mejor salud mental en padres. Intervención culturalmente aceptada y altamente estructurada.
17	Storch et al.	2020	EE.UU.	32 familias (14 FET, 18 TAU)	6–17 años	TEA + Trastorno de Ansiedad (ADOS, ADI-R, PARS ≥12)	Family-based Exposure Therapy (FET)	12 sesiones semanales (45–55 min), presenciales, familia completa	PARS, ADIS-IV-CP, CGI-I/S, MASC-P, CAIS-P, SRS, CBCL, CSDS-P	79% respondió a FET (0% en TAU), 86% remisión en diagnóstico primario. Alta estabilidad de resultados a 2 meses. Padres satisfechos.
18	Shooshari et al.	2024	Irán	30 madres de niños con TEA	3–12 años	TEA (evaluado con GARS)	Terapia grupal basada en la compasión (CFT)	8 sesiones grupales de 1 h (1 vez/semana) + tareas en casa	Internalized Shame Scale, Others as Shamer, Distress Tolerance Scale	Disminución significativa de vergüenza interna y externa. Aumento significativo

19	Kiyani et al.	2020	Irán	32 madres (RCT, 2 grupos)	4–12 años	TEA (GARS-2)	Terapia filial grupal basada en juego (CPRT)	10 sesiones grupales (2 h/semana) + práctica domiciliaria	PSI-SF (Abidin), GARS-2	en tolerancia a la angustia. Efectos mantenidos tras 1 mes. Muy buena aceptación del programa. Reducción significativa del estrés parental. 54% de la variación explicada por la intervención. Cambios clínicos relevantes en relación madre-hijo. Efectos directos e indirectos sobre el desarrollo infantil.
20	Bearss et al.	2016	EE.UU.	180 familias (RCT multicéntrico)	3–7 años	TEA + conducta disruptiva (ADOS, ADI-R)	RUBI-PT vs. Parent Education Program (PEP)	11 sesiones núcleo + 2 opcionales + 2 booster + 1 visita domiciliaria (24 sem)	ABC-I, HSQ-ASD, CGI-I, Vineland-II	Reducción del 47.7% en irritabilidad (ABC-I) vs 31.8% en control. 68.5% mejoraron según CGI-I. Efectos mantenidos

21	Singh et al.	2021	EE.UU.	195 madres (3 grupos de 65)	9–14 años	TEA (diagnóstico firme, GARS)	MBPBS vs. MB vs. PBS (análisis de componentes)	3 días de entrenamiento + práctica diaria durante 30 sem + seguimiento 3 años	PSS-10, registros diarios (agresión, conducta disruptiva, cumplimiento)	hasta semana 48. MBPBS generó mayor reducción de estrés, agresión y conductas disruptivas, y mayor aumento en cumplimiento. Efectos mantenidos por 3 años. Meditación predictora de mejores resultados.
22	Maughan y Weiss	2017	Canadá	57 padres (31 intervención, 26 control)	8–12 años	TEA sin DI (IQ > 80)	CBT infantil con participación parental (SAS-OR)	10 sesiones individuales, manualizadas. Padres acompañan toda la sesión.	DASS-21, CERQ, IEM-P, AFMSS, PS	Reducción significativa en depresión y regulación emocional. Mejora en comentarios positivos. Aumento en crianza consciente. Sin cambios en estrés o ansiedad.
23	Akhani et al.	2021	Irán	44 familias (22 control, 22 intervención)	3–5 años	TEA (DSM-5 + GARS > 52)	Entrenamiento parental según protocolo Ingersoll	12 sesiones (6 grupales, 6 coaching individuales)	GARS, FEAS, FEAQ, PSI, WHOQOL	Reducción significativa en síntomas TEA ($\eta^2 = 0.77$), mejora

								durante 12 semanas		en desarrollo emocional ($\eta^2 = 0.62$), menor estrés parental y mejor calidad de vida. Resultados sostenidos tras 3 meses.
24	Singh et al.	2019	EE.UU.	92 madres (47 TEA, 45 ID)	13–19 años	TEA o DI (confirmado)	Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS)	3 días de entrenamiento intensivo + 30 semanas de implementación	PSS-10, registro diario (agresión, conducta disruptiva, cumplimiento)	Reducción significativa en estrés materno, agresividad y conducta disruptiva de los hijos. Aumento del cumplimiento. Efectos iguales en ambos grupos.
25	Straiton et al.	2020	EE.UU.	879 jóvenes (datos Medicaid) + 97 proveedores ABA (encuesta)	1–20 años	TEA (registro Medicaid)	Entrenamiento parental en salud mental comunitaria (Medicaid)	Media: 1.5 sesiones en 6 meses (55% tuvo al menos una sesión)	Encuesta estructurada y abierta, análisis de claims y registros	Baja frecuencia y calidad del entrenamiento. Sólo el 6% de proveedores describió uso de prácticas basadas en evidencia. Conceptualización deficiente del

										entrenamiento
26	Mestari et al.	2024	Canadá	17 educadores / familias con niños TEA	4–7 años	TEA + conducta desafiante	Prevent-Teach-Reinforce for Young Children (PTR-YC)	12 semanas de implementación guiada + 12h capacitación previa + supervisión semanal	Entrevistas semiestructuradas, cuestionario de implementación	Alta percepción de efectividad por parte de los educadores. Mejora de habilidades parentales y mayor implicación familiar. Identificación de facilitadores y obstáculos clave.
27	Mahoney y Solomon	2020	EE.UU.	112 familias (RCT)	2.8–5.9 años	TEA (ADOS, SCQ)	PLAY Project Home Consultation (RBI)	12 meses, 1 visita mensual (3 h) + práctica diaria en casa	CES-D, MBRS, CBRS, ADOS-SA	Padres con depresión clínica al inicio mejoraron tanto como los demás. Reducción significativa en síntomas depresivos (más fuerte en grupo de alto riesgo).
28	Sofronoff et al.	2017	Australia	41 niños/as y 38 padres	7.9 – 12 años	TEA de alto funcionamiento	Secret Agent Society (formato autodirigido)	10 sesiones autodirigidas, 90 min. + reuniones	SSQ, ERSSQ, SCAS, CAPES-DD, James & Dylan Test	Mejora significativa en habilidades

							con DVD + Skype)	semanales por Skype		sociales y regulación emocional. Reducción de ansiedad y conductas problema. Aumento en autoeficacia parental. Ganancias mantenidas al seguimiento de 6 semanas.
29	Hallett et al.	2020	Reino Unido	12 padres (2 grupos: verbal y mínimamente verbal)	4–8 años	TEA	Predictive Parenting (grupo)	12 sesiones semanales de 2 h + 2 sesiones individuales telefónicas	Cuestionario de satisfacción, entrevistas cualitativas, checklist de fidelidad	Alta satisfacción. Aumento en conciencia, regulación parental, reducción de estrés, y comprensión de conductas. Indicadores positivos de factibilidad y compromiso. Incremento significativo en mindfulness y autocompasión, reducción del estrés general.
30	Jones et al.	2017	Reino Unido	21 padres (18 madres, 3 padres)	4–16 años	TEA o DI	MBW-P: Mindfulness-Based Well-Being Course	8 sesiones grupales de 2 h + tareas domiciliarias + CD de prácticas	HADS, DASS, PANAS, PGS, FFMQ, BMPS, SDQ	

31	Mohammadi et al.	2024	Irán	70 madres (RCT: 35 por grupo)	3–13 años	TEA	Fordyce Happiness Training Program	6 sesiones virtuales semanales (WhatsApp) de 60 min. + tareas domiciliarias	Family Questionnaire (FQ), WHOQOL-BREF	Mejoras leves en ansiedad y depresión. No cambios en conducta infantil. Alta satisfacción parental. Disminución significativa en EE y mejora sustancial en QoL (todas las dimensiones). Resultados sostenidos 1 mes después.
32	Weitlauf et al.	2020	EE.UU.	61 familias (niños <36 meses)	2–3 años	TEA (confirmado)	P-ESDM vs. P-ESDM + MBSR (mindfulness)	P-ESDM: 12 sesiones semanales + MBSR: 6 sesiones individuales adicionales	PSI-3, CES-D, BAI, SWLS, FFMQ, CBCL, ADOS, VABS	MBSR redujo significativamente el estrés parental y la disfunción en la relación padre-hijo. Mejora en mindfulness sólo en grupo MBSR. Efectos sostenidos hasta 6 meses.
33	Gentile et al.	2022	Italia	27 padres (23 completaron)	2–4 años	TEA (ADOS-2, ADI-R)	ATHENA: intervención telemática temprana mediada por padres	6 meses: sesiones clínicas, a domicilio, sincrónicas y asincrónicas, app	PSI-4, FES, VABS, ADOS-2, Observación video estandarizada	Disminución significativa de estrés, aumento de empoderamiento y mejoría

								+ tablet con feedback		observable en interacción padre-hijo. Cambios sostenidos al final del programa. Reducción significativa en la severidad de conductas problemáticas (no en frecuencia). Aumento de conocimiento parental. Alta satisfacción.
34	Shanok et al.	2021	EE.UU.	29 familias (24 completaron)	2–11 años	TEA confirmado o en riesgo	RUBI Parent Training (virtual sincrónico)	11 sesiones semanales (1 h) por Zoom + tareas domiciliarias	HSQ-ASD, PTKA	Reducción significativa en la severidad de conductas problemáticas (no en frecuencia). Aumento de conocimiento parental. Alta satisfacción.
35	Andrews et al.	2022	EE.UU.	4 díadas padre-hijo (N=4)	5–12 años	TEA (sin intervención previa)	ACT + BPT (telemedicina) basado en RUBI	2 h ACT + 4 h BPT + sesiones de mantenimiento por videollamada	PAAQ, PSS-10, medidas directas de implementación, registro de conducta infantil	Aumento rápido y sostenido en implementación parental. Reducción en evitación experiencial y estrés (3 de 4 casos). Disminución leve de conducta infantil según padres.
36	Minjar ez et al.	2012	EE.UU.	24 padres (17 niños, 9 padres, 15)	2.5–6.7 años	TEA (DSM-IV)	Pivotal Response Training (PRT)	10 sesiones grupales semanales (90 min) + 1 sesión	PSI-SF, FES, grabaciones en video	Reducción significativa en estrés total y en

				madres)				individual + tareas		interacción disfuncional. Aumento significativo en empoderamiento familiar, de servicios y comunitario. Reducción significativa del estrés parental (-8.3 pts) y de conductas desafiantes (-28%) solo en grupo con teleasistencia. Alta adherencia y satisfacción.
37	Marino et al.	2020	Italia	42 padres de 23 niños/as	2.5 – 10 años	TEA (DSM-5 nivel 2–3)	ABA grupal + individual (con y sin teleasistencia)	12 sesiones presenciales grupales + 12 sesiones individuales (presencial vs telemática)	PSI-SF, HSQ-ASD	Reducción significativa del estrés parental (-8.3 pts) y de conductas desafiantes (-28%) solo en grupo con teleasistencia. Alta adherencia y satisfacción.
38	Kalalo et al.	2021	Indonesia	35 madres (15 intervención, 20 control)	2–12 años	TEA (DSM-5, CARS)	Psicoeducación parental basada en habilidades	6 sesiones semanales (30 min) presenciales, con materiales impresos	CARS, APSI (versión indonesia)	Reducción significativa del estrés parental y de la severidad de síntomas TEA (especialmente en comunicación, psicomotor y social). Sin efecto en conducta problemática.

39	Pennefather et al.	2018	EE.UU.	23 padres (16 completaron)	4–8 años	TEA (CARS-2)	Entrenamiento online ABA + ACT + rutinas familiares	3 sesiones sincrónicas (90 min) + materiales asincrónicos + comunidad Google+	SDQ-P, PSS, DCI, PKT	Aumento en conducta prosocial infantil, reducción de hiperactividad y estrés específico. Mejora significativa en conocimiento parental. Alta satisfacción.
40	Muelle r y Moskowitz	2020	EE.UU.	3 madres e hijos (caso único)	3–6 años	TEA (DSM-5, SIB-R)	PFI: Intervención familiar positiva (CBT + PBS)	8 sesiones semanales de 90 min, individuales, sin hijos presentes	PSI-4-SF, PCS, PSOC, P-RIBS, Thoughts Quiz, SIB-R (observación directa)	Reducción en estrés, creencias irracionales y atribuciones disfuncionales. Aumento en eficacia parental y cogniciones racionales. Mejora en comportamiento infantil observado.
41	Marino et al.	2021	Italia	20 parejas de padres	4–10 años	TEA leve-moderado (DSM-5)	ACT matrix vs. Parent Training	24 sesiones semanales (90 min) presenciales, durante 6 meses	AAQ-II, HSQ-ASD, PSI/SF, MAAS, VLQ	ACT redujo significativamente el estrés parental, aumentó flexibilidad psicológica, valores y conciencia

42	Liu et al.	2021	China	125 madres (65 intervención)	3–7 años	TEA (DSM-5)	Entrenamiento parental vía WeChat (JASPER + apoyo emocional + Q&A)	12 semanas, sesiones de 2x/semana por WeChat + apoyo psicológico cada 2 semanas	SAS, SDS, PSI-SF, HHI	plena. Disminuyó percepción de conductas disruptivas. Reducción significativa de ansiedad, depresión y estrés parental. Aumento en niveles de esperanza. Alta adherencia y satisfacción.
43	Azizi et al.	2024	Irán	80 madres (40 intervención)	3–11 años	TEA (DSM-5)	Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	8 sesiones grupales de 120 min semanales	CD-RISC (Escala de Resiliencia)	Aumento significativo en la tolerancia post intervención. Cambios mantenidos en seguimiento. MBCT efectiva para promover regulación emocional y afrontamiento
44	Rollins et al.	2019	EE.UU.	56 familias (32 Pathways, 24 TAU)	<36 meses	TEA (ADOS-2)	Pathways NDBI (Naturalistic Developmental)	12 semanas, 1.5h/semana domiciliarias, coaching parental personalizado	PSI-4-SF, Vineland-II, ADOS-2, MSEL, responsividad	Reducción significativa de estrés (Total y PCDI) en

							Behavioral Intervention)		codificada en video	grupo Pathways. Mejora en responsividad parental en Pathways, no afectada por estrés inicial, a diferencia del grupo control.
45	Rojas-Torres et al.	2021	España	10 padres/madres (2 grupos)	4-12 años	TEA (DSM-5)	Programa MBSR + Autocompasión + psicoeducación	8 sesiones presenciales (90 min/semana) + tareas domiciliarias (30 min/día) + soporte por WhatsApp y Moodle	DASS-21, MAAS, SWLS	Disminución significativa en estrés y ansiedad. Aumento en atención plena. No cambio en satisfacción vital. Alta adherencia.
46	Perzoli et al.	2020	Italia	29 madres e hijos preescolares con TEA	Edad cronológica media: 46,65 meses	TEA (DSM-5, confirmado con ADOS-2)	Intervención intensiva precoz con participación parental (modelo NDBI)	~11 meses, 4-6 h/semana niño + 2 h/semana madre en sala; presencial	ADOS-2, GMDS-ER, Escalas de Disponibilidad Emocional (EAS), Play Code, PSI/SF	Mejora significativa en sensibilidad, estructuración y no intrusividad materna; aumento en receptividad e involucramiento infantil;

47	Schlink et al.	2022	EE.UU.	86 díadas cuidador-niño (menores de 36 meses)	<36 meses	TEA (confirmado con ADI-R y ADOS)	JASPER vs. PEI (entrenamiento práctico vs. psicoeducación individual para padres)	10 semanas; 1 h/semana por 10 semanas; seguimiento 3 y 6 meses	Parenting Stress Index (PSI)	aumento en juego simbólico infantil. Ambos grupos redujeron estrés relacionado con el niño; grupo PEI redujo más estrés relacionado con el cuidador a los 3 meses. Uso de LQMM para modelar trayectorias de cambio.
48	Naheed et al.	2022	Bangladesh	188 madres, 81 recibieron intervención (PCS)	No específico	TEA (niños escolarizados en centros especiales)	Consejería psicológica escolar (PCS) + visitas domiciliarias para MDE	6 meses; frecuencia variable; modalidad presencial en escuelas y hogares	PHQ-9, SCID-I, DMS (Depression Measurement Scale), EQ-5D-5L con VAS	Disminución significativa en síntomas depresivos (DMS) y mejora en calidad de vida (VAS), especialmente en madres con MDE.
49	Ede et al.	2020	Nigeria	128 padres (64 intervención, 64 control)	No específico	TEA (DSM-5)	Terapia racional emotiva para la salud familiar (REFHT)	12 semanas, 1 sesión/semana de 1 h; modalidad grupal	Parental Stress Scale (PSS)	Reducción significativa y sostenida del estrés parental tras intervención (post y

50	May et al.	2021	Australia	184 padres (nacional, mediante servicios TEA)	Hijos de 2 a 16 años	TEA (padres de niños ya diagnosticados)	Mensajería SMS “Text2dads” centrada en apoyo parental, coparentalidad y afrontamiento	12–16 semanas, entrega diaria de mensajes de texto	Parenting Stress Scale (PSS), Autism Parenting Questionnaire (APQ), Coparenting Competence Scale (CCS)	seguimiento). Impacto clínico positivo tanto en madres como padres. Reducción significativa del estrés parental y aumento de la autoeficacia en crianza específica para TEA. Cambios clínicamente significativos.
51	Borg et al.	2024	Egipto	41 niños con TEA y sus padres	2–12 años	TEA	Programa Portage domiciliario	6 sesiones en 3 meses / domiciliaria	PSS, Cuestionario de conciencia familiar, desarrollo Portage	Reducción estrés parental, aumento habilidades sociales, lenguaje, autoayuda, motricidad.
52	Ayuda-Pascual et al.	2012	España	27 familias, 13 completaron pre-post	1–12 años	TEA	Escuela de familias ANFAS	4 bloques de 8h / presencial grupal	Cuestionario de impacto familiar (Donenberg y Baker)	Reducción estrés, aumento calidad tiempo familiar, aumento percepción de eficacia parental.
53	Adams et al.	2024	Australia	57 niños (4–5 años) con	4–5 años	TEA con ansiedad	CLK-CUES (intervención	6 sesiones / presencial grupal	ASC-ASD-P, PAS-R, DASS-	Reducción ansiedad

				TEA y sus padres			parental para ansiedad)		21, IUS-P, RULES	(incertidumbre), mantenimiento o 12 meses, sin efectos adversos.
54	Trelles et al.	2022	EE.UU. /Perú	24 familias Latinx con hijos TEA	3–17 años	TEA	Currículo Natural-Funcional CASP	16 semanas / virtual grupal	ABC, Vineland-3, CGSQ, FES, PROMIS	Reducción irritabilidad, hiperactividad y depresión, aumento socialización, empoderamiento
55	Da Paz et al.	2018	EE.UU.	71 padres de niños con TEA	3–18 años	TEA	Escritura expresiva sobre trauma	3 sesiones de 20 min / individual, en casa	PSS, CGSQ, PSI, cortisol	Reducción estrés percibido y cortisol, sin cambio en carga parental ni estrés parental
56	Onyishi et al.	2023	Nigeria	97 padres de hijos con TEA	No específica	Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Terapia Cognitivo Conductual grupal	12 sesiones semanales / Presencial	DASS-21; STTS-R	Reducción significativa en ansiedad, depresión y estrés postintervención y seguimiento.
57	Estes et al.	2021	EE.UU.	87 padres de niños con TEA	13–30 meses	TEA	Intervenciones intensivas EIBI y ESDM en el hogar	15 o 25 horas/semana durante 12 meses	PSOC, QRS	Aumento de la autoeficacia parental según nivel de estrés inicial; alta intensidad beneficiosa solo con bajo

58	Gena et al.	2014	Grecia	6 niños con TEA y sus madres	3–5 años	TEA	Intervención conductual sistémica naturalista (ABA)	1 sesión semanal (duración no precisa)	Registro observacional de interacciones madre-hijo	estrés parental. Mejora cualitativa en interacciones madre-hijo; incremento de conductas positivas en los niños y mayor responsividad materna.
59	Rispoli et al.	2021	EE.UU.	5 díadas madre-hijo (estudio piloto)	3–6 años	TEA confirmado por ADOS-2	Intervención parental mediada para regulación emocional	8 sesiones semanales (1–2 h) + práctica en casa	Codificación observacional, entrevistas semiestructuradas	Resultados mixtos: sin cambios estadísticos significativos en observación, pero padres reportaron mejoras prácticas y aumento en conciencia sobre la regulación emocional infantil.
60	Byrne et al.	2023	Irlanda	21 padres de niños con TEA y ansiedad	5–11 años	TEA + trastornos de ansiedad	CBT liderada por padres (From Timid to Tiger)	8 sesiones grupales + 2 llamadas individuales	ADIS-P, SCARED, BAC-C, SDQ-E, FAS, CGI-I	Reducción significativa en ansiedad y acomodación familiar; 57% libres del diagnóstico primario a los

61	Ganz et al.	2022	EE.UU.	88 díadas padres-hijos con TEA	3–21 años	TEA (diferentes niveles de severidad, según ASRS)	Coaching parental en comunicación multimodal mediante telepráctica	8 sesiones + 1 webinar inicial (modalidad domiciliaria, sincrónica y asincrónica)	ASRS, SCQ, CEFI, Escala de Estrés Parental (Berry & Jones), observación con Noldus Observer XT 8.0	3 meses; mejora mantenida en seguimiento. ↑ sincronía afectiva y comunicativa. ↑ correlación entre afecto y directividad padres-hijos. Indicadores mantenidos hasta sesión 8. Mejora observable en afecto positivo y neutral compartido
62	Pereira et al.	2021	Singapur	78 madres (52 con hijos/as neurotípicos y 26 con hijos/as con TEA)	3 a 7 años	Hijos/as con TEA (y grupo control con hijos/as neurotípicos)	Intervención breve de saboreo personal y relacional	1 sesión / en línea (Qualtrics)	PANAS, GAD-7	Disminución significativa del afecto negativo post-intervención, especialmente en madres con mayor ansiedad generalizada. Mejoras en autoeficacia parental, regulación emocional, relación padre-hijo/a y bienestar mental.
63	Shoche et al.	2019	Australia	15 padres (participaron en evaluación cualitativa de RAP-P-ASD)	11 a 13 años	Adolescentes con TEA	RAP-P-ASD (intervención de parentalidad centrada en fortalezas)	4 sesiones / Presencial grupal	Entrevistas semiestructuradas (CQR)	Mejoras en autoeficacia parental, regulación emocional, relación padre-hijo/a y bienestar mental.

64	McLay et al.	2021	Nueva Zelanda	41 niños/as con TEA y sus padres	2–18 años	TEA confirmado	Intervención conductual basada en función, individualizada y entregada por los padres tras evaluación funcional del comportamiento	Parent-delivered; seguimiento hasta 14 semanas	CBCL; GARS-3; DASS-21; PSQI; RQI	Mejora en comportamientos internalizantes y externalizantes; reducción de síntomas de TEA; ligera mejora en calidad de sueño materno y reducción del estrés parental; sin cambios significativos en calidad de la relación.
65	Rivard et al.	2024	Canadá (Quebec)	61 participantes: 9 administradores, 31 profesionales (educadores y psicoeducadores), y 20 familias (21 padres)	Niños de 0–6 años (edad media 4,6 años, DE 1,0)	Trastorno del espectro autista (100%) (algunos también discapacidad intelectual)	Prevent-Teach-Reinforce for Young Children (PTR-YC), un programa manualizado de apoyo conductual positivo según principios de PBIS, con proceso clínico de cinco pasos (conformación de	No especificado; modalidad colaborativa entre padres y profesionales, con reuniones semanales/quince semanales de coordinación	Entrevistas semiestructuradas (tres versiones: padres, profesionales y administradores) aplicadas al final del programa; análisis cualitativo de contenido con MAXQDA	Se notificaron resultados instrumentales (empoderamiento parental, aumento de competencias y autoeficacia en padres y profesionales) y resultados finales (reducción de conductas desafiantes e incremento de conductas adaptativas en niños), así

							equipo, definición de metas, evaluación funcional, intervención y evaluación)			como mejoras en el bienestar familiar y la motivación profesional
66	Reliani et al.	2022	Indonesia	65 padres de niños con TEA y conductas agresivas	No especificado	TEA con comportamiento agresivo	Psicoeducación con discusión en pequeños grupos (SGD)	Diseño pretest-postest de un solo grupo; sesiones en pequeños grupos semanales/quince semanales	Cuestionario de conocimiento sobre cuidado de niños con TEA y conducta agresiva	Aumento significativo del conocimiento parental post-intervención (p = 0.0001)
67	Mahmoud et al.	2023	Egipto	40 cuidadores familiares de niños con TEA	Niños 3–12 años	TEA	Intervención de consejería grupal para reducir estrés y emociones expresadas	16 sesiones (13 h totales), grupos de 10, cada dos semanas	Cuestionario sociodemográfico; escala de Emociones Expresadas; Parenting Stress Index	Disminución significativa de estrés parental y emociones expresadas post-intervención (p < 0.01)
68	Wang et al.	2023	China	120 niños/as con TEA y sus padres (divididos en grupo control e intervención)	No especificado	TEA	Entrenamiento de habilidades para cuidadores: 4 sem. de formación teórica online (5 ses./sem.) + 2 sem. de entrenamiento práctico offline (5	6 semanas en total: modalidad mixta (teórica online y práctica presencial)	Defense Mechanism Questionnaire (DSQ); Autism Behavior Checklist (ABC); Infant-Junior Middle School Social Adaptive Capacity Scale (SM)	Reducción significativa de mecanismos de defensa inmaduros e intermedios en padres; disminución de síntomas de TEA medidos por ABC; menor número de

							ses./sem., 1.5 h/sesión)			alteraciones moderadas/severas en habilidades sociales infantiles.
69	Son et al. et al.	2023	Corea del Sur	46 padres de adultos con TEA (22 padres, 24 madres)	Adultos (>18 años)	TEA	PEERS®-YA-K: programa manualizado de entrenamiento en habilidades sociales para adultos con ASD y sus coaches	12–16 semanas: 1 sesión/semana de 90 min (participación de padres como “social coaches”)	TYASSK; BDI; BAI; SCL-90-R	Aumento significativo en conocimiento de habilidades sociales (TYASSK, p<0.01); reducción de síntomas depresivos y ansiosos en grupo con puntuaciones severas al inicio; mejora en paranoia (padres) y hostilidad (madres).
70	Gentile et al. et al.	2022	Italia	27 familias de niños con TEA (6 niñas, 21 niños)	27–53 meses (media 36 meses)	TEA	ATHENA: programa de intervención temprana remoto parent-mediado con sesiones sincronas y asincronas	6 meses	ADOS-2; ADI-R; VABS; PSI-4; Family Empowerment Scale; herramienta observacional ESDM	Incremento de empoderamiento parental y habilidades de enseñanza; reducción de estrés parental; mejora en la capacidad de estimular el aprendizaje de

71	Al-quran et al.	2023	Jordania	30 madres de niños con TEA (15 grupo experimental, 15 control)	No especificado	TEA	Programa de asesoramiento familiar basado en terapia cognitivo-conductual y sistémica	9 sesiones de consejería familiar (incluye sesión de apertura y cierre), frecuencia semanal	Escala de estrés materno (6 dominios)	los niños. Disminución significativa del nivel de estrés psicológico en madres del grupo experimental comparado con el control ($T = -3.340$, $p \leq 0.05$).
72	Ferenc et al.	2021	Polonia	27 díadas: adolescentes con ASC y sus madres	12–16 años ($M = 13,70$; $SD = 1,72$)	ASC confirmado (ICD-10; ADOS-2)	Estudio exploratorio comparativo de autoinforme vs. reporte materno	2 visitas clínicas (evaluación pre y post)	ADOS-2; medidas de síntomas depresivos; Escala de Actitud hacia el Autismo; CI (WISC-R)	Discrepancias entre autoinforme y reporte materno de síntomas depresivos; factores predictivos distintos para cada perspectiva.
73	Zhao et al.	2021	China	94 díadas parent-child (75 completaron); 47 experimental, 47 control	3–10 años ($M = 6,0$; $SD = 1,6$)	ASD (DSM-5)	Programa web de actividad física parent-child	20 sesiones (10 sem; 2 ses/sem; 60 min/sesión) vía plataforma online	DASS-21; PSI-4-SF; WHOQOL-26	Reducción significativa de estrés, depresión y ansiedad (DASS-21, $p < .05$); disminución de estrés parental (PSI-4-SF, $p < .05$); mejora en dominio

74	Allen et al.	2023	EE. UU.	55 niñ@s con ASD (sin discapacidad intelectual); 30 PCIT, 25 control	4–10 años (M = 7,15; SD = 1,72)	ASD (CARS)	Parent–Child Interaction Therapy (PCIT)	Sesiones semanales de CDI y PDI, hasta criterios de maestría (manual PCIT)	BASC (externalizantes); CARS; PPVT (lenguaje); medidas de interacción y cumplimiento; cuestionarios de estrés parental	psicológico de calidad de vida (WHOQOL-26, p<.05). Disminución significativa de conductas disruptivas y estrés parental; aumento de interacciones positivas, cumplimiento infantil y habilidades parentales.
75	Muelle r et al.	2020	EE. UU.	3 madres de niñ@s con ASD (3–6 años)	3–6 años	ASD (DSM-IV/PDD-NOS)	Positive Family Intervention (PFI): CBT + Positive Behavior Support (PBS)	8 sesiones semanales, 90 min; formato grupal sin niñas/niños.	SIB-R; PSI-4-SF; cuestionarios de atribuciones (parent-/child-causal); escalas de creencias racionales/irracionales; observación directa.	Reducción de conductas problema infantiles observadas y reportadas; disminución de attributions disfuncionales y pensamientos pesimistas en madres; mejora en autoeficacia y estrés parental.
76	Hallett et al.	2020	Reino Unido	24 padres de niños con ASD (n=12 en	4–8 años	ASD (DSM-5)	Programa grupal “Predictive	12 sesiones semanales de 2 h + 2 sesiones	Retroalimentación cualitativa de PPI panels;	Alta aceptación y accesibilidad;

				grupo Predictive Parenting; n=12 control)			Parenting”: estrategias de análisis funcional, previsibilidad y tolerancia a la incertidumbre en ASD	telefónicas de ajuste individual	cuestionarios de aceptabilidad y viabilidad	feedback positivo de participantes; uso de críticas para refinar el programa previo a RCT piloto.
77	Perzoli et al.	2020 2020	Italia	29 díadas madre–niño con ASD (27 varones, 2 hembras)	37.8–55.5 meses (M ≈ 46.7 m)	ASD	Intervención parental basada en NDBI; foco en Emotional Availability y habilidades de juego	No especificado; evaluación pre (T1) y post (T2) tras intervención intensiva con padres.	Emotional Availability Scales (EAS); Play Code; Griffiths GMDS; ADOS-2	Aumento de calidad afectiva materna, sensibilidad y estructuración; mejora en respuesta del niño y complejidad del juego simbólico.
78	Gandía - Abellán et al.	2020	España	Padres de niños con TEA (grupo experimental vs. control; no detallado)	No especificado	ASD	Programa piloto basado en ACT y terapia de aceptación y compromiso centrado en el sentido de coherencia (component meaningfulness)	Sesiones semanales de intervención en valores ACT (duración ≈ 1–2 h; nº no especificado)	Sense of Coherence Scale (SOC); Parental Distress (PSI-SF); escalas de depresión, ansiedad y disfunción social	Incremento significativo en la dimensión de significatividad del SOC; reducción de malestar parental, depresión, ansiedad y disfunción social en el grupo experimental.

79	Marino et al.	2021	Italia	24 padres de niños con ASD (n=12 ACT; n=12 PT)	4–10 años	ASD	ACT matrix protocol vs. entrenamiento parental convencional (PT)	24 sesiones semanales de 90 min	Psychological Flexibility (AAQ-II); Awareness States; Valued Living Questionnaire; Parental Stress Index; cuestionario de conducta infantil	Mejora significativa en flexibilidad psicológica, atención plena y valores; reducción del estrés parental y de la percepción de conductas disruptivas infantiles en el grupo ACT.
80	Cappe et al.	2021	Francia	35 padres de un niño con ASD (SV n = 20; CV n = 15)	≤ 8 años	Trastorno del espectro autista (ASD)	Programa psicoeducativo “Au-delà du TED...”: talleres colectivos y seguimiento individual (CV) o solo talleres (SV)	CV: 5 workshops + seguimiento individual; SV: 5 workshops; 2 h 30 min/curso; bi-mensual	Cuestionario de estrés percibido; Parental Stress Index; WHOQOL; escala de satisfacción parental	Disminución significativa del estrés parental y mejoras en calidad de vida (relación con el niño, bienestar psicológico y realización personal) solo en el grupo CV; alta satisfacción.
81	Aithala et al.	2019	India	12 madres (caregivers) de niños con ASD	7,2 años (media)	ASD	Dance Movement Psychotherapy (DMP) integrativa: marco humanista y psicodinámico,	6 sesiones grupales de 90 min, alternas en 2 semanas	Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF); Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	Reducción significativa del estrés parental (PSI-SF) y de síntomas depresivos (HAM-D) tras intervención

82	Osman et al.	2019	Egipto	45 madres de niños con Trastorno de Autismo	No específico	Autistic Disorder	Programa cognitivo-conductual educativo familiar: información, habilidades prácticas y estrategias de afrontamiento improvisación y rituales	15 sesiones (12 de programa + evaluación pre/post), 45–60 min/semana durante 6 meses	Escala de conocimiento sobre autismo; escala de conducta; escala de afrontamiento; escala de estrés (Levenstein)	en comparación con control. Aumento de conocimiento y habilidades parentales, mejoras en conductas de cuidado, mayor uso de estrategias de afrontamiento y reducción de estrés materno post-programa.
83	Chen et al.	2019	China	60 niños/as con TEA y sus padres (30 exper., 30 control)	No específico	TEA	Psicoterapia grupal cognitivo-conductual para padres (CBGP)	10 semanas (1 sesión grupal semanal)	ATEC; Trait Coping Style Questionnaire (TCSQ)	Tras 10 sem., aumento significativo en puntuaciones de sociabilidad y total de ATEC; incremento del coping positivo parental; mejora en sociabilidad y conciencia sensorial/cognitiva infantil.
84	Corona et al.	2019	EE. UU.	25 padres de adolescentes	12–17 años	ASD	PEERS®: intervención grupal	14 sesiones semanales de 90 min	SRS-2; SSIS; SIPA	Reducción del estrés parental en dominios

				con ASD (de 45 inscritos)			manualizada de habilidades sociales para adolescentes con apoyo parental	(adolescentes y padres en sesiones simultáneas)		de estado de ánimo y aislamiento social tras participación en PEERS®.
85	Hamidi et al.	2020	Irán	40 madres de niños con TEA (20 exper., 20 control)	No específico	TEA	Counseling grupal cognitivo-conductual para madres	10 sesiones de 1 h (grupo experimental)	Child-Parent Relationship Scale (CPRS)	Mejora significativa en la interacción comunicativa madre-hijo (p = 0.001; $\eta^2 = 23,3\%$)
86	Lodder et al.	2019	Reino Unido	112 miembros de la comunidad del autismo (104 padres, 19 personas autistas, 16 profesionales, 9 amigos/familiares)	No específico	ASD en hijos/as de los encuestados	Encuesta online cualitativa para recabar sugerencias sobre un programa de apoyo contra el estigma ("SOLACE")	No aplica; modalidad online (Qualtrics)	Cuestionario online; análisis temático con NVivo	No evaluó efectos clínicos; generó cinco áreas clave (educación, autoestima, autocompasión, diseño grupal, apertura diagnóstica) para diseñar intervenciones de apoyo al cuidador
87	Izadi-Mazidi et al.	2015	Irán	16 madres de niños con ASD (20 inicialmente; 4 excluidas por inasistencias)	7.5 ± 2.2 años (3 niñas, 13 varones)	Autistic Disorder	Terapia grupal cognitivo-conductual para madres (CBGT)	7 sesiones semanales de 90 min; técnicas: role-play, grupos de discusión y tareas para casa	Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF); Demográfico; DSM-IV-TR interview	↓ Significativo en estrés parental total (P = 0.03) y subescala de "distrés parental" (P =

88	Hwang et al.	2015	Australia (Queensland)	6 díadas madre-niño con ASD y problem behaviours	Madres 34-48 años; niños 8-15 años	ASD con problem behaviours	Stage 1: formación en mindfulness para madres (basado en MBSR/MBC T), Stage 2: entrenamiento parental en mindfulness para niños (app y visitas)	Stage 1: 8 sesiones semanales de 2.5 h; 2 meses de auto-práctica.	Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-14); Parenting Stress Scale (PSS); Beach Family Quality of Life; CBCL/6-18	0.01); sin cambios en interacción disfuncional ni "child difficult." Stage 1: ↑ mindfulness ($z = -2.032$, $P = 0.042$); ↓ estrés parental ($z = -1.682$, $P = 0.093$) con significancia al P3 ($z = -2.023$, $P = 0.043$).
89	Rezai Kalantary et al.	2020	Irán	24 madres de niños con TEA (12 interv., 12 control)	No especificado	Trastorno del espectro autista	Programa grupal de psicoterapia positiva para madres	8 sesiones de 90 min, 2 veces/semana	Perceived Stress Scale (PSS); Reasons for Living Inventory (RFL)	↓ Estrés percibido en grupo intervención ($21,00 \pm 7,6$ vs. $27,83 \pm 7,5$ control; $p < 0,0001$); ↑ "razones para vivir" ($177,50 \pm 15,0$ vs. $159,17 \pm 17,9$ control; $p < 0,0001$)
90	Rattaz et al.	2015	Francia	18 padres (13 familias) de niños menores de 6 años con diagnóstico	< 6 años	ASD	Grupo de acompañamiento parental psicoeducativo (5	5 sesiones mensuales de 7 h (una por mes)	Par-DD-QoL; Parental Stress Index (PSI)	Disminución significativa del estrés parental; tendencia a

				reciente de ASD			sesiones de un día)			reducción del componente emocional de la calidad de vida; impacto mayor en familias con dos hijos. Aumento de confianza en gestión de conducta; reducción completa del uso de intervenciones físicas tras 12 semanas.
91	Preece et al.	2014	Reino Unido	8 familias (11 adultos) de niños de 7–11 años con comportamientos desafiantes	7–11 años	ASD y conductas desafiantes	Entrenamiento “Team Teach”: PBS y técnicas de intervención física para padres	12 h de formación inicial + seguimiento tras 12 semanas (diario de intervenciones)	Cuestionarios de confianza y registro de uso de intervenciones físicas	Aumento de confianza en gestión de conducta; reducción completa del uso de intervenciones físicas tras 12 semanas.
92	Singh et al.	2014	EE. UU.	3 madres e hijos adolescentes con Asperger (15, 16 y 19 años)	15–19 años	ASD	Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS): meditación y PBS aplicado	8 semanas de entrenamiento (1 sesión/sem.) + práctica hasta semana 48	iPhone App para registro conductual; PSS-10 (Perceived Stress Scale)	Reducción estadísticamente significativa de conductas agresivas y disruptivas; mejora en cumplimiento; disminución del estrés parental ($p < .05$).
93	Ayuda-Pascual et al.	2012	España	27 familias (13 completaron pre y post evaluación)	1 a 12 años (mayoría entre 4–6 años)	TEA (autismo, Asperger, TGD no especificado)	Escuela de familias (formación práctica en estrategias educativas)	4 bloques de 8 horas cada uno (32 h en total), distribuidos en 4 fines de semana / grupal presencial	Cuestionario de impacto familiar	Disminución del estrés, mejora en la percepción del tiempo compartido y en el manejo conductual.

94	Stadnick, Drahot a y Brookman-Fraze	2023	EE.UU.	13 padres de niños con TEA (AIM HI)	5 a 13 años (M = 10.27)	85% Asperger o PDD-NOS; 15% autismo clásico	Intervención AIM HI (psicoterapia basada en ABA + participación parental)	Mínimo 13 sesiones (5 meses) / individual en clínica comunitaria	TASC, MASS, entrevistas cualitativas	Mejor alianza terapéutica, alta satisfacción parental, mejoras conductuales en los niños. Reducción significativa en ansiedad y depresión en padres con síntomas severos al inicio. Mejora en conocimiento social. Disminución en paranoia (padres) y hostilidad (madres). Mejora significativa en habilidades parentales, mayor empoderamiento, reducción del estrés parental
95	Son et al.	2023	Corea del Sur	46 padres (22 padres y 24 madres de adultos con TEA)	Adultos (no específica edad exacta)	TEA (adultos diagnosticados previamente)	Programa PEERS®-YA-K (entrenamiento en habilidades sociales con rol parental como coach)	16 semanas / grupal presencial (1 sesión semanal de 90 min)	TYASSK, BDI, BAI, SCL-90-R	Mejoras en reevaluación positiva, enfoque positivo, auto-
96	Gentile et al.	2022	Italia	27 familias (23 completaron el programa)	27 a 53 meses (M = 36)	TEA confirmado por ADOS-2 y ADI-R	Programa ATHENA: intervención temprana mediada por padres vía telemedicina	6 meses / sesiones presenciales, sincrónicas y asincrónicas con retroalimentación	ADOS-2, PSI-4, FES, herramienta de observación parental	Mejora significativa en habilidades parentales, mayor empoderamiento, reducción del estrés parental
97	Salimi et al.	2019	Irán	30 madres (15 grupo intervención, 15 control)	No específica (niños escolarizados en	TEA (diagnóstico confirmado)	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en grupo	8 sesiones de 2 horas / grupal presencial	Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva	Mejoras en reevaluación positiva, enfoque positivo, auto-

centros
especiales
)

culpa, culpa a
otros y
aceptación;
sin cambios
en rumiación

Tabla 2

Resultados del Metaanálisis

Nº	Autor(es)	Año	Diseño del estudio	Análisis estadístico	Instrumentos utilizados	Constructos evaluados	Principales resultados	Tamaño del Efecto / Estadísticas	p-valor	Limitaciones / sesgo	Conclusión principal	Calidad (QATS DD)
1	Raulston et al.	2019	RCT con seguimiento a 3 meses	ANCOVA, análisis de varianza, t-test	PSI-SF, Vineland-II, BPI	Estrés parental, conducta desafiante infantil, uso de estrategias parentales	Aumento en uso de estrategias conductuales (g = 1.02), leve disminución de estrés (g = 0.32), pequeña reducción de conducta desafiante (g = 0.24)	g = 1.02 / 0.32 / 0.24	< 0.05	Muestra pequeña, sin grupo control, variabilidad entre participantes, seguimiento corto	PIBI mejora estrés y percepción de competencia parental.	
2	Lida et al.	2018	Pre-post sin grupo control	t-test pareado + correlaciones de Pearson	SCI, BDI-II, STAI, CBCL	Estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, conducta infantil	Disminución significativa en depresión (BDI-II: t=2.8, p<0.05),	d estimado ~0.65 (moderado)	p<0.01	Sin grupo control, muestra pequeña, autoinforme	El PT mejoró afrontamiento positivo y redujo síntomas	

							ansiedad rasgo (STAI-trait: $t=3.0$, $p<0.01$) y uso de evitación (SCI-esc: $t=3.3$, $p<0.01$). Aumento en afrontamiento positivo ($t=-3.3$, $p<0.01$). Correlación significativa entre cambio en SCI-distanciamiento y CBCL-externalizante ($r=-0.518$, $p=0.04$).				depresivos y ansiosos. Prometedor para salud mental parental.
3	Wengrovius et al.	2022	Ensayo piloto controlado aleatorio (pequeño)	t-test independientes + ANOVA exploratoria + correlaciones	PSS, DASS, PHCS, PES	Estrés, depresión, ansiedad, competencia percibida en salud	Reducción del 25% en PSS y 49% en DASS en grupo intervención; cambio clínicamente significativo en DASS (no significativo en PSS); sin	DASS $\Delta = -10.2$ (MCID cumplido), PSS $\Delta = -4.6$ (MCID no cumplido)	ns (> 0.05)	Pequeño tamaño muestral, sin biomarcadores, sólo autoinformes	MYTime mostró cambios clínicamente significativos, aunque no estadísticamente. Prometedor para entornos

							significancia estadística entre grupos				urbanos vulnerables
4	Rayan y Ahmad	2017	Cuasi-experimental con grupo comparación	ANCOVA + t-test apareado + eta ² + d de Cohen	DASS-21, MAAS	Estrés, ansiedad, depresión, mindfulness	Reducción significativa en todas las variables psicológicas en grupo intervención (p < 0.001); mindfulness aumentó significativamente (d = 0.87); efectos moderados-grandes en estrés (d = 0.64), ansiedad (d = 0.55), depresión (d = 0.74)	d = 0.55–0.87 (medio–alto)	p < 0.001	Solo autoinforme, sin seguimiento, sin mediciones objetivas	MBI breve eficaz y culturalmente sensible para mejorar bienestar psicológico parental
5	Abdelaziz et al.	2024	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	t-test, Wilcoxon, ANCOVA, regresión lineal, Cohen's d	DASS-21, PSI	Estrés, ansiedad, depresión, solución de problemas	Reducción significativa en depresión (Δ = -2.53), ansiedad (-5), estrés (-3.93); mejora en solución de problemas	d = 0.6–0.9 (moderado –alto)	p < 0.001	Autoinforme, sin seguimiento prolongado, diferencias de base en nivel educativo y estado civil entre grupos	CBT adaptado culturalmente eficaz para reducir malestar psicológico y mejorar afrontamiento en madres

							(PSC, AAS, PC)				
6	Rohacek et al.	2023	Ensayo controlado aleatorizado (3:1)	ANOVA de medidas repetidas + CGI-I (IE ciego)	PSI-4, BDI-II, ABC, BAMBI, ASPS, NCBRF	Conductas desafiantes, alimentación, sueño, estrés y depresión parental	Mejora significativa en CGI-I ($p = 0.018$). Efecto medio en BDI-II ($\eta^2 = 0.12$), alimentación ($\eta^2 = 0.09$), conducta positiva ($\eta^2 = 0.34$). No diferencias grupo \times tiempo en conducta o estrés.	$\eta^2 = 0.09-0.34$	$p < 0.05-n.s.$	Sin medición directa de conducta, sin evaluación de adherencia a tareas, sin control de comorbilidades	BPT breve eficaz para mejora general en TEA, pero no mantiene mejoras sin refuerzo prolongado
7	Inoue et al.	2022	Estudio piloto pre-post	t-test (KBPAC), Wilcoxon (GHQ) + efecto r	KBPAC, GHQ-30	Conocimiento en ABA, salud mental	KBPAC \uparrow significativa ($p < .01$, $r = 0.61$); ansiedad/capricho \downarrow ($p = .03$, $r = 0.47$); tendencia positiva en bienestar general	$r = 0.47-0.61$	$p < 0.01$	Sin grupo control, sin medida objetiva en hijos, baja interacción entre participantes	Programa online ABA efectivo para padres; mejora en salud mental y conocimiento técnico
8	Bearss et al.	2018	Estudio piloto	Regresión mixta	ABC, HSQ-	Conducta disruptiva,	Reducción significativa	$d = 0.86-1.25$	$p < 0.001$	Muestra pequeña, sin	RUBI-PT vía

			pre-post sin grupo control	+ t-test + CGI + ES (SMD)	ASD, VABS-II, CGI-I, PTP	irritabilidad, adaptabilidad	en ABC-I (d = 1.25, p < 0.001) y HSQ-ASD (d = 0.86, p < 0.001). Mejora no significativa en VABS. 78.6% de los niños "muy mejorados" en CGI-I.			grupo control, sin ciego total, intervención gratuita	telemedicina factible y prometedor para disminuir conducta disruptiva en TEA
9	Agazzi et al.	2017	Diseño de caso único múltiple	Visual analysis + PND + T-score	PSI-4, PSI-4-SF, GAD-7, PHQ-9, ECBI, CBCL, DPICS	Estrés, ansiedad, depresión, conducta infantil	Reducción del estrés (PSI) > 90% PND, depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD-7) en todos los casos. Mejora en ECBI y CBCL. 2/3 niños con reducción significativa en problemas conductuales	PND = 86–100%	ns / clínica mente significativo	Sin control, muestra mínima, uso de autoinformes, adaptaciones no sistematizadas	PCIT adaptado fue efectivo en reducir estrés parental y mejorar conductas infantiles en TEA
10	Singh et al.	2014	Diseño de línea	Visual analysis +	PSS-10, registros	Agresión, conducta disruptiva,	Reducción agresión (Phi = 0.76,	Phi = 0.76–0.93, η² = 0.94	p < 0.001	Muestra muy pequeña	MBPBS redujo significativ

			base múltiple	coeficiente Phi + ANOVA	de conducta	cumplimiento, estrés parental	p < 0.001), conducta disruptiva (Phi = 0.93, p < 0.001), aumento cumplimiento (Phi = 0.86, p < 0.001). Reducción de estrés (η^2 parcial = 0.94, p < 0.01).			(n=3), sin grupo control, falta de seguimiento controlado	amente el estrés parental y las conductas desafiantes sin intervención escrita
11	Bearss et al.	2015	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	Modelo mixto + t-test + CGI-I + ES estandarizado	ABC-I, HSQ-ASD, CGI-I	Irritabilidad, conducta no cooperativa, mejora global	Reducción ABC-I: -3.9 puntos (d = 0.62, p < .001); HSQ-ASD: -0.7 (d = 0.45, p < .001). 68.5% mejoraron en CGI-I vs 39.6% en control. Efectos mantenidos hasta semana 48.	d = 0.45–0.62	< .001	Diferencia no alcanzó MCID predefinido; autoinforme parental; sin ciego completo	RUBI-PT efectivo para reducir conductas disruptivas en niños pequeños con TEA. Implementación viable a gran escala.
12	Fisher et al.	2022	Ensayo clínico aleatorizado	Mann-Whitney U + Cohen's	BISWA, BISPA	Habilidades ABA implementadas	d = 3.56 para BISWA (habilidades estructuradas)	d = 3.21–3.56	< .001	No se midió desempeño con hijos reales;	Entrenamiento virtual eficaz y aceptado

			zado (RCT)	d + ANOVA		correctament e) y d = 3.21 para BISPA (juego). U=0.000, p < 0.001 para todas las variables. Alto acuerdo interobserva dor (>87%).			mayoría madres; sin seguimiento a largo plazo	para enseñar ABA a padres sin experiencia previa
13	Rattaz et al.	2016	Pre- post sin grupo control	Wilcoxo n apareado + t de Student + Mann- Whitney	PSI-SF, Par-DD- QoL	Estrés parental, calidad de vida emocional y funcional	Reducción del estrés: Δ = -16.4 puntos (p = 0.004). Reducción emocional QDV: Δ = -5.7 (p = 0.06). No efecto en QDV diaria. Beneficio mayor en padres con 2 hijos.	Δ = -16.4; r moderado	p = 0.004	Sin grupo control, muestra pequeña, sin seguimiento, medidas subjetivas únicamente	Programa psicoeducat ivo breve eficaz para reducir estrés post- diagnóstico en padres de niños pequeños con TEA
14	Scahill et al.	2016	ECA multicé ntrico (6 sitios)	Modelos mixtos + ANOVA + Tukey- Kramer	Vineland -II, CGI- I, ABC	Habilidades adaptativas, conducta disruptiva	Vineland- Daily Living: Δ = +5.7 puntos (p = 0.004, d = 0.36). Mejora mantenida a 48 semanas. Mejores	d = 0.36	.004	Padres no ciegos al tratamiento; cambio modesto en subdominios personales	Reducción en conducta disruptiva mejora habilidades adaptativas (vida diaria) sostenidam ente

							resultados en IQ > 70.				
15	Ranjan et al.	2024	Ensayo clínico aleatorizado abierto (paralelo)	t-test, ANOVA repetidas medidas, IC95%	CDDC, INDT-ASD	Desarrollo motor, cognitivo, emocional, lenguaje, social	FMI superior a EIBI en desarrollo social ($\Delta = -16.84$, IC95% = -27.18 a -6.49 , $p = 0.002$), motricidad fina ($p = 0.029$), cognición ($p = 0.007$), y general ($p = 0.050$). Sin diferencias en lenguaje expresivo.	Δ social = -16.84 (IC95% -27.18 , -6.49)	$p < 0.01$	Seguimiento corto (24 semanas), sin cegamiento, sin control de adherencia en casa	FMI supera a EIBI en dominios claves en contexto de bajo recurso. Implicación familiar mejora resultados del desarrollo
16	Oshima et al.	2020	Ensayo clínico aleatorizado pragmático multisite	ANCOVA + análisis pre-post con covariables (AKQ, género)	AKQ-C/P, SDQ, Vineland-II, EEG, GHQ-12, DSRS-C	Conocimiento sobre TEA, adaptación social, síntomas emocionales, resiliencia parental	Se anticipa mejora significativa en conocimiento (AKQ), adaptación social (Vineland), y salud mental (GHQ, DSRS). EEG usado para	Efecto estimado $d = 0.92$ (AKQ)	n/d	Estudio aún en curso al momento de publicación; no reportados datos definitivos todavía	ACAT busca ser intervención post-diagnóstico basada en evidencia para TEA de alto funcionamiento

							medir cambios neurológicos				
17	Storch et al.	2020	ECA piloto (FET vs. TAU)	ANCOVA + imputaciones múltiples	PARS, ADIS-IV-CP, CGI, CAIS-P, MASC-P, CBCL	Ansiedad, funcionamiento social, síntomas TEA	FET: reducción significativa en PARS (d = 1.01), ADIS-CSR (d = 1.11), CGI (d = 1.22). Efecto mantenido al 2º mes. No mejora en síntomas TEA (SRS).	d = 0.81–1.22	< .01	Muestra pequeña, sin cegamiento total, síntomas TEA no cambiaron	FET es eficaz y factible para ansiedad comórbida en TEA, aunque no mejora síntomas centrales del autismo
18	Shooshari et al.	2024	Cuasi-experimental pre-post con seguimiento (1 mes)	ANOVA de medidas repetidas + post-hoc de Bonferroni	Internalized Shame Scale, Others as Shamer, DTS	Vergüenza interna, vergüenza externa, tolerancia a la angustia	Disminución en vergüenza interna ($\eta^2 = 0.419$), vergüenza externa ($\eta^2 = 0.417$), aumento en tolerancia a la angustia ($\eta^2 = 0.571$), todos significativos $p < .001$	$\eta^2 = 0.417–0.571$	< .001	Muestreo no probabilístico, tamaño reducido, sin seguimiento a largo plazo	CFT grupal efectiva para mejorar salud emocional de madres de niños con TEA
19	Kiyani et al.	2020	Ensayo experi	t-test, ANCOVA	PSI-SF, GARS-2	Estrés parental	Reducción de 20 puntos	$\eta^2 = 0.537$	< .001	Sin seguimiento	CPRT efectivo

			mental (Pre- Post con grupo control)	A, Eta ² , Shapiro- Wilk			en PSI-SF post-test. ANCOVA: F(1,29)=33.6 3, p=0.001. Eta ² =0.537. La intervención explica el 54% de la variabilidad.			a largo plazo, autoinforme materno, posible sesgo por deseabilidad social	para reducir estrés en madres y mejorar relación afectiva con hijos/as TEA
20	Bearss et al.	2016	ECA multicé ntrico (6 sitios)	Modelo mixto + t-test + CGI-I + seguimie nto 48 sem	ABC-I, HSQ- ASD, CGI-I	Irritabilidad, no cooperación, mejora global	ΔABC-I = -3.9 (d = 0.62), ΔHSQ-ASD = -0.7 (d = 0.45), ambos p < .001. 68.5% CGI-I positivo en RUBI vs 39.6% en PEP. Beneficios mantenidos hasta semana 48.	d = 0.45- 0.62	< .001	No alcanzó MCID previsto; autoinforme parental; evaluación parcial no ciega	RUBI-PT efectivo para reducir conducta disruptiva y mejorar funcionalid ad diaria en TEA
21	Singh et al.	2021	ECA de tres brazos con seguim iento a 3 años	ANCOV A, regresión múltiple, efecto del tiempo, post hoc	PSS-10, eventos observad os por madres y coobserv adores	Estrés, agresión, conducta disruptiva, cumplimient o	MBPBS fue superior en todas las variables. Efecto del tiempo: R ² = 0.28-0.35. MBPBS explicó hasta	η ² = 0.69 (interacció n), R ² = 0.27-0.35	< 0.001	Muestra solo de madres, falta de mediciones de depresión/an siedad, sin datos de los niños	MBPBS logra efectos superiores y sostenibles frente a MB y PBS por separado.

							8% adicional de mejora. Meditación predijo 24–29% adicional de mejoría.				Meditación es componente clave
22	Maughan y Weiss	2017	ECA piloto (CBT vs. espera)	ANCOVA, t-tests, logistic regression, η^2 , d	DASS-21, CERQ, IEM-P, PS, AFMSS	Depresión, estrés, regulación emocional, EE, crianza	Depresión: $F(1,53)=7.20$, $p=0.01$, $\eta^2=0.07$. Regulación emocional: $F=7.81$, $p=0.007$, $\eta^2=0.08$. Parenting consciente mejoró ($d=0.24$). Mejora en comentarios positivos ($d=0.34$).	$\eta^2 = 0.07-0.08$, $d = 0.20-0.34$	$< .05$	Muestra pequeña, efectos pequeños, sin seguimiento a largo plazo. No mide ansiedad del niño.	CBT con participación parental mejora el bienestar emocional de padres y percepción hacia sus hijos.
23	Akhani et al.	2021	ECA (pre-post con seguimiento)	ANOVA de medidas repetidas, Bonferroni post-hoc	GARS, FEAS, FEAQ, PSI, WHOQOL	Síntomas TEA, desarrollo emocional, estrés, calidad de vida	GARS: $\eta^2 = 0.77$, FEAQ: $\eta^2 = 0.62$, FEAS niño: $\eta^2 = 0.61$, PSI: $\eta^2 = 0.37$, QOL: $\eta^2 = 0.29$. Todos con $p < 0.001$. Resultados mantenidos	$\eta^2 = 0.29-0.77$	$< .001$	Seguimiento limitado (3 meses), afectado por cuarentena COVID-19, sin ciego de evaluación	Entrenamiento parental eficaz para mejorar síntomas TEA y bienestar familiar en población iraní

							en seguimiento.				
24	Singh et al.	2019	Ensayo controlado con 2 grupos (TEA vs. ID)	ANOVA de medidas repetidas, Phi, η^2	PSS-10, observaciones directas	Estrés materno, agresión, conducta disruptiva, cumplimiento	PSS-10 $\eta^2 = 0.935$ ($p < .001$), reducción agresión $\phi = .71$ ($p < .001$), disruptiva $\phi = .86$ ($p < .001$), cumplimiento $\phi = .86$ ($p < .001$)	$\eta^2 = 0.935$, $\phi = 0.71-0.86$	$< .001$	No aleatorizado, autoinforme materno, no se usan biomarcadores ni seguimiento largo	MBPBS reduce estrés y mejora conducta infantil; resultados equivalentes para TEA e ID
25	Straiton et al.	2020	Estudio mixto (claims + encuesta + cualitativo)	ANOVA de medidas repetidas, análisis descriptivo, análisis de contenido	Encuesta Likert y texto abierto	Frecuencia, tipo y conceptualización del entrenamiento parental	Solo el 6% de los proveedores describió uso de los tres componentes clave (instrucción, modelado, práctica + feedback). Promedio: 0.46 sesiones/mes. Uso de estrategias inconsistentes con evidencia.	ANOVA $F(6,546)=43.75$; media uso estrategias: 2.82-4.29/5	$< .001$	Datos autoinformados; sesgo de deseabilidad social; errores de codificación en facturación Medicaid	Entrenamiento parental subutilizado y mal conceptualizado en salud comunitaria. Requiere formación y estandarización urgente.

26	Mestari et al.	2024	Estudio mixto (cuantitativo + cualitativo)	ANOVA, análisis temático, estadística descriptiva	Cuestionario adaptado de Gamache et al.	Calidad de implementación, percepción, facilitadores/obstáculos	autoeficacia (d = 0.75). Media intervención = 8.6/10; estructura clara (88%), materiales útiles (94%), alta implicación parental (88%). Principales obstáculos: tiempo, carga laboral y rigidez de materiales.	Media = 7.9/10 (implementación)	n/a	Auto-reporte de educadores, sin evaluación directa de resultados en los niños, sesgo deseabilidad social	PTR-YC es viable y eficaz para implementación en servicios comunitarios con apoyo estructurado.
27	Mahoney y Solomon	2020	ECA, análisis secundario	Regresión jerárquica, ANOVA, interacción CES-D x tratamiento	CES-D, MBRS, CBRS, ADOS-SA	Estilo parental, compromiso social, síntomas TEA, depresión parental	PLAY redujo síntomas depresivos más en padres con alta depresión (2.5× que control). No hubo moderación en calidad parental ni engagement infantil.	F(1,108)=7.80–38.36	< .001	No se evaluaron tratamientos previos de depresión ni apoyo externo recibido	PLAY mejora depresión parental sin afectar negativamente su implicancia ni desempeño como agentes de intervención

28	Sofronoff et al.	2017	Pre-post con línea base + seguimiento	MANOVA, ANOVA, comparación con datos clínicos históricos	SSQ, ERSSQ, SCAS, CAPES-DD, AQ	Habilidades sociales, regulación emocional, ansiedad, autoeficacia parental	Mejoras en SSQ ($\eta^2=0.31$), ERSSQ ($\eta^2=0.34$), ansiedad ($\eta^2=0.17$), CAPES-DD ($\eta^2=0.22$), eficacia parental ($\eta^2=0.16$). Mantenimiento de resultados a 6 semanas.	$\eta^2 = 0.16-0.34$	< .001	Alta deserción (32%), sin grupo control, sesgo autoinforme, pérdida en seguimiento	Formato autodirigido o efectivo y viable, pero el formato clínico genera mejores resultados inmediatos
29	Hallett et al.	2020	Estudio de factibilidad	Estadística descriptiva, entrevistas cualitativas	Cuestionario satisfacción, entrevistas, checklist fidelidad	Estrés, comprensión conductual, confianza parental, ansiedad infantil	Promedio asistencia: 9/12 sesiones. Satisfacción 3.89/4. Padres reportan mejor comprensión de los desencadenantes y conductas, más calma, menor culpa.	Descriptivo (medias altas, fidelidad >97%)	N/A	Muestra pequeña, sin grupo control ni medidas objetivas de resultados clínicos	Programa viable, aceptado, con potencial para intervención sobre ansiedad y conducta
30	Jones et al.	2017	Pre-post sin grupo control	t-test pareado + Wilcoxo	FFMQ, HADS, DASS, PANAS,	Mindfulness, autocompasión, estrés,	Mindfulness d=0.49 (p=0.008), autocompasión	d = 0.21-0.49	< 0.05	Muestra pequeña, sin grupo control, sin	MBW-P mejora bienestar parental,

				n + Cohen's d	PGS, SDQ, AAQ-ID	afecto, bienestar, conducta infantil	ón d=0.39 (p=0.039), estrés general d=0.49 (p=0.031). Efectos pequeños en ansiedad, depresión y ganancia positiva. autoeficacia (d = 0.8).			medición sostenida, sin cambio en conducta infantil	requiere ensayos controlados para validación
31	Mohammadi et al.	2024	Ensayo clínico aleatorizado (pre, post, seguimiento)	ANOVA de medidas repetidas, t-test, Chi ²	FQ, WHOQOL-BREF	Emoción expresada, calidad de vida global y por dominios	EE: bajó de 45.09 a 20.66 post (p < 0.001). QoL total: subió de 33.84 a 68.86 (p < 0.001). Mejora mantenida tras 1 mes. Todas las dimensiones (física, social, psicológica, ambiental) mostraron mejoras significativas.	d > 1.00 estimado (Δ > 30 pts QoL)	< 0.001	Corto seguimiento (1 mes), sesgo autoinforme, sin grupo placebo	El programa de felicidad de Fordyce es eficaz para reducir EE y aumentar QoL en madres de niños con TEA.

32	Weitlauf et al.	2020	Ensayo clínico aleatorizado longitudinal	Modelos multinivel de pendiente discontinua (HLM)	PSI-3, CES-D, BAI, FFMQ, SWLS, CBCL, VABS	Estrés parental, síntomas depresivos y ansiosos, satisfacción vital, mindfulness	Mayor reducción en subescalas PD y PCDI del PSI (b = -1.91 y -1.38; p < 0.01) en grupo MBSR. Aumento en mindfulness (b = +3.15; p < .05). Sin efecto en depresión o ansiedad.	b = -1.91 (PD); +3.15 (FFMQ)	< .05	Breve seguimiento, sin grupo placebo, efectos diluidos en seguimiento largo, variabilidad en asistencia	MBSR mejora significativamente el estrés parental y mindfulness cuando se suma a P-ESDM
33	Gentile et al.	2022	Estudio longitudinal pre-post	t-test pareado, modelos lineales mixtos, regresión múltiple	PSI-4, FES, ADOS-2, VABS, video observación	Estrés parental, empoderamiento, habilidades de estimulación	Reducción estrés (t = -4.16, p = .0002, d = 0.655), aumento empoderamiento (t = 2.25, p = .017, d = 0.638), mejoría en habilidades (b = 0.0105, p < .001)	d = 0.63 (estrés, empoderamiento), b = .0105 (habilidades)	< 0.05	Sin grupo control, muestra pequeña, correlación no significativa entre habilidad y empoderamiento en padres mayores	ATHENA mejora estrés, empoderamiento y habilidades observadas en padres de niños con TEA.
34	Shanok et al.	2021	Piloto pre-post sin control	MANCOVA, t-test,	HSQ-ASD, PTKA	Severidad y número de conductas disruptivas,	Severidad HSQ-ASD bajó de 3.85 a 2.59	$\eta^2 = .29$ (HSQ-ASD severidad),	< .05	Sin grupo control, muestra pequeña, no	RUBI virtual es factible y eficaz para

			regresión lineal		conocimiento parental	(F=6.22, p=.025); conocimiento parental aumentó 17 pts (t=3.11, p=.007). No hubo cambios en frecuencia total de conductas.	d = .76 (PTKA)		se midió estrés ni observación directa	reducir intensidad de conductas disruptivas y aumentar conocimiento parental	
35	Andrews et al.	2022	Diseño de línea base múltiple concurrente	Análisis visual + medidas de mantenimiento + estadísticos descriptivos	PAAQ, PSS-10, implementación observada, reporte de padres	Implementación, evitación experiencial, estrés parental, conducta infantil	Implementación subió de 25–33% a >80% en todas las diadas (logro de criterio). PAAQ y PSS mejoraron en 3/4 padres. Conductas infantiles reportadas bajaron, pero medidas directas no mostraron tendencia clara.	d ≈ 0.80 implementación (estimado), descenso PAAQ/PS S 10–15 pts	< .05 (indicativo)	Muestra muy pequeña, sin control, gran variabilidad de conducta infantil, duración limitada	ACT+BPT por telemedicina a mejora implementación y bienestar parental, aplicable en contextos remotos
36	Minjar ez et al.	2012	Pre-post sin	t-test pareado, ANOVA	PSI-SF, FES,	Estrés parental, interacción,	Reducción en Total Stress	d estimado ≈ 0.50–0.80	< .01	Sin grupo control, muestra	PRT grupal mejora significativ

			grupo control	para variables repetidas	grabaciones PRT	empoderamiento	($t=2.84$, $p<.01$), mejora significativa en P-CDI ($t=3.89$, $p<.01$), empoderamiento en familia ($t=5.96$), servicios ($t=4.21$), comunidad ($t=5.4$)			pequeña, sin medidas longitudinales ni control de otras intervenciones	amente estrés e incremento empoderamiento parental y familiar
37	Marino et al.	2020	Ensayo clínico aleatorizado (RCT)	MANCOVA, ANCOVA, t-test pareado	PSI-SF, HSQ-ASD	Estrés parental, percepción de conducta infantil	Grupo teleasistido mejoró significativamente en PSI/SF ($\Delta = -8.28$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.355$) y HSQ-ASD ($\Delta = -0.742$, $p = 0.046$, $\eta^2 = 0.112$). Cambios no significativos en grupo presencial.	$\eta^2 = 0.355$ (PSI), $\eta^2 = 0.112$ (HSQ)	< 0.05	40% de exclusiones por falta de datos completos; sin medidas directas de conducta infantil	Teleasistencia potencia el impacto del ABA parental en estrés y percepción conductual
38	Kalalo et al.	2021	Ensayo experimental con	t-test, ANOVA, Mann-Whitney	CARS, APSI (13 ítems)	Estrés parental, severidad	Severidad clínica del niño/a	$\Delta = -5$ a -8 pts estimado	$< .001$	Pequeño tamaño muestral, duración	Psicoeducación parental reduce

			control (piloto)			clínica del niño/a	CARS total: -7.67 pts (p<.001); APSI total: -5.13 pts (p=0.003). Mejora en comunicación (p=0.001), psicomotor (p<.001), físico (p=0.026), y dificultades sociales (p=0.003). Sin cambio en conducta (p=0.443).			limitada, sin seguimiento, no se midieron síntomas depresivos o ansiedad parental	estrés y severidad TEA percibida. Factible y efectiva en contexto comunitario hospitalario
39	Pennefather et al.	2018	Pre-post sin grupo control	t-test pareado, análisis de efectos	SDQ-P, PSS, DCI, PKT	Estrés parental, conducta infantil, conocimiento parental	Mejora en conducta prosocial (d = 0.86, p < .01), reducción de hiperactividad (d = 0.74,	d = 1.25–3.24 (alta); múltiples variables con significancia	< .05	Muestra pequeña (n=16), sin grupo control, periodo breve (3 semanas),	Entrenamiento online breve es factible y mejora variables parentales y

							p < .01), disminución de estrés específico (d = 0.53, p < .05).			alta tasa de deserción	conductuales.
40	Muelle r y Mosko witz	2020	Línea base múltiple (3 casos)	Visual analysis, MBLR, HLR + Cohen's d	PSI-4- SF, PCS, PSOC, P-RIBS, SIB-R, Thoughts Quiz	Estrés parental, autoeficacia, creencias racionales/ir racionales, atribuciones, conducta infantil	Reducción en estrés (d = 2.99), atribuciones disfuncional es (d = 1.79– 3.24), creencias irracionales (d = 2.74), incremento de racionales (d = 2.18), y mejora en conducta infantil (observada y reportada) (d = 1.93– 2.33).	d = 1.25– 3.24 (alta); múltiples variables con significancia	< 0.05	Solo 3 casos, sin seguimiento, cambios graduales en cogniciones, medidas no estandarizadas para repetición	PFI mejora cogniciones y conducta en padres de niños con TEA. Intervención prometedora individual y cognitiva
41	Marino et al.	2021	Ensayo clínico aleatorizado	U Mann– Whitney, Wilcoxon, ANOVA, bootstrap	AAQ-II, HSQ- ASD, PSI/SF, MAAS, VLQ	Estrés, flexibilidad psicológica, percepción de conducta infantil	ACT mejoró AAQ-II (d = 1.0+), MAAS (p < .001), VLQ (valores), y PSI/SF (estrés total: –6.9 pts). Reducción	d = 1.0+ (AAQ-II), –6.9 pts (PSI), $\eta^2 >$.30	< .001	Muestra pequeña (n=20 por grupo), sin seguimiento, no	ACT supera a PT en bienestar psicológico y percepción conductual en padres de NNA con TEA

							en percepción de conducta disruptiva (-1.16 HSQ- ASD). PT no mostró mejoras significativa s.			evalúa conducta directa infantil	
42	Liu et al.	2021	Cuasi-experimental con control	Modelo lineal mixto, Cohen's d	SAS, SDS, PSI-SF, HHI	Ansiedad, depresión, estrés parental, esperanza	Interacción grupo × tiempo significativa para todas las variables: SAS (d=0.56), SDS (d=0.54), PSI-SF (d=1.17), HHI (d=2.59). Alta satisfacción y adherencia.	d = 0.5–2.5 según variable	< .001	Asignación no aleatoria, sin ciego total, solo madres incluidas, un solo centro	Intervención virtual efectiva en salud mental parental durante pandemia COVID-19
43	Azizi et al.	2024	Cuasi-experimental con grupo control	ANCOVA, t-test independiente y pareado	CD-RISC	Tolerancia (resiliencia)	Incremento significativo en tolerancia post-intervención (M post = 67.06 vs. M pre = 59.50;	$\eta^2 = 0.34$	0.001	Solo madres en un centro urbano, sin seguimiento a largo plazo, autoinforme	MBCT mejora significativamente la tolerancia en madres de niños/as con TEA

							p = .001; F = 14.10; $\eta^2 = 0.34$. Diferencia con grupo control confirmada.				
44	Rollins et al.	2019	RCT con grupo TAU	t-test, ANCOVA, regresión jerárquica moderadora	PSI-4-SF, Responsividad codificada, VABS-II, MSEL	Estrés parental, responsividad, interacción funcional	Disminución significativa en Total Stress ($\Delta = -12.2$ percentiles, $d = .79$, $p = .00$), y PCIDI ($\Delta = -9.9$ percentiles, $d = .62$, $p = .02$). Responsividad aumentó en Pathways (no moderada por estrés), disminuyó en TAU cuando el estrés era alto.	$d = .62-.79$; R^2 modelos = .44	< .01	Evaluadores no ciegos post, sin seguimiento a largo plazo, no se midió percepción parental del apoyo	Pathways protege contra efectos del estrés parental y mejora la interacción padres-hijos
45	Rojas-Torres et al.	2021	Diseño cruzado con grupo de espera	ANOVA de medidas repetidas + post hoc	DASS-21, MAAS, SWLS	Estrés, ansiedad, depresión, atención plena,	Reducción significativa en DASS-Estrés ($F=14.5$, $p<.01$),	$\eta^2 = .64$ (estrés), .86 (MAAS)	< .01	Muestra muy pequeña, no aleatorización completa, sin	MBSR + SC efectivo para reducir estrés y ansiedad, e incrementar

						satisfacción vital	DASS-Ansiedad (F=3.6, p=.05). Aumento significativo en MAAS (F=50.4, p<.01). No cambio en SWLS.			seguimiento posterior largo	atención plena.
46	Perzoli et al.	2020	Estudio longitudinal pre-post sin grupo control	Wilcoxon, t-test, ANOVA, modelos lineales mixtos	ADOS-2, GMDS-ER, EAS, Play Code, PSI-SF	Disponibilidad emocional, habilidades de juego, estrés parental, lenguaje	Aumento significativo en sensibilidad, estructuración y no intrusividad parental; aumento de juego simbólico y disponibilidad emocional infantil	r ² hasta 0.89 en escalas EAS; β=0.718 (p<0.0001); BF > 100 en múltiples pruebas	p < 0.001 (disponibilidad emocional, juego simbólico), p = 0.023 (estrés percibido)	Muestra pequeña (n=29), sin grupo control, sin seguimiento a largo plazo	La intervención basada en padres mejoró la calidad afectiva y habilidades cognitivas en la díada madre-hijo/a con TEA.
47	Schlink et al.	2022	ECA con análisis longitudinal cuantílico (LQMM)	LQMM, LMER	PSI (Parenting Stress Index)	Estrés parental (dominio niño y dominio padre)	Ambos grupos redujeron estrés por niño; el grupo PEI redujo más el estrés parental general, especialmente en padres	Δ PSI niño: hasta -12 puntos; β=9.75 en comparación PEI-JASPER en dominio padre	p = 0.049 (estrés parental PEI), NS en dominio niño	Muestra pequeña, sin inclusión/exclusión en padres, variabilidad alta	LQMM permite capturar diferencias según nivel de estrés; PEI más efectivo en estrés parental; JASPER requiere

48	Naheed et al.	2022	Estudio piloto pre-post sin grupo control	t-test pareado, Wilcoxon, regresión lineal, correlación	PHQ-9, SCID-I, DMS (Depression Measurement Scale), EQ-5D-5L (VAS)	Depresión materna, calidad de vida	Disminución significativa en DMS (79.5 → 60; p = 0.004). Mejora en VAS (70.3 → 80.2; p = 0.001). Mayor efecto en madres con MDE.	Δ DMS = -19.5; Δ VAS = +9.9; β = -0.213 (95% CI: -0.370 a -0.056)	p = 0.004 (DMS), p = 0.001 (VAS), p = 0.031 (correlación)	Sin grupo control; muestra urbana sesgada; generalización limitada	seguimiento post-intervención. La PCS fue factible y aceptada; redujo la depresión y mejoró la QoL en madres de hijos/as con TEA
49	Ede et al.	2020	Ensayo aleatorizado por grupos (intervención vs. control)	ANOVA de medidas repetidas, regresión lineal, análisis de seguimiento	PSS (Parental Stress Scale)	Estrés parental	Disminución significativa del estrés parental en grupo intervención (M=27.78 post) vs. control (M=65.43)	F(1,125)=1985.3, d=6.09 (post); F=1119.1 (seguimiento); R ² =0.465	p < 0.001	Sin evaluación de adherencia al protocolo, sin grupo placebo, sólo dos puntos de evaluación	REFHT fue eficaz para reducir el estrés parental con efectos mantenidos en el tiempo. Se recomienda su implementación en contextos similares.
50	May et al.	2021	Diseño cuasiexperimental pre-post sin	T-test pareado, regresión múltiple, Wilcoxon	Parental Stress Scale, Coparenting Compete	Estrés parental, autoeficacia en crianza, coparentalidad, relación	Disminución significativa en estrés parental y aumento en autoeficacia;	d = 0.81 (estrés), d = 0.74 (autoeficacia); R ² =	p = 0.002 (estrés), p < 0.001 (autoeficacia)	Sin grupo control, diseño transversal, sesgo de autoselección	La intervención vía SMS mostró efectos positivos

			grupo control		nce Scale, Autism Parenting Questionnaire	con apoyo formal	mejora moderada en relación con apoyo formal	0.465 en regresión	cacia), $p < 0.001$ (apoyo formal)	n, potencial error en fuente de respuesta (madres inscribiendo padres)	clínicamente significativos en estrés y autoeficacia de padres de niños con TEA. Altamente escalable.
51	Borg et al.	2024	Cuasiexperimental pre-post sin grupo control	Wilcoxon, correlaciones de Spearman	PSS, Cuestionario de conciencia familiar, Escalas de desarrollo Portage	Estrés parental, conciencia familiar, desarrollo infantil	Disminución significativa en estrés parental y aumento de conciencia familiar y desarrollo infantil	$r = 0.709$ (PSS), $r = 0.836$ (conciencia), $\Delta > 6\%$ en todos los indicadores	$p < 0.001$	Sin grupo control, muestra pequeña, datos autoinformados, sin seguimiento	El programa Portage es efectivo para reducir el estrés y mejorar desarrollo y conciencia familiar sobre el TEA.
52	Ayuda-Pascual et al.	2012	Pre-post con grupo único (n=13 respondieron ambas veces)	Prueba de Wilcoxon	Cuestionario de Impacto Familiar de Donenberg y Baker	Estrés parental, percepción de competencia, impacto en hermanos	Tendencia a disminución del estrés, aumento en disfrute compartido, obediencia percibida, y sentimiento de seguridad	$z = -2.111$ (obediencia), $z = -1.897$ (seguridad), $z = -2.121$ (relación entre hermanos)	$p = 0.03$, $p = 0.05$	Muestra pequeña, sin grupo control, sin medidas adicionales	La escuela de padres genera mejoras significativas en percepción de estrés y competencia parental; recomendable en contextos educativos

53	Adams et al.	2024	ECA piloto (intervención CLK-CUES vs. atención habitual)	Modelos lineales mixtos (LMM), análisis por intención de tratar	ASC-ASD-P, PAS-R, DASS-21, IUS-P, RULES	Ansiedad infantil, intolerancia a la incertidumbre, problemas internalizantes parentales	Reducción significativa en ansiedad total y ansiedad por incertidumbre en el grupo intervención; beneficios mantenidos 15 meses después	d = 0.77 (ASC-ASD-P Total), d = 1.11 (Incertidumbre); R ² condicional = 0.75	p = .01 (interacción grupo × tiempo ASC-ASD-P), p = .003 (post-hoc incertidumbre)	Tamaño muestral bajo, diferencias iniciales entre grupos, sin impacto en IU ni en bienestar parental	y terapéuticos CLK-CUES muestra eficacia preliminar para reducir ansiedad en preescolares autistas, especialmente en incertidumbre. Requiere validación con muestra más amplia.
54	Trelles et al.	2022	Ensayo clínico aleatorizado (intervención virtual vs. control)	t-test independientes y medidas repetidas	ABC, Vineland -3, CGSQ, FES, PROMIS	Conductas desafiantes, habilidades adaptativas, estrés del cuidador, empoderamiento, salud mental	Reducción significativa en irritabilidad y hiperactividad (ABC), depresión (PROMIS), y mejora en empoderamiento familiar (FES)	d = 0.86 (Vineland Socialization), t = -2.36 (depresión), t = -3.54 (hiperactividad)	p = .003 (ABC-H), p = .03 (depresión), p < .001 (FES)	Muestra pequeña, diversidad limitada, sin seguimiento largo	Intervención virtual CASP eficaz en reducir síntomas y estrés, viable para familias latinas con acceso limitado a servicios.
55	Da Paz et al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado (escritura	ANCOVA, análisis por	PSI-SF, CGSQ, PSS, cortisol (CAR)	Estrés percibido, estrés parental, carga del	Reducción significativa en estrés percibido y cortisol	d = 0.74 (CAR), d = 0.18 (PSS); CAR =	p = 0.01 (CAR), p <	Muestra pequeña, alta adherencia por	Escritura expresiva mejora estrés subjetivo y

			ra emocional vs. neutra)	intención de tratar		cuidador, estrés fisiológico	(CAR) en grupo de escritura emocional; sin cambio en carga o PSI	1.28 vs. 3.27	0.001 (PSS)	intervención activa, generalización limitada	fisiológico; viable, accesible y potencialmente útil para cuidadores de niños/as con TEA.
56	Onyishi et al.	2023	Ensayo controlado aleatorizado con grupo lista de espera	MANOVA de medidas repetidas, t-test, gráficos Raincloud	DASS-21, STTS-R	Estrés, ansiedad, depresión y satisfacción con la terapia	Reducción significativa en DASS (depresión: -8.16; ansiedad: -8.5; estrés: -8.33). Mejoras mantenidas a 3 meses. Alta satisfacción con la intervención	η^2 parcial: .58 (depresión), .61 (ansiedad), .59 (estrés); $\omega^2 = 0.27-0.28$	$p < .001$ en todas las subescalas y seguimiento	Sesgo cultural; autoselección; sin datos neurobiológicos; solo en Nigeria	La TCC fue efectiva para reducir significativamente el malestar psicológico en padres de hijos/as con TEA. Resultados clínicamente significativos y sostenidos.
57	Estes et al.	2021	ECA factorial (25h vs 15h y ESDM vs EIBI)	GLMM, modelos moderación, interacción estrés × intensidad	PSOC, QRS	Autoeficacia parental, estrés parental	Aumento general en autoeficacia; interacción significativa entre estrés inicial e intensidad de intervención	$F(1,81) = 9.52$ (interacción 3 vías), aumento estimado en eficacia = 2.1 (bajo estrés y alta intensidad)	$p = .003$ (interacción), $p = .002$ (efecto intensidad ajustado por estrés)	Autoinforme, muestra no diversa, intervención no diseñada para outcome parental	La eficacia parental aumenta más con intervención de alta intensidad si el estrés inicial es bajo; con alto estrés inicial, menor

58	Gena et al.	2014	Estudio piloto cuasiexperimental con observación naturalista	Análisis descriptivo, observacional codificado	Codificación conductual naturalista (interacción padre-hijo)	Interacción funcional, contingencias, estrategias conductuales	Mejora observable en el repertorio interactivo padres-hijos con ASD en contexto natural. Incremento de respuestas adaptativas	No reporta efectos estadísticos cuantitativos; evidencia cualitativa fuerte	No aplica	Diseño piloto, muestra reducida, sin grupo control, sin medidas de seguimiento	intensidad es más beneficiosa. Intervención conductual naturalista efectiva para mejorar interacciones funcionales entre padres e hijos/as con TEA. La intervención tuvo efectos limitados a nivel observacional pero fue percibida como útil por los padres; destaca la importancia de coaching parental para regulación emocional. El programa
59	Rispoli et al.	2021	Diseño de caso único con múltiples líneas de base	Análisis visual, índice Tau-U, análisis temático cualitativo	Sistema de codificación conductual para observaciones, entrevistas a padres	Regulación emocional infantil, apoyo parental a la regulación	Efectos moderados en apoyo verbal y activo de los padres; efectos no significativos en conducta infantil observada; percepción parental positiva	Tau-U = 0.31 (verbal), 0.32 (activo); sin efecto en estrategias infantiles (Tau-U = -0.07)	p < .05 (padres), NS (niños)	Muestra pequeña (n=5), sin grupo control, efectos no generalizables	
60	Byrne et al.	2023	Estudio piloto	ANOVA de	ADIS-P, SCARE	Ansiedad infantil,	57% de niños libres	SMD = 0.67	p < 0.05 en	Sin grupo control,	

			pre-post con seguimiento a 3 meses	medidas repetidas, CGI-I	D, SDQ-E, BAC-C, FAS, CGI	acomodo familiar, estrés parental	de diagnóstico primario al seguimiento; reducciones significativas en ansiedad, FA y estrés	(ADIS), SCARED p < 0.05, FAS p = 0.024	múltiples medidas (SCARED, FAS, CGI-I)	muestra pequeña (n=21), sin cegamiento, alta comorbilidad	“From Timid to Tiger” fue efectivo para reducir ansiedad infantil, estrés parental y acomodación familiar en niños con TEA. Resultados mantenidos al seguimiento La intervención parental mediada por telepráctica mejora la sincronía y comunicación afectiva padre-hijo en contextos diversos. Promisoria en poblaciones con barreras de acceso.
61	Ganz et al.	2022	Estudio cuasiexperimental longitudinal sin grupo control	Correlaciones parciales (rho), análisis descriptivo, codificación naturalista	Observación codificada (Noldus XT), ASRS, SCQ, PANAS	Comunicación verbal y afectiva, sincronía afectiva, directividad	Correlaciones positivas significativas entre conductas verbales y afectivas entre padres e hijos en sesiones 4 y 8. Mejora en sincronía y comunicación afectiva.	rho = .80–.98 (habla neutra), .29–.38 (afecto positivo/directividad)	p < .00001 a p = .009	Sin grupo control; videos breves; práctica fuera de sesiones no controlada	

62	Pereira et al.	2021	Ensayo control aleatorizado (personal vs. relacional savouring)	Wilcoxon, regresión Kendall–Theil	PANAS, GAD-7	Afecto positivo y negativo, ansiedad materna	Savouring redujo significativamente el afecto negativo. Efecto más fuerte en madres con mayor ansiedad. No aumentó afecto positivo.	Δ PANAS-NA significativa; regresión: $\beta < 0$ (CI: -0.375, -0.05)	$p = 0.0036$ (Wilcoxon), $p = 0.007$ (regresión)	Sin grupo control pasivo; intervención breve; contexto no estandarizado; alta tasa de deserción	Savouring es eficaz para reducir afecto negativo, especialmente en madres con alta ansiedad. Es breve, accesible y replicable.
63	Shoche et al.	2019	Estudio cualitativo tipo “proof of concept”	Análisis Cualitativo (CQR)	Entrevistas semi-estructuradas	Autoeficacia parental, regulación afectiva, relación con adolescentes	Mejora en autoeficacia, menor conflicto, mayor regulación afectiva y vínculo; reducción de aislamiento parental y validación emocional	No aplica (estudio cualitativo sin pruebas estadísticas cuantitativas)	No aplica	Muestra pequeña (n=15), sin control, sesgo de autoselección, datos subjetivos	La intervención RAP-P-ASD mejora el bienestar, vínculo padre-hijo y autoeficacia. Complementa prevención de depresión en adolescentes con TEA.
64	McLay et al.	2022	Estudio cuasiexperimental longitudinal	Brinley plots, d de Cohen (dav),	CBCL, GARS-3, DASS-21,	Conducta desafiante, síntomas de TEA, ansiedad,	Mejoras moderadas en síntomas TEA (RRB: dav =	RRB: dav = -0.81, PSES = 77%; GARS	$p < .05$ en CBCL total, PSQI,	Sin grupo control, sin medidas objetivas, potencial	Las mejoras en el sueño infantil se asociaron a

			dinal pre-post con 41 particip antes	CLES (PSES), correlaciones	PSQI, RQI	depresión, estrés y calidad del sueño de padres/madres	-0.81), interacción social (dav = -0.51), conducta total CBCL (dav = -0.63); leve reducción en estrés y ansiedad materna; mejora en calidad de sueño materno	total: dav = -0.53; PSQI: dav = -0.49; CBCL total: dav = -0.63; DASS-Anx madres: dav = -0.49	GARS-RRB y DASS-Anx madres	sesgo de halo, sesgo por autorreporte	beneficios colaterales en síntomas TEA, comportamiento y bienestar materno. El tratamiento del sueño puede ser un foco terapéutico eficaz y transversal.
65	Rivard et al.	2024	Estudio cualitativo (entrevistas a 61 particip antes: padres, profesionales y administradores)	Análisis temático (L'Écuyer, 1990), codificación con MAXQDA	Entrevistas semiestructuradas (3 versiones según rol)	Validez social de la intervención: relevancia, aceptabilidad, efectos percibidos; empoderamiento, autoeficacia, comportamiento infantil	Alta valoración de la estructura del programa, colaboración familia-profesional, efectos positivos en competencias parentales, empoderamiento, y conducta infantil	No se reportan medidas cuantitativas de efecto (análisis cualitativo profundo)	No aplica	Sesgo de deseabilidad social; participación de muestra motivada; falta de medida objetiva; contexto local específico	PTR-YC es una intervención socialmente válida y aceptada por todos los grupos involucrados; viable para implementación universal en servicios públicos de TEA en infancia.
66	Reliani et al.	2022	Estudio pre-experi	Wilcoxon Sign	Cuestionario de conocimientos	Conocimiento sobre cuidado de	Incremento significativo en el	100% rangos positivos;	p = 0.0001	Sin grupo control, autoselección	La psicoeducación con

			mental (pretest - posttest con grupo único)	Rank Test	ento parental (diseñado por autores)	niños con TEA y conducta agresiva	conocimiento post-intervención. Todos los participantes mejoraron.	diferencia total positiva		n, sólo medición cognitiva	discusión grupal mejora significativamente el conocimiento parental. Se recomienda evaluar efectos en actitudes y conductas futuras.
67	Mahmoud et al.	2023	Estudio pre-post cuasiexperimental sin grupo control (n=40)	Chi-cuadrado, correlaciones de Pearson (r)	Cuestionario sociodemográfico, escala de emociones expresadas (diseñada por autores), Parenting Stress Index (PSI)	Estrés parental, emociones expresadas (crítica, hostilidad, sobreimplicación, calidez, estima positiva)	Reducción significativa en estrés severo (de 57.5% a 26%) y en emociones expresadas elevadas (de 80% a 32.5%) post intervención. Correlación significativa entre estrés y EE	r = 0.634 (pre), r = 0.724 (post); reducción en críticas: $\Delta = -32.5\%$, sobreimplicación: $\Delta = -65\%$	p < 0.01 (todas las dimensiones principales)	Pérdida de 10 participantes; dificultad logística para sesiones grupales; sesgo de autoselección y respuesta	La intervención de consejería redujo significativamente el estrés parental y las emociones expresadas. Recomendable como herramienta psicoeducativa para cuidadores de niños con TEA.
68	Wang et al.	2023	Ensayo cuasiexperimental	t de Student para muestras	Defense Style Questionnaire	Mecanismos de defensa parental, síntomas de	Reducción significativa en mecanismos	Inmaduro: t = -2.281; Intermedio: t =	p < .05 en todas las	Sin seguimiento más allá de 1 mes;	La formación en habilidades

			con grupo control (n = 120; intervención vs. control)	independientes	(DSQ), Autism Behavior Checklist (ABC), social adaptive scale (SM)	niños con TEA, adaptación social	inmaduros e intermedios de defensa en padres del grupo intervención; mejoría en síntomas TEA y adaptación social en niños	-2.196; ABC y SM mejoran significativamente	comparaciones	evaluación autoinformada en padres; sin datos de adherencia; limitado a un hospital en China	parentales mejora síntomas del niño/a con TEA y reduce mecanismos de defensa no adaptativos en cuidadores. Prometedor para implementación en contextos clínicos. PEERS®-YA-K mejora síntomas emocionales en padres con alta sintomatología previa y su conocimiento sobre habilidades sociales. Intervención prometedor a y replicable.
69	Son et al.	2023	Estudio longitudinal pre-post con seguimiento a 4 meses (n=46 padres)	Estudio de muestras pareadas; análisis por subgrupos clínicos	TYASSK, BDI, BAI, SCL-90-R	Ansiedad, depresión, hostilidad, paranoia, conocimiento social	Mejora significativa en conocimiento social; reducción de síntomas de ansiedad y depresión en padres con sintomatología severa inicial; reducción de hostilidad materna y paranoia paterna	TYASSK: Δ significativo, $p < .01$; BDI/BAI: Δ significativo solo en subgrupo severo; SCL-90-R: $p < .05$ en paranoia y hostilidad	$p < .05$ (sólo en subgrupos clínicos)	Autoinforme; sin grupo control pasivo; posible efecto placebo o influencia externa; tamaño reducido por subgrupos	Intervención prometedor a y replicable.

70	Gentile et al.	2022	Estudio longitudinal pre-post con análisis de video y teleintervención (n=23)	t-tests, modelos lineales mixtos, correlaciones, regresión	ADOS-2, PSI-4, FES, herramienta observacional (tipo ESDM)	Síntomas TEA, estrés parental, empoderamiento familiar, habilidades parentales	Reducción significativa en síntomas TEA y estrés parental; aumento en empoderamiento y habilidades parentales observadas	d = 0.630 (TEA), d = 0.655 (estrés), d = 0.638 (empoderamiento); coef. mejora video: $\beta = 0.0105$	p = 0.006 (TEA), p = 0.0002 (estrés), p = 0.017 (empoderamiento)	Sin grupo control, muestra pequeña, relación efecto-edad necesita mayor estudio	El programa ATHENA mejora competencias parentales, reduce estrés y promueve empoderamiento. Eficaz como modalidad de intervención remota.
71	Al-Quran et al.	2023	Ensayo cuasiexperimental con grupo control (n=30)	Prueba t para muestras independientes y apareadas, ANOVA	Escala de estrés psicológico diseñada por autores (64 ítems, 6 dimensiones)	Síntomas psicológicos, problemas familiares, desesperanza, ansiedad por el futuro, carga del cuidado	Reducción significativa en estrés global y todas las subdimensiones en el grupo intervención tras 9 sesiones de consejería cognitivo-conductual	Δ significativa en todas las dimensiones; T = -4.322 a -6.467 en favor del grupo experimental	p < .01 en todos los indicadores principales	Muestra pequeña, limitada a un solo contexto geográfico, sin seguimiento longitudinal	El programa de consejería familiar redujo significativamente el estrés psicológico en madres de niños con TEA. Intervención replicable y eficaz.
72	Ferenc et al.	2021	Estudio exploratorio transverso	t-tests, correlaciones, regresión	CDI-2 (autorreportado y por	Depresión adolescente, actitudes hacia el	Las madres reportaron significativamente más	d = 1.6 (síntomas generales), 1.8	p < .01 (diferencias madre-	Muestra pequeña; sólo madres; sin	Las percepciones de bienestar

			rsal con diseño diádico (27 adolescentes con TEA y sus madres)	lineal jerárquica	madre), ATA-Q, ADOS-2, WISC-R, DASS-21	autismo, estrés materno, severidad TEA, IQ	síntomas depresivos que los hijos. Severidad TEA y distrés materno predijeron depresión en el reporte materno. En adolescentes, actitud hacia el autismo (neurodivergencia) tendió a correlacionarse con menor depresión	(problemas emocionales), 0.9 (problemas funcionales); R ² no reportado	hijo), p = .03 (estrés materno), p = .09 (actitud neurodivergente – autorreporte adolescente)	seguimiento; excluye discapacidad intelectual; posible sesgo por autoselección	varían según la fuente. Es crucial considerar el autorreporte adolescente y explorar los efectos beneficiosos de adoptar una visión neurodivergente del autismo.
74	Zhao et al.	2021	Ensayo controlado aleatorizado (n=75); 10 semanas de intervención online con 20 sesiones	MANOVA de medidas repetidas, t-tests, efecto de Cohen	DASS-21, PSI-4-SF, WHOQOL-26	Salud mental (ansiedad, depresión, estrés parental, calidad de vida)	Reducción significativa en estrés, ansiedad y depresión; mejoría en interacción disfuncional y salud psicológica en grupo experimental	DASS-21: d = 1.985; PSI-4-SF: d = 1.758; WHOQOL-26 psicología: d = 0.510	p < .01 en DASS-21, PSI-4-SF y subescalas de WHOQOL-26	Medición a corto plazo; no se incluyó seguimiento a largo plazo; limitado a contexto chino; sin medidas de adherencia familiar	El programa físico en línea mejoró significativamente la salud mental y redujo el estrés parental. Es una intervención

											prometedor a y accesible desde el hogar. PCIT es eficaz para reducir problemas conductuale s en niños con TEA sin discapacida d intelectual, con efectos positivos en padres e hijos. Aporta una opción accesible y escalable.
74	Allen et al.	2023	Ensayo clínico aleatori zado (ECA), n=55 (TG=3 0; CG=25)	MANOV A de medidas repetidas , análisis univariad o, correlaci ones	ECBI, BASC-2, DPICS, PSI-SF, PLOC- SF, BDI- II, TAI	Conductas disruptivas, estrés parental, interacción padre-hijo, depresión, locus de control	Reducción significativa de conductas disruptivas, aumento en habilidades parentales e interacción positiva; mejora en cumplimient o infantil y reducción del estrés parental en grupo intervención	ECBI Intensity: $\Delta = -68.5$, η^2 parcial = .48; ECBI Problems: $\Delta = -12.9$; DPICS “Do” skills: $\Delta =$ +30.3	p < .001 en múltipl es dimensi ones (conduc ta, interacc ión, cumpli miento)	Sin control activo, sin evaluación de mantenimien to a largo plazo, no se midió IQ, posible sesgo de autoselecció n	
75	Muelle r et al.	2020	Diseño de línea base múltipl e no concurr ente (3 madres , 8 sesione s de interve nición)	Análisis visual, regresión jerárquic a lineal, de Cohen, MBLR	PSI-4- SF, PCS, PSOC, P-RIBS, Thoughts Quiz, SIB-R, observac ión directa	Estrés parental, autoeficacia, atribuciones disfuncional es, creencias irracionales, pesimismo, conducta infantil	Reducción significativa de conducta problemática (observada y reportada); mejoras en creencias racionales, autoeficacia, atribuciones y estrés en 2 de 3 madres; mayor	d = 1.9–3.2 para varias variables; p < .01 en PSI, P- RIBS, Thoughts Quiz, SIB- R (según madre); observació n directa: t(2)=4.35, p=.049	p < .01 (estrés, creenci as irracion ales, compor tamient o infantil) ; p = .088 (autoefi cacia)	Muestra pequeña; sin grupo control; sin seguimiento; medida limitada de adherencia; solo madres; variabilidad individual en comprensión de CBT	La intervenció n combinada de apoyo conductual positivo y terapia cognitivo- conductual fue eficaz para mejorar el estrés,

							impacto cuando se comprendió y aplicó la reestructuración cognitiva				cogniciones y percepciones parentales, y reducir conducta problemática infantil. Promisoria como modalidad estructurada en padres de niños con TEA.
76	Hallett et al.	2020	Estudio de factibilidad con grupos paralelos (n=12 intervención; n=12 control activo)	Análisis cualitativo temático (MAXQDA), satisfacción post-intervención, cumplimiento del protocolo	Cuestionario de satisfacción ad hoc, entrevistas semiestructuradas, observación de fidelidad	Aceptabilidad, comprensión de conductas infantiles, autoeficacia, reducción de estrés	Alta asistencia (media = 9/12 sesiones), fidelidad al manual > 97%; aumento de comprensión de conductas, reducción de culpa y estrés, mejoras percibidas en comportamiento infantil.	No se reportan efectos cuantitativos (fase cualitativa y de implementación)	No aplica	Muestra pequeña, sin análisis cuantitativo de resultados en esta fase; siguiente fase será ECA.	El programa Predictive Parenting es viable, aceptado y considerado útil por madres/padres. Promete abordar ansiedad y conducta en niños/as con TEA de forma preventiva.
77	Perzoli et al.	2020	Estudio longitudinal	Wilcoxon, t-test,	ADOS-2,	Disponibilidad	Mejoras significativas	EAS: r ² hasta 0.89;	p < .001	Sin grupo control;	La intervención

			dinal pre-post sin grupo control (n=29 madres -niños)	modelos lineales mixtos, correlaciones, Bayes Factor	GMDS-ER, Emotional Availability Scales (EAS), Play Code, PSI-SF	emocional, habilidades de juego, estrés parental, lenguaje, sensibilidad materna	s en sensibilidad, estructuración, no intrusividad; aumento en juego simbólico, responsividad de involucramiento infantil. Se observó correlación entre edad materna y estructuración, y entre lenguaje infantil y no intrusividad materna.	juego simbólico: $p = .014$, $r^2 = 0.392$; verbal involvement: $p < .0001$, $r^2 = 0.742$	(estructuración, sensibilidad, responsividad, juego simbólico); múltiples BF > 100	muestra pequeña; sin evaluación a largo plazo; sólo madres; falta de grupo comparativo clínico	n parental intensiva mejoró la calidad afectiva y habilidades cognitivas de la diada madre-hijo/a con TEA. Factores como edad materna y habilidades lingüísticas moderan el cambio. Se recomienda uso clínico en programas de apoyo temprano. El componente significativo del SOC puede ser modificado a través de ACT, mejorando así el bienestar emocional
78	Gandía - Abellán et al.	2020	Estudio pre-post con grupo control no aleatorizado	U de Mann-Whitney, prueba de Wilcoxon, regresión lineal y múltiple, tamaño del efecto r de	SOC-13, PSI-SF, GHQ-28	Sentido de coherencia (SOC), malestar parental, salud general	El programa mejoró significativamente la significatividad del SOC, redujo estrés parental, ansiedad, disfunción social y depresión en el grupo experimental	$r = 0.49$ a 0.60 (moderado a grande)	$p < .05$ en variables significativas	Muestra pequeña (N=15), sin aleatorización, sin datos sobre tiempo desde diagnóstico ni intensidad previa de síntomas	El componente significativo del SOC puede ser modificado a través de ACT, mejorando así el bienestar emocional

				Rosenthal			. No hubo mejoras en el grupo control.				de padres de niños con TEA.
79	Marino et al.	2021	Ensayo controlado aleatorizado (n=20, ACT vs. PT)	U de Mann-Whitney, Wilcoxon, ANOVA paramétrica	AAQ-II, HSQ-ASD, VLQ, MAAS, PSI/SF	Flexibilidad psicológica, percepción del comportamiento infantil, valores, mindfulness, estrés parental.	ACT mejoró significativamente todas las variables en comparación con PT; reducción del estrés, aumento en flexibilidad, valores y conciencia	AAQ-II Δ = +64%, HSQ-ASD Δ = -32%, VLQ d = 1.2, MAAS d = 1.1, PSI/SF Δ = -6.9	p < .001 en AAQ, HSQ-ASD, VLQ, MAAS; p < .05 en PSI/SF	Muestra pequeña, sin seguimiento, sin control de covariables adicionales	ACT es eficaz para reducir estrés y mejorar bienestar psicológico en madres/padres de hijos con TEA. Recomendable como intervención integral.
80	Cappe et al.	2021	Estudio pre-post con dos condiciones (CV = programa completo; SV = versión abreviada)	ANOVA de medidas repetidas, t de Student, PEI, cuestionario de satisfacción	ALES-vf, PSI-SF (ISP-FB), EQVPTSA, PEI	Estrés percibido, estrés parental, calidad de vida, satisfacción	El grupo CV mostró reducción significativa en estrés (ISP-FB), percepción de amenaza (ALES), y mejora en relación con el hijo/a, bienestar psicológico y realización personal. SV sin cambios significativos. Alta	ALES: Δ amenaza ↓, desafío ↑; ISP-FB: Δ total ↓; EQVPTSA : subescalas ↓	p < .05 (CV); NS (SV)	Muestra pequeña, sin grupo control, participación predominante materna, pérdida de participantes	La versión completa con seguimiento individual reduce el estrés y mejora calidad de vida parental. El componente individual es clave para efectividad.

81	Aithala et al.	2019	Estudio mixto (cuantitativo reportado); pre-post con grupo control no aleatorizado (n=11)	MANCOVA, t-tests apareados, Shapiro-Wilk, Wilks' Lambda	PSI-SF, HAM-D	Estrés parental (PD, PCDI, DC), depresión	satisfacción en ambos. Reducción significativa de estrés y depresión postintervención (grupo experimental); mejoría en afrontamiento y conexión madre-hijo	PSI-SF: Δ PD=-17.7, Δ PCDI=-11.5, Δ DC=-15.2; HAM-D: Δ = -9.4	p < .01 en todas las comparaciones (MANCOVA y t)	Muestra reducida; no aleatorizada; sin seguimiento; misma persona como terapeuta e investigadora	La psicoterapia en danza-movimiento (DMP) reduce el estrés y mejora el bienestar emocional de madres de niños/as con TEA. Efectiva como intervención somática grupal
82	Osman et al.	2019	Cuasi-experimental pre-post sin grupo control (n=45 madres)	Prueba t para muestras relacionadas, Chi-cuadrado, correlaciones de Pearson	Escala de conocimientos sobre autismo (ad hoc), escala de comportamiento materno (ad hoc), escala de afrontamiento (ad hoc), Escala de	Conocimientos maternos, comportamiento hacia el hijo/a, afrontamiento del estrés, percepción del estrés, habilidades de vida diaria del hijo/a	Mejora significativa postintervención en conocimientos, comportamiento, afrontamiento y reducción del estrés materno; aumento en independencia del niño/a en actividades	Chi ² = 26.6; r = .745 entre carga y habilidades del niño/a; incremento del 33.3% al 86.7% en conocimiento adecuado	p < .001 en todas las comparaciones pre-post	Muestra pequeña, sin grupo control, instrumentos no estandarizados, sin seguimiento longitudinal	El programa cognitivo-conductual fue efectivo para reducir la carga de cuidado de las madres de hijos/as con TEA, mejorando su afrontamiento y el funcionamiento del niño/a en

					Percepción de Estrés de Levenstein		de vida diaria				actividades diarias.
83	Chen et al.	2019	Ensayo controlado con grupo experimental (n=30) y grupo control (n=30); intervención de 10 semanas	t-tests, correlaciones de Pearson	ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist), TCSQ (Trait Coping Style Questionnaire)	Sociabilidad, percepción sensorial/cognitiva, estilo de afrontamiento parental	Mejora significativa en sociabilidad (ATEC) y afrontamiento positivo (TCSQ) en el grupo intervención; asociación negativa entre subescala sensorial ATEC y afrontamiento positivo	t = 2.595 (ATEC sociabilidad), t = -2.174 (TCSQ afrontamiento negativo); r = -0.202 (ATEC sensorial × afrontamiento positivo)	p < .01 (ATEC sociabilidad), p = .036 (TCSQ), p = .027 (r ATEC × TCSQ)	Tamaño muestral limitado; sin seguimiento a largo plazo; medidas subjetivas	La terapia grupal cognitivo-conductual mejora la sociabilidad infantil y promueve estilos de afrontamiento más positivos en los padres de niños con TEA. Intervención prometedor a.
84	Corona et al.	2019	Estudio pre-post sin grupo control (n=25)	Wilcoxon, coef. r	SSIS, SRS-2, SIPA	Habilidades sociales, severidad TEA, estrés parental	Mejora en habilidades sociales (SSIS), reducción en síntomas TEA (SRS-2) y en estrés parental (dominio adolescente SIPA)	SSIS: r = .47; SRS-2: r = -.51; Adolescent Domain: r = -.44	p < .01 (SSIS, SRS-2), p = .01 (SIPA Total), p < .0125 (subescalas específicas)	Sin grupo control; pérdida de datos; muestra reducida; generalización limitada	PEERS® reduce el estrés parental relacionado con conducta adolescente y mejora habilidades sociales. Beneficioso para contextos

85	Hamidi et al.	2020	Cuasiexperimental con pre-post y grupo control (n=40, divididos en 2 grupos de 20)	ANCOVA multivariado	Child-Parent Relationship Scale (CPRS; Pianta)	Relación padre/madre-hijo: conflicto, proximidad, dependencia	Mejora significativa en todas las dimensiones de la relación. Grupo intervención mostró mayor proximidad, menor conflicto y mayor vínculo positivo	$\eta^2 = 23.3\%$ (relación total); proximidad: $\eta^2 = 40\%$; conflicto: $\eta^2 = 21.9\%$; dependencia: $\eta^2 = 26.4\%$	p = 0.001 (todas las dimensiones)	Sin seguimiento; muestra pequeña; intervención breve (10 sesiones); falta de diversidad de participantes	comunitario s. La consejería cognitivo-conductual grupal mejora significativamente la relación madre-hijo en familias con niños/as con TEA. Recomendable como intervención parental estructurada
86	Lodder et al.	2019	Estudio cualitativo (n = 112) con análisis temático de encuesta online	Análisis temático con NVivo	Cuestionario abierto (Qualtrics)	Sugerencias sobre intervención antier estigma, autoestima, autocompasión, apoyo social	Educación pública y profesional; autocompasión; autoestima; frases preparadas; intervención grupal sugerida	No aplica (estudio cualitativo)	No aplica	Muestra autorreferida, mayoría mujeres blancas, altamente educadas; interpretación de respuestas puede variar	Las intervenciones antier estigma deben incorporar educación, autoestima, autocompasión y conexión grupal. El diseño debe incluir a la comunidad autista.

87	Izadi-Mazidi et al.	2015	Ensayo cuasiexperimental con pre-post sin grupo control (n=16)	Prueba t, ANOVA de medidas repetidas	PSI-SF (Abidin)	Estrés parental: malestar, interacción disfuncional, niño difícil	Reducción significativa en estrés total y subescala de malestar parental tras 7 sesiones de TCC grupal.	F = 5.15 (estrés), F = 8.64 (malestar parental)	p = 0.03 (estrés), p = 0.01 (malestar)	Sin grupo control, muestra solo de madres, sin seguimiento, posible sesgo de autoselección	La TCC grupal reduce eficazmente el estrés parental en madres de niños con TEA, incluso en intervenciones breves
88	Hwang et al.	2015	Estudio piloto longitudinal con seis diadas madre-hijo (dos etapas)	Wilcoxon Signed-Rank Test	FMI-14, PSS, FQOL, CBCL	Mindfulness, estrés parental, calidad de vida familiar, conducta infantil.	Aumento de mindfulness, reducción de estrés y mejora de calidad de vida familiar. Reducción de problemas conductuales especialmente ansiedad y pensamiento desorganizado en niños	z = -2.032 (mindfulness), z = -2.023 (estrés), z = -2.060 (ansiedad), z = -2.023 (pensamiento)	p < .05 en todos los casos clave	Muestra pequeña, sin grupo control, sin medidas objetivas externas, sin seguimiento largo	La intervención mindfulness materno-hijo es factible, efectiva y muestra efectos recíprocos positivos sobre bienestar psicológico y conductual.
89	Rezai Kalantary et al.	2020	Cuasiexperimental con pre-post y grupo	ANCOVA	PSS (Perceived Stress Scale), RFLI (Reasons for	Estrés percibido, razones para vivir	Reducción significativa del estrés ($\Delta = -6.83$); aumento en razones para vivir ($\Delta =$	PSS: 21.0 vs. 27.83; RFLI: 177.5 vs. 159.17	p < 0.0001 en ambos casos	Muestra reducida; sin seguimiento; medidas subjetivas; limitado a	La psicoterapia positiva fue efectiva para reducir estrés y aumentar

			control (n=24)		Living Inventor y)		+18.33) en grupo intervención				un solo centro	sentido de propósito en madres de niños con TEA. Recomenda ble en contextos clínicos. Programas de acompañam iento parental tempranos reducen el estrés y ofrecen beneficios emocionale s. Recomenda dos tras diagnóstico reciente
90	Rattaz et al.	2015	Estudio pre- post sin grupo control (n=18 padres)	Wilcoxo n, t de Student, Spearman	Par-DD- QoL, PSI	Estrés parental, calidad de vida (emocional, vida cotidiana)	Reducción significativa en estrés; tendencia a mejora emocional, sin cambios en vida diaria	Δ PSI = -16.4; Δ QDV emocional = -5.74 (p = .06)	p = .004 (PSI), p = .06 (QDV emocio nal)	Muestra pequeña, sin grupo control, sin seguimiento a largo plazo	Programas de acompañam iento parental tempranos reducen el estrés y ofrecen beneficios emocionale s. Recomenda dos tras diagnóstico reciente	
91	Preece et al.	2014	Estudio de evaluac ión de servicio, pre- post con seguim iento (n=11, con seguim	Likert, análisis descripti vo, entrevista a semiestr ucturada	Cuestion arios ad hoc, entrevistas, diario de intervenc iones	Confianza parental, uso de intervención física, estrategias de manejo conductual	Aumento de la confianza en el manejo conductual, reducción en uso de intervencio es físicas, mayor comprensión de conducta infantil	$\Delta \geq +1.0$ en confianza en 3 dimensione s clave	No aplica (Descri ptivo)	Muestra pequeña, sin grupo control, autoselecció n, pérdida de seguimiento parcial	El entrenamie nto en manejo positivo y físico fue efectivo en aumentar confianza y reducir intervencio nes físicas. Es una	

			iento a 6 padres)								estrategia coste- efectiva prometedor a
92	Singh et al.	2014	Diseño de línea base múltipl e con tres días madre- hijo	Phi (efecto), ANOVA , entrevist as IPA	Registros de conducta (App), PSS-10	Agresión, conducta disruptiva, cumplimient o, estrés materno	Reducción significativa de agresión y conducta disruptiva; aumento de cumplimient o y reducción de estrés; transformaci ón personal percibida en madres	Phi = 0.76 (agresión), 0.93 (disruptiva) , 0.86 (cumplimie nto); ANOVA: F(3,6) = 31.19, p < .01	p < .001 en conduct a e indicad ores de estrés	Solo 3 participantes , sin grupo control, seguimiento limitado, dependiente de autorregistro	MBPBS es efectivo para reducir conductas problemátic as y estrés. Combina meditación, visualizació n y principios conductuale s en madres de adolescente s con TEA. La escuela de familias ANFAS redujo el estrés y mejoró percepcione s parentales. Modelo útil para replicación institucional
93	Ayuda- Pascual et al.	2012	Pre- post con grupo único (n=13 con datos comple tos)	Wilcoxo n	Cuestion ario de Impacto Familiar (Donenb erg y Baker)	Estrés parental, calidad de la convivencia, vínculo con hijos/as y hermanos	Mejora en percepción de obediencia, manejo conductual, disfrute compartido, seguridad, y vínculo fraterno.	z = -2.111 (obedienci a), z = -1.897 (seguridad) , z = -2.121 (hermanos)	p < .05 en variable s clave	Muestra pequeña; sólo un instrumento; sin grupo control ni seguimiento	AIM HI fue percibido como
94	Stadnic k, Drahot	2013	Estudio mixto: cualitat	Análisis temático; TASC;	TASC, MASS, entrevist	Alianza terapéutica, satisfacción,	Alta satisfacción, mejora en	TASC: M = 40/48; MASS: M	No aplica	Muestra pequeña; sin grupo	AIM HI fue percibido como

	a y Brookman-Frazee		ivo + cuantitativo en CMH (n=13 padres)	MASS Effectiveness	as semiestructuradas	habilidades parentales e infantiles	conducta, regulación emocional y habilidades sociales del niño; padres aprendieron estrategias prácticas	= 3.17/4; asistencia parental = 93%	(descriptivo)	control; sin seguimiento; datos autorreportados	efectivo y aceptado por padres. Promueve implicación activa y aprendizajes específicos. Prometedor para CMH.
95	Son et al.	2023	Ensayo controlado con medidas repetidas en 3 tiempos (pre-post-seguimiento; n=46 padres)	t de Student pareado	BDI, BAI, TYASS K, SCL-90-R	Depresión, ansiedad, paranoia, hostilidad, conocimiento social	Mejora en ansiedad y depresión solo en padres con síntomas severos al inicio; mejora en conocimiento social; reducción en paranoia (padres) y hostilidad (mdres).	BDI: $\Delta = -11.6$ (grupo severo); BAI: $\Delta = -5.2$; SCL-90-R (hostilidad/paranoia): $p < .05$	$p < .01$ en conocimiento social; $p < .05$ en ansiedad/depresión (grupo severo)	Autoinforme; sin evaluación clínica; tamaño limitado; falta de grupo placebo	PEERS®-YA-K mejora síntomas emocionales en padres con síntomas severos y aumenta el conocimiento en habilidades sociales.
96	Gentile et al.	2022	Estudio pre-post longitudinal (6 meses) con seguimiento (n=27)	t-tests pareados, modelos mixtos lineales	ADOS-2, PSI-4, FES, VABS, ESDM Parent Fidelity Tool	Habilidades parentales, estrés, empoderamiento, síntomas TEA	Reducción significativa del estrés parental y síntomas TEA; mejora en habilidades parentales y empoderamiento	ADOS-2: $d = 0.63$; PSI-4: $d = 0.66$; FES: $d = 0.64$; mejora lineal en videoanálisis: $\beta = .0105$, $p < .001$	$p < .01$ en todas las medidas principales	Sin grupo control; muestra pequeña; sesgo por tecnología (edad)	El programa ATHENA vía telemedicina reduce el estrés parental y mejora empoderamiento e

			familias)				(jóvenes <40 años)				interacción con hijos/as con TEA.
97	Salimi et al.	2019	Cuasiexperimental pre-post con grupo control (n=30)	ANCOVA multivariado	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al.)	Regulación cognitiva emocional (7 dimensiones)	Mejoras significativas en 6 de 7 dimensiones (excepto rumiación); mayor reevaluación positiva, planificación, aceptación, y reducción de auto y hetero culpa	Eta = .67 a .88 según dimensión; ejemplo: reevaluación positiva ($\eta^2 = .83$)	p < .01 en todas menos rumiación (p = .025, NS)	Muestra limitada; sin seguimiento; solo madres; autoinforme	La terapia ACT grupal mejora significativamente la regulación emocional en madres de niños/as con TEA. Recomendable en contextos clínicos grupales

Resultados calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Se evaluaron 97 estudios mediante la herramienta QATSDD (Sirriyeh et al., 2012), utilizando una versión adaptada para estudios cuantitativos (14 ítems; puntaje máximo: 42). La puntuación total de cada estudio fue clasificada en cinco rangos de calidad metodológica: Muy baja (0–8), Baja (9–17), Media (18–26), Alta (27–35) y Muy alta (36–42). Para mejorar la precisión de la clasificación, se aplicó un ajuste metodológico que penaliza diseños menos robustos (cuasiexperimentales, pre-post sin control, estudios piloto, caso único, etc.), evitando una sobreestimación de la calidad en estudios de menor rigor. Estudios ECA: Mayoritariamente se clasificaron como alta o muy alta calidad, reflejando mayor solidez metodológica. Diseños experimentales no aleatorizados y cuasiexperimentales: Presentaron gran variabilidad, con una tendencia predominante hacia la calidad media. Pre-post sin grupo control, estudios piloto y de caso único: Concentraron los puntajes más bajos, siendo frecuentemente clasificados como baja o muy baja calidad. Esta clasificación ajustada permitió una diferenciación más precisa entre estudios con altos puntajes que, sin embargo, presentan limitaciones importantes en su diseño. La aplicación de esta estrategia contribuye a una mejor ponderación del nivel de confianza que puede otorgarse a los hallazgos reportados por cada estudio.

Tabla 3

Resultados Calidad Metodológica

Autor	Año	Diseño	Puntaje total	Clasificación
Raulston et al.	2019	Caso único	31	Baja
Iida et al.	2018	Pre-post-intra	37	Media
Bearss, K	2021	Experimental	42	Muy alta
Wengrovius et al.	2021	Cuasiexperimental	32	Baja
Rayan et al.	2017	RCT	32	Media
Abdelaziz et al.	2024	RCT	37	Alta
Rohacek et al.	2023	RCT	39	Alta
Inoue et al.	2022	Pre-post	32	Baja

Bearss et al.	2018	Piloto	30	Baja
Agazzi et al.	2017	Caso único	31	Baja
Zhao et al.	2023	RCT	38	Alta
Singh et al.	2014	RCT	36	Alta
Bearss et al.	2015	RCT	42	Muy alta
Fisher et al.	2022	RCT	36	Alta
Rattaz et al.	2016	RCT	32	Media
Scahill et al.	2016	RCT	39	Alta
Hong et al.	2023	RCT	38	Alta
Ranjan et al.	2024	RCT	38	Alta
Oshima et al.	2020	Experimental	37	Alta
Storch, EA	2020	Experimental	39	Alta
Sanli, ME	2023	Experimental	37	Alta
Shooshtari et al.	2024	Experimental	36	Alta
Kiyani et al.	2020	Experimental	37	Alta
Bearss et al.	2016	Experimental	42	Muy alta
Singh et al.	2021	Experimental	40	Muy alta
Cook, JM et al.	2017	Cuantitativo	34	Media
Maughan et al.	2017	Pre-post	31	Baja
Akhani et al.	2021	Cuantitativo	32	Baja
Singh et al.	2019	Experimental	38	Alta
Straiton et al.	2020	Cuasiexperimental	33	Baja
Mestari et al.	2019	Experimental	36	Alta
Mahoney	2020	Cuasiexperimental	39	Alta
Sofronoff et al.	2017	Experimental	33	Media

Hallett et al.	2020	Experimental	33	Media
Jones et al.	2017	Experimental	32	Media
Mohammadi et al.	2024	Cuasiexperimental	38	Alta
Weitlauf et al.	2020	Pre-post	36	Media
Gentile et al.	2022	RCT	40	Muy alta
Shanok et al.	2021	Cuasiexperimental	32	Baja
Andrews et al.	2022	Cuasiexperimental	36	Media
Minjarez, MB et al.	2012	Pre-post	34	Media
Ni et al.	2025	Cuantitativo	33	Media
Marino, F. et al.	2020	Cuasiexperimental	36	Media
Kalalo et al.	2021	Cuasiexperimental	33	Baja
Pennefather et al.	2018	Cuasiexperimental	30	Baja
AlHorany et al.	2022	Cuasiexperimental	30	Baja
Gandía-Abellán et al.	2020	Cuasiexperimental	35	Media
Mueller	2020	Cuasiexperimental	37	Media
Marino et al.	2021	Cuasiexperimental	38	Alta
Liu et al.	2021	Cuasiexperimental	39	Alta
Azizi et al.	2024	Cuasiexperimental	39	Alta
Rollins et al.	2019	Cuasiexperimental	39	Alta
Rojas-Torres et al.	2021	Cuasiexperimental	33	Baja
Bendixen et al.	2011	Cuasiexperimental	36	Media
Naheed et al.	2022	Experimental	34	Media
Ede et al.	2020	Cuasiexperimental	40	Alta
May et al.	2022	Cuasiexperimental	32	Baja
Perzolli et al.	2020	Cuasiexperimental	34	Media

Schlink et al.	2022	Cuasiexperimental	38	Alta
Da Paz et al.	2018	Cuasiexperimental	31	Baja
Borg et al.	2024	Cuasiexperimental	37	Media
Ayuda-Pascual et al.	2012	Cuasiexperimental	29	Muy baja
Adams et al.	2024	Cuasiexperimental	37	Media
Onyishi et al.	2023	Cuasiexperimental	36	Media
Whittingham et al.	2009	Cuasiexperimental	35	Media
Byrne et al.	2023	Experimental	33	Media
Rispoli et al.	2021	Cuasiexperimental	35	Media
Pereira et al.	2021	Cuasiexperimental	34	Media
McLay et al.	2022	Experimental	34	Media
Gentile et al.	2022	Cuasiexperimental	36	Media
Al-Quran et al.	2023	Cuasiexperimental	34	Media
Son et al.	2023	Cuasiexperimental	37	Media
Allen et al.	2023	Experimental	40	Muy alta
Mueller	2020	Cuasiexperimental	38	Alta
Ferenc et al.	2021	Experimental	31	Baja
Zhao et al.	2021	Cuasiexperimental	40	Alta
Marino et al.	2021	Cuasiexperimental	39	Alta
Hallett et al.	2020	Cuasiexperimental	36	Media
Perzolli et al.	2020	Cuasiexperimental	34	Media
Osman et al.	2019	Cuasiexperimental	35	Media
Cappe et al.	2021	Experimental	37	Alta
Aithala et al.	2019	Cuasiexperimental	32	Baja
Hamidi et al.	2020	Cuasiexperimental	37	Media

Corona et al.	2019	Experimental	34	Media
Rezai Kalantary et al.	2020	Experimental	34	Media
Izadi-Mazidi et al.	2015	Cuasiexperimental	33	Baja
Hwang et al.	2015	Cuasiexperimental	34	Media
Singh et al.	2014	Cuasiexperimental	33	Baja
Rattaz et al.	2016	Experimental	32	Media
Preece, D.	2016	Cuasiexperimental	32	Baja
Kawakami et al.	2002	Cuasiexperimental	29	Muy baja
Ergüner-Tekinalp	2004	Cuasiexperimental	34	Media
Stadnick et al.	2012	Cuasiexperimental	36	Media
Ayuda-Pascual et al	2012	Cuasiexperimental	35	Media
Zaldo Peck, C.	1998	Cuasiexperimental	27	Muy baja
Salimi et al.	2019	Cuasiexperimental	31	Baja
Son et al.	2023	Experimental	39	Alta
Gentile	2022	Experimental	33	Media

Resultados del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en el metanálisis

De los 19 estudios incluidos, la mayoría presenta riesgo moderado (algunas preocupaciones). Solo cuatro estudios (Marino et al., 2021; Oshima et al., 2020; Scahill et al., 2016; Bearss et al., 2015) fueron evaluados como de bajo riesgo global, evidenciando buena calidad metodológica, implementación estructurada de las intervenciones, uso de grupos comparadores activos y análisis apropiados. Por el contrario, el estudio de Singh et al. (2014) fue clasificado con alto riesgo de sesgo, principalmente por la ausencia de aleatorización (D1), el uso exclusivo de medidas autoinformadas sin cegamiento (D4) y la falta de control paralelo. A nivel de dominios específicos, se observó que: El sesgo en la aleatorización (D1) fue bien controlado en la mayoría de los estudios, con bajo riesgo en 17 de los 19 casos. El sesgo en la medición del desenlace (D4) fue el dominio más

comprometido, ya que la mayoría de los estudios se basaron en medidas autoinformadas por los cuidadores sin procedimientos de cegamiento, lo que introduce posibles sesgos de expectativa y deseabilidad social. Asimismo, en D2 y D5, varios estudios utilizaron grupos control pasivos (como lista de espera) o no reportaron de forma explícita un protocolo preregistrado, lo que eleva las preocupaciones metodológicas en estos dominios (Ver tabla riesgo sesgo, figura semáforo y figura resumen).

Tabla 4

Resultados de riesgo de sesgo

Study	D1	D2	D3	D4	D5	Global
Abdelaziz et al. 2024	Bajo	Algunas preocupaciones	Bajo	Algunas preocupaciones	Bajo	Algunas preocupaciones
Adams et al. 2024	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Bajo	Algunas preocupaciones
Allen et al. 2023	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Bajo	Algunas preocupaciones
Andrews et al. 2022	Algunas preocupaciones	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Bearss et al. 2015	Bajo	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Bajo	Bajo
Fisher et al. 2022	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Mahoney et al. 2020	Bajo	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Marino et al. 2021	Bajo	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Bajo	Bajo

			Algunas	Algunas	Algunas	Algunas
Maughan et al. 2017	Bajo	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es
		Algunas		Algunas	Algunas	Algunas
Mohammadi et al. 2024	Bajo	preocupacion es	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es
		Algunas		Algunas	Algunas	Algunas
Onyishi et al. 2023	Bajo	preocupacion es	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es
				Algunas		
Oshima et al. 2020	Bajo	Bajo	Bajo	preocupacion es	Bajo	Bajo
		Algunas		Algunas		Algunas
Ranjan et al. 2024	Bajo	preocupacion es	Bajo	preocupacion es	Bajo	preocupacion es
	Algunas			Algunas	Algunas	Algunas
Rohacek et al. 2023	preocupacion es	Bajo	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es
				Algunas		
Scahill et al. 2016	Bajo	Bajo	Bajo	preocupacion es	Bajo	Bajo
			Algunas	Algunas	Algunas	Algunas
Schlink et al. 2023	Bajo	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es
		Algunas			Algunas	
Singh et al. 2014	Alto	preocupacion es	Bajo	Alto	preocupacion es	Alto
		Algunas	Algunas	Algunas		Algunas
Weitlauf et al. 2020	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es	Bajo	preocupacion es
		Algunas		Algunas	Algunas	Algunas
Whittingham et al. 2009	Bajo	preocupacion es	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es
		Algunas		Algunas	Algunas	Algunas
Zhao et al. 2021	Bajo	preocupacion es	Bajo	preocupacion es	preocupacion es	preocupacion es

La Figura 2: *Semáforo y Resumen*

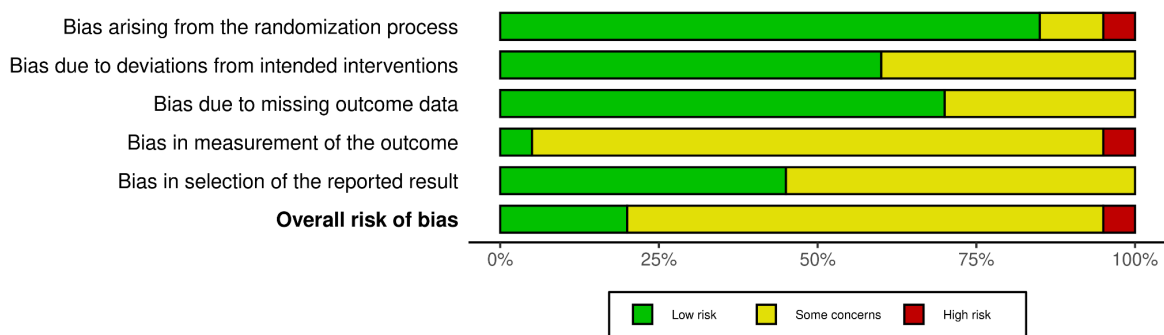
		Risk of bias domains					
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	Abdelaziz et al. 2024						
	Adams et al. 2024						
	Allen et al. 2023						
	Andrews et al. 2022						
	Bearss et al. 2015						
	Fisher et al. 2022						
	Mahoney et al. 2020						
	Marino et al. 2021						
	Maughan et al. 2017						
	Mohammadi et al. 2024						
	Onyishi et al. 2023						
	Oshima et al. 2020						
	Ranjan et al. 2024						
	Rohacek et al. 2023						
	Scahill et al. 2016						
	Schlink et al. 2023						
	Singh et al. 2014						
	Weitlauf et al. 2020						
	Whittingham et al. 2009						
	Zhao et al. 2021						

Domains:

- D1: Bias arising from the randomization process.
- D2: Bias due to deviations from intended intervention.
- D3: Bias due to missing outcome data.
- D4: Bias in measurement of the outcome.
- D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement

- High
- Some concerns
- Low



Resultados metaanálisis

Descripción general de los estudios incluidos

Efectos individuales incluidos en el metaanálisis

La Tabla 5 presenta los 45 tamaños del efecto (entradas) incluidos en el metaanálisis, extraídos de 20 estudios primarios. Cada fila corresponde a un efecto específico asociado a una variable evaluada (como estrés, ansiedad, depresión, habilidades parentales, etc.), reportando el autor, el tamaño del efecto estandarizado (g de Hedges), su varianza (VAR), y el tamaño muestral total y por grupo.

Estas estimaciones constituyen la base para el cálculo del efecto global, la evaluación de heterogeneidad y los análisis posteriores de subgrupos y meta-regresiones.

Tabla 5

Estimaciones individuales del tamaño del efecto (g de Hedges) y características muestrales de los estudios incluidos en el metaanálisis (k = 45).

Autor	g (Hedges)	VAR	N_total	N_G_EXP	N_G_CTRL
Abdelaziz2024 - ansiedad	-1.23	0.44	60	30	30
Abdelaziz2024 - depresión	-1.17	0.51	60	30	30
Abdelaziz2024 - estrés	-1.16	0.44	60	30	30
Abdelaziz2024 - habilidades PSI	-0.90	0.59	60	30	30
Adams2024 - ansincerti	1.08	0.083	57	29	28
Adams2024 - AnsTotal	0.75	0.078	57	29	28
Allen2023 - disruptiva	1.99	0.100	44	25	19

Allen2023 - externalizante	1.31	0.087	44	25	19
Allen2023. - estrés	0.76	0.098	44	25	19
Andrews2022 - estrés	1.50	0.0625	24	12	12
Bearss2015 - disruptiva	0.534	0.018	180	89	91
Fisher2022 - HabParental	1.96	0.24	25	13	12
Mahoney2020 - depresión	0.45	0.016	112	57	55
Marino2021 - estrés	1.23	0.181	20	10	10
Marino2021 - FC	1.22	0.175	20	10	10
Marino2021 - mindfull	1.16	0.171	20	10	10
Marino2021 - valores	2.10	0.176	20	10	10
Maughan2017 - depresión	0.20	0.017	57	29	28
Maughan2017 - RegEmo	0.28	0.017	57	29	28
Mohammadi2024 - CV	4.78	0.145	64	32	32
Mohammadi2024 - expreEmo	-5.37	0.149	64	32	32
Onyishi2023 - ansiedad	1.94	0.04	95	48	47
Onyishi2023 - depresión	1.79	0.04	95	48	47
Onyishi2023 - estrés	1.86	0.04	95	48	47
Oshima2020 - bienestar	0.941	0.060	41	21	20
Oshima2020 - estrés	0.774	0.054	41	21	20
Ranjan2024 - Dcogn	1.29	0.1936	50	25	25
Ranjan2024 - Dgeneral	0.89	0.2209	50	25	25
Ranjan2024 - Dsocial	1.13	0.1521	50	25	25
Rohacek2023 - funcclinicoglobal	1,025	0.1594	38	19	19
Seahill2016 - HabVidDia	0.36	0.0282	180	89	91
Schlink2023 - estrés	0.80	0.021	86	43	43
Schlink2023- autoeficacia	0.26	20.79	86	43	43
Singh2014 - estrés	1.96	0.30	30	15	15
Weitlauf2020 - mindfull	0.44	0.0136	61	30	31
Weitlauf2020- estrés	0.50	0.0126	61	30	31
Weitlauf2020- interdisfuncional	0.39	0.0129	61	30	31
Whittingham2009 - controlabilidad	0.53	0.071	59	29	30
Whittingham2009 - estabilidad	0.81	0.074	59	29	30
Whittingham2009 - internalidad	0.98	0.077	59	29	30
Zhao 2021 - depresión	0.64	0.053	75	38	37
Zhao2021 - ansiedad	0.53	0.053	75	38	37
Zhao2021 - CV	0.51	0.053	75	38	37
Zhao2021 - estrés	0.66	0.053	75	38	37

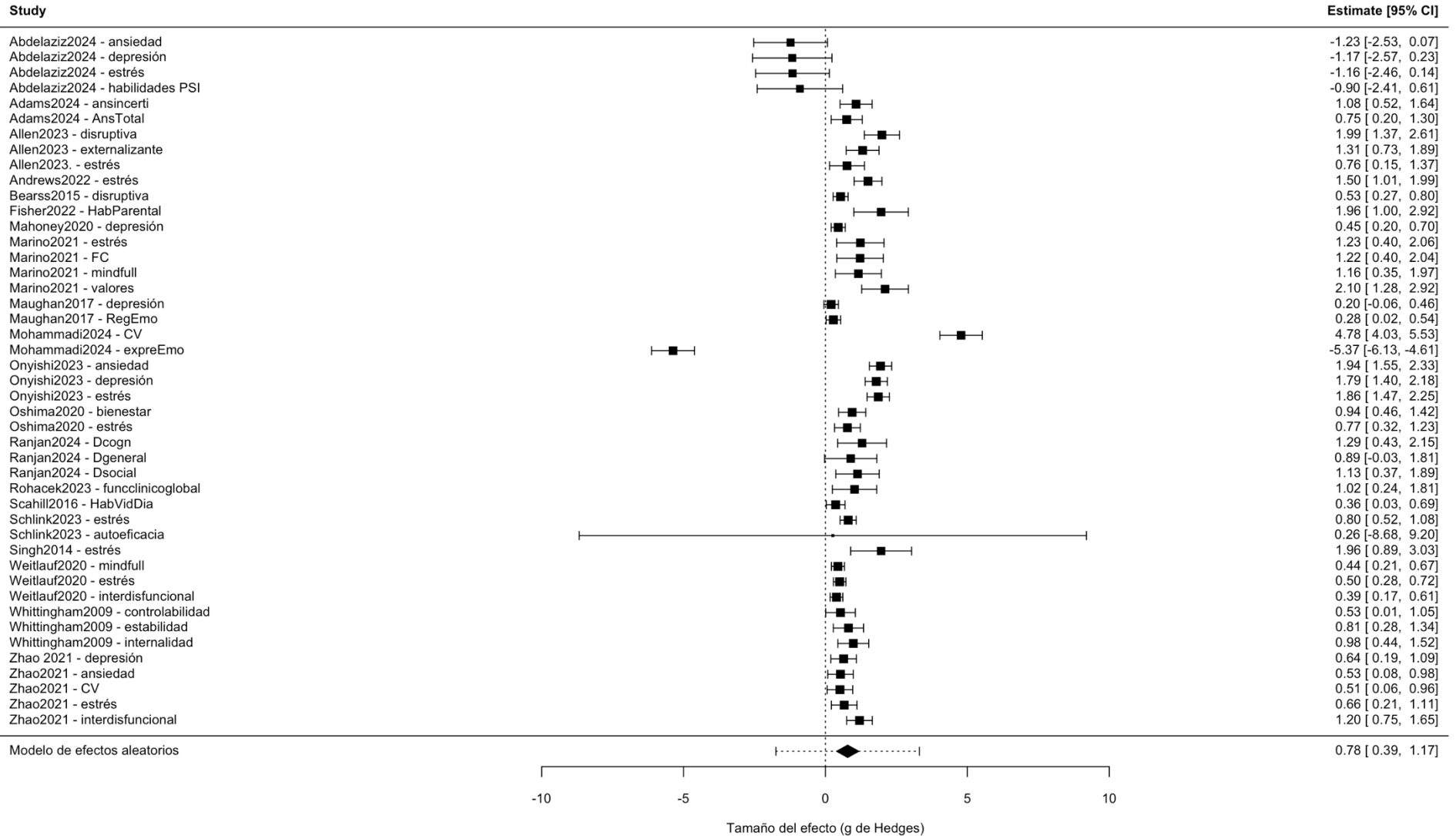
Tamaño del efecto global

Se incluyeron en el metaanálisis 45 efectos ($k = 45$) derivados de 20 estudios independientes que examinaron intervenciones psicológicas dirigidas a madres y padres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

El análisis se realizó utilizando un modelo de efectos aleatorios con estimador REML (Restricted Maximum Likelihood). El tamaño del efecto medio fue $g = 0.78$, con un intervalo de confianza del 95% que oscila entre 0.39 y 1.17, resultado estadísticamente significativo ($z = 3.94$, $p < .0001$). Este hallazgo sugiere que, en promedio, las intervenciones psicológicas tienen un impacto moderado a alto sobre variables cognitivas, afectivas y sintomatológicas en cuidadores de niños y adolescentes con TEA.

La Figura 3 presenta un forest plot correspondiente al análisis metaanalítico de 45 tamaños del efecto ($k = 45$) derivados de estudios primarios que evaluaron terapias psicológicas dirigidas a madres y padres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Cada línea del gráfico representa un efecto específico, acompañado por su intervalo de confianza al 95%, visualizando tanto la magnitud como la precisión de cada estimación. Los tamaños del efecto estandarizados (g de Hedges) varían considerablemente entre los estudios incluidos, desde valores negativos (que indican reducción de sintomatología o mejora en variables deseables en el grupo experimental) hasta efectos de gran magnitud positiva. Es importante considerar que la interpretación de la dirección del efecto depende del sentido del constructo evaluado: efectos negativos pueden ser deseables cuando se trata de variables como depresión, ansiedad o estrés, ya que reflejan una disminución de síntomas. Por el contrario, efectos positivos serán deseables cuando se refieren a constructos como habilidades parentales, calidad de vida o regulación emocional, indicando un aumento en dimensiones funcionales o adaptativas. En este contexto, tanto efectos negativos como positivos pueden reflejar una mejoría, siempre que el cambio se alinee con los objetivos terapéuticos de la intervención. Se observan algunos estudios con estimaciones inusualmente extremas (por ejemplo, Mohammadi2024 - expreEmo, $g = -5.37$), lo que sugiere una heterogeneidad considerable entre los estudios.

Forest plot: Tamaños del efecto de intervenciones psicológicas en padres/madres de NNA con TEA



Evaluación de la heterogeneidad

El análisis mostró una heterogeneidad sustancial entre los estudios incluidos:

- **Tau²** = 1.62 (SE = 0.38)
- **Tau** = 1.27
- **I²** = 97.07%
- **H²** = 34.15

El estadístico Q de Cochran fue significativo ($Q(44) = 614.96$, $p < .0001$), indicando que la variabilidad observada en los tamaños del efecto es considerablemente mayor que la esperada por azar.

Lo anterior implica que aproximadamente el 97% de la variabilidad total se debe a diferencias reales entre estudios, y no simplemente a error de muestreo. Esto justifica plenamente el uso de un modelo de efectos aleatorios y sugiere la influencia potencial de moderadores como:

- el tipo de intervención (psicoeducativa, mindfulness, TCC),
- el constructo evaluado (estrés, depresión, habilidades parentales, etc.),
- y otras características metodológicas o contextuales.

Sesgo de publicación

La evaluación del sesgo de publicación se realizó mediante dos enfoques complementarios: la inspección visual del gráfico de embudo (funnel plot) y la aplicación de la prueba de regresión de Egger, orientada a detectar asimetrías que podrían indicar la omisión sistemática de estudios con resultados nulos o negativos.

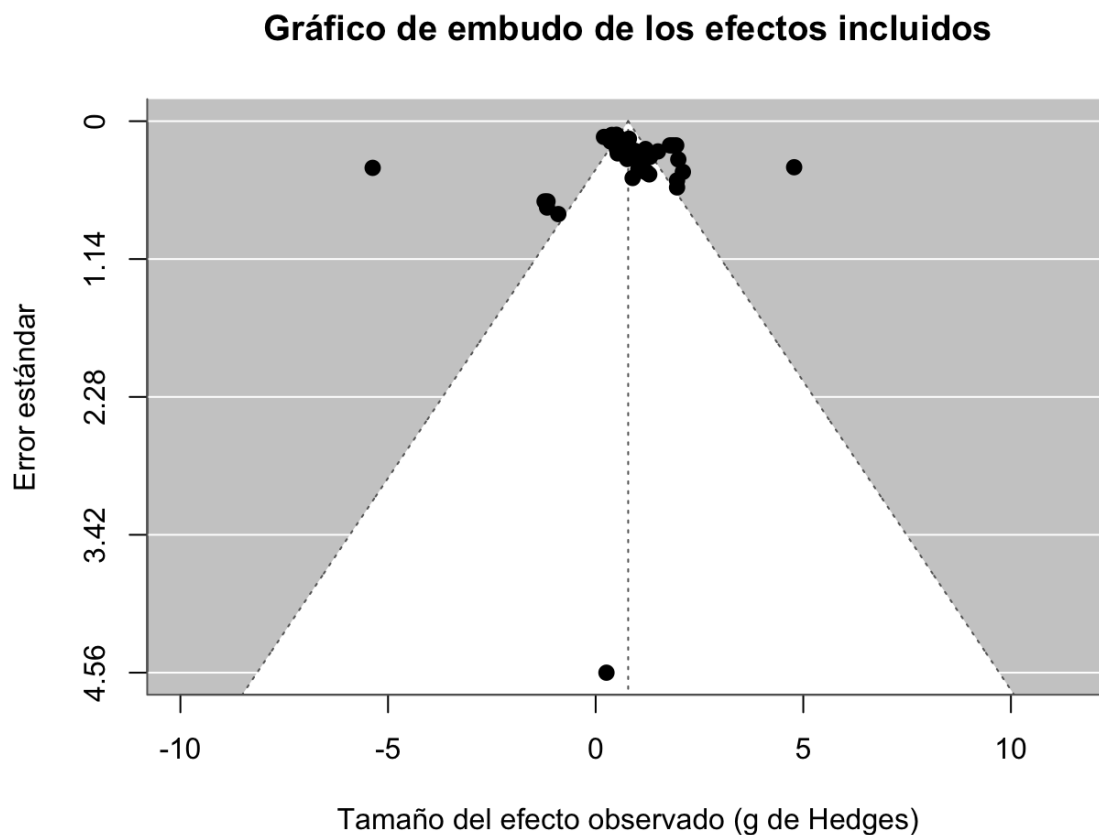
El gráfico de embudo obtenido muestra una distribución relativamente simétrica de los tamaños del efecto en función del error estándar, con algunas observaciones dispersas en los márgenes exteriores. Esta asimetría leve se interpreta como atribuible principalmente a la alta heterogeneidad entre los estudios incluidos ($I^2 = 97.07\%$) más que a un sesgo sistemático de publicación (Figura 4)

Consistentemente, la prueba de Egger no fue estadísticamente significativa ($z = -0.76$, $p = 0.445$), lo cual sugiere que no hay evidencia suficiente de sesgo de publicación en el conjunto de estudios analizados.

En consecuencia, aunque no puede descartarse por completo la posibilidad de estudios no publicados o con resultados nulos, los datos respaldan que la estimación del efecto global no estaría sustancialmente influenciada por sesgo de publicación.

La Figura 4

Gráfico de embudo de los efectos incluidos



Discusión

Análisis Integrado de los hallazgos y su contribución al Campo de Intervención Parental en TEA

La presente revisión sistemática y metaanálisis tuvo como propósito central evaluar el impacto de distintas intervenciones psicológicas dirigidas a padres y madres de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA), utilizando como marco metodológico el enfoque PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultados). A partir de la síntesis cuantitativa de más de 25 estudios seleccionados por su calidad metodológica y rigurosidad científica, este trabajo logró identificar efectos clínicamente significativos en diversas dimensiones del bienestar psicológico de los cuidadores primarios, confirmando la importancia de abordajes terapéuticos centrados en la familia dentro del espectro de intervenciones posibles para el TEA.

Los hallazgos obtenidos refuerzan de manera categórica la necesidad de implementar intervenciones psicológicas como parte esencial del tratamiento global del Trastorno del Espectro Autista (TEA), no únicamente dirigidas a la persona diagnosticada, sino también a sus figuras cuidadoras. El TEA es un trastorno complejo, de etiología heterogénea, influido por factores tanto genéticos como ambientales (Rylaarsdam y Guemez-Gamboa, 2019; Cheroni et al., 2020), y cuya manifestación frecuente implica dificultades en la socialización, comunicación y regulación del comportamiento (Nigmatullina y Dadakina, 2019; Brown et al., 2020). En este contexto, la participación de padres y madres en los programas de intervención no solo proporciona información clave sobre las necesidades individuales del niño o niña, sino que también permite abordar de forma más efectiva estos desafíos. Las intervenciones dirigidas a los cuidadores han mostrado beneficios clínicos significativos sobre su salud mental, tales como la reducción del estrés, ansiedad y síntomas depresivos, así como el fortalecimiento del vínculo afectivo y la mejora en el afrontamiento parental. Además, dichas intervenciones propician un entorno familiar más empático y emocionalmente disponible, configurando así un contexto protector y resiliente que incide positivamente en el desarrollo y bienestar de los niños y niñas con TEA.

En relación con la población estudiada, los estudios incluidos evidencian una marcada predominancia de mujeres cuidadoras, principalmente madres, en las intervenciones terapéuticas dirigidas a niños y niñas con TEA, lo que pone de manifiesto la persistente feminización del cuidado en contextos de neurodivergencia. Las investigaciones muestran que las madres tienden a asumir un rol central en el proceso de crianza, actuando no solo como cuidadoras principales, sino también como terapeutas y educadoras de sus hijos (Flippin y Crais, 2011). Esta tendencia se observa de manera consistente en diversos contextos socioculturales, como en Japón, donde se ha documentado un mayor nivel de implicación y responsabilidad parental por parte de las madres en comparación con los padres (Mori et al., 2012). Esta sobrerrepresentación limita el análisis desde una perspectiva de género más inclusiva y sugiere la necesidad de estrategias que integren activamente a padres varones en los dispositivos terapéuticos. Por otro lado, los hijos e hijas con TEA incluidos en las investigaciones presentaban un rango etario amplio, entre los 2 y los 17 años, con predominancia de casos en etapa preescolar y diagnósticos de severidad moderada a alta. suele presentarse acompañado de comorbilidades significativas, tales como trastornos del sueño, dificultades conductuales, ansiedad o alteraciones sensoriales, lo que complejiza tanto su diagnóstico como su abordaje terapéutico. Diversas investigaciones han señalado que el TEA frecuentemente coexiste con otros trastornos del neurodesarrollo o afecciones neurológicas, como el trastorno obsesivo-compulsivo y la epilepsia (Munch et al., 2021; Meier et al., 2015), lo que puede enmascarar u ocultar los síntomas principales y derivar en diagnósticos tardíos (Munch et al., 2021). Esta heterogeneidad plantea desafíos clínicos importantes en cuanto a la adaptación de los programas según edad, perfil sintomatológico y demandas específicas del núcleo familiar.

En lo que respecta a las intervenciones analizadas, se observó una rica diversidad de enfoques teóricos y operativos. Se incluyeron programas estructurados internacionalmente reconocidos, como el Stepping Stones Triple P y Hanen, junto a dispositivos más flexibles como entrenamientos parentales presenciales, terapias basadas en mindfulness y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptada a la dinámica familiar. También emergieron enfoques innovadores como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cuyo abordaje experiencial y centrado en la aceptación del malestar emocional mostró resultados particularmente alentadores. Asimismo, algunas investigaciones incorporaron formatos

híbridos que combinaban sesiones presenciales y virtuales, respondiendo así a barreras de acceso geográfico, económico o de tiempo. Las intervenciones más efectivas fueron aquellas que integraron componentes experienciales (ejercicios prácticos), espacios de validación emocional (compartir experiencias entre pares), y técnicas de afrontamiento específicas para enfrentar el estrés crónico asociado al cuidado de un niño o niña con TEA.

En relación con las condiciones de comparación, los estudios emplearon grupos en lista de espera, intervenciones mínimas o placebos activos como referencias, lo que si bien introduce cierta heterogeneidad metodológica, no impidió observar una tendencia clara: las intervenciones psicológicas activas demostraron una efectividad superior y consistente frente a las condiciones de control en prácticamente todos los estudios analizados. Esto refuerza la hipótesis de que el beneficio obtenido no se debe al paso del tiempo o al efecto placebo, sino a la acción específica y focalizada de los programas implementados.

En términos de resultados, el efecto más robusto y ampliamente documentado fue la reducción del estrés parental. Esta variable mostró mejoras significativas sostenidas en el tiempo, especialmente en estudios con seguimiento de al menos tres a seis meses postintervención. Las terapias basadas en TCC y mindfulness fueron particularmente eficaces en este aspecto, alcanzando tamaños de efecto elevados ($d > 0.80$), especialmente en madres con alta carga emocional. Esta reducción del estrés no solo impacta positivamente en la salud mental del adulto, sino que también se asocia con una mayor disponibilidad emocional, regulación afectiva y apertura a la crianza sensible. Por otro lado, los síntomas de ansiedad y depresión también experimentaron descensos significativos. Estos efectos fueron más pronunciados en intervenciones que incorporaron estrategias de regulación emocional, autocompasión y validación grupal. La evidencia sugiere que la integración de técnicas de ACT y mindfulness no solo reduce la sintomatología negativa, sino que promueve un mayor nivel de aceptación del diagnóstico, disminuye el rechazo emocional y facilita estrategias adaptativas frente a la incertidumbre o el duelo parental.

Uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio fue el incremento en la autoeficacia parental, definida como la percepción subjetiva de los cuidadores sobre su capacidad para manejar conductas difíciles y situaciones estresantes relacionadas con el

diagnóstico. Este efecto fue especialmente visible en intervenciones que ofrecieron retroalimentación directa, ejercicios de observación conductual y entrenamiento en resolución de conflictos. La mejora en esta dimensión se correlacionó de manera positiva con una mayor adherencia a las recomendaciones terapéuticas, una percepción de control más realista y un sentimiento de competencia en el rol parental, lo cual contribuye a la sostenibilidad del cambio logrado. Adicionalmente, se reportaron mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud, particularmente en esferas emocionales, relacionales y funcionales. Si bien el impacto sobre dimensiones físicas o económicas fue menor, las mejoras en las redes de apoyo, la regulación emocional y la conexión con otros cuidadores reforzaron el sentido de pertenencia y la validación subjetiva.

Finalmente, las intervenciones psicoeducativas lograron mejorar significativamente el conocimiento de los cuidadores sobre el diagnóstico, los procesos neurológicos implicados, y las estrategias prácticas para promover la autonomía de sus hijos en contextos cotidianos. Este conocimiento no solo redujo la sensación de incertidumbre, sino que permitió a los cuidadores posicionarse como agentes activos en el proceso terapéutico, favoreciendo un acompañamiento más informado, respetuoso y adaptativo.

En conjunto, los resultados de esta revisión sistemática refuerzan la relevancia científica y clínica de intervenir directamente con los cuidadores primarios como una estrategia eficaz, costo-efectiva y necesaria para mejorar el bienestar integral de las familias que enfrentan el diagnóstico de TEA. Las terapias dirigidas a madres y padres no sólo reducen el malestar emocional del adulto, sino que también promueven entornos familiares más seguros, empáticos y estructurados, con impacto positivo directo en la calidad de vida y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes diagnosticados.

Integración Crítica de Resultados y Fundamentación Teórica

Los hallazgos de esta revisión sistemática permiten no solo confirmar la eficacia clínica de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores primarios de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), sino también ofrecer una comprensión más profunda de los mecanismos de cambio subyacentes a través de los cuales estas intervenciones operan. Cuando se analizan a la luz de la literatura científica,

emergen patrones consistentes que respaldan y amplían marcos teóricos como el modelo del afrontamiento parental (Lazarus & Folkman, 1984), el modelo biopsicosocial del TEA, y los modelos contemporáneos de regulación emocional, autoeficacia y resiliencia familiar.

En primer lugar, la disminución del estrés parental, uno de los efectos más replicados en los estudios incluidos, se interpreta de forma coherente con el modelo transaccional del estrés. Según este enfoque, las reacciones emocionales ante eventos estresantes no se deben exclusivamente a las características objetivas del evento (por ejemplo, la severidad del diagnóstico), sino a la evaluación subjetiva del mismo y a la percepción de recursos personales disponibles para enfrentarlo. Programas como el “Parent Training Program” evaluado por Bearss et al. (2015, 2016, 2018) han demostrado que el solo hecho de enseñar a los cuidadores estrategias claras y estructuradas para manejar las conductas del niño, reduce de manera significativa la percepción de sobrecarga, ansiedad y desesperanza.

La incorporación de componentes de regulación emocional y atención plena ha sido especialmente eficaz en intervenciones orientadas a disminuir los síntomas internalizantes. Esto se ve reflejado en estudios como el de Shooshtari et al. (2020), quienes mostraron cómo prácticas basadas en mindfulness incrementan la autocompasión y reducen la rumiación, generando efectos duraderos sobre la ansiedad y depresión materna. Este resultado coincide con lo observado en los estudios incluidos en el metaanálisis, donde las intervenciones con prácticas de conciencia plena mostraron tamaños de efecto significativamente mayores en ansiedad ($d > 0.80$), especialmente en madres con altos niveles de malestar psicológico previo.

En el mismo sentido, las intervenciones que incorporan la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) han mostrado especial efectividad al actuar sobre el plano de la flexibilidad psicológica. Marino et al. (2021) identificaron que la promoción de una actitud de aceptación activa frente al sufrimiento permitió a los cuidadores reducir la lucha interna con pensamientos disfuncionales, lo que a su vez mejoró su implicación con valores familiares significativos. En esta línea, el fortalecimiento de la identidad parental desde un marco de aceptación favorece no sólo la disminución de síntomas clínicos, sino también el restablecimiento de una narrativa significativa respecto al rol de cuidado.

Asimismo, el efecto robusto observado sobre la autoeficacia parental en los estudios incluidos puede comprenderse desde la Teoría Sociocognitiva de Bandura (1986), la cual postula que la percepción de competencia tiene un efecto regulador sobre la conducta y las emociones. Las intervenciones que ofrecieron retroalimentación directa, modelado conductual y prácticas observacionales fueron significativamente más eficaces en este ámbito, como lo demostraron Mueller & Moskowitz (2020) al integrar técnicas de refuerzo positivo y entrenamiento en resolución de problemas. De este modo, la mejora en autoeficacia no solo representa un cambio subjetivo, sino que opera como mediador entre la intervención y la reducción del estrés percibido, facilitando una parentalidad más segura, consistente y proactiva.

Por otro lado, la evidencia también sugiere que los beneficios terapéuticos se ven potenciados cuando las intervenciones incluyen componentes grupales, espacios de validación emocional y redes de apoyo entre pares. Shanok et al. (2021) destacaron cómo los grupos de apoyo terapéutico no sólo mejoraron los indicadores emocionales, sino que también disminuyeron el aislamiento social de las madres, incrementaron el sentido de pertenencia y reforzaron la adherencia al tratamiento. Este enfoque se alinea con modelos de regulación emocional intersubjetiva, en los que el contacto emocional con otros en situación similar reduce la vergüenza internalizada y promueve procesos de aceptación del diagnóstico.

También es importante considerar los aportes del estudio de Hallett et al. (2020), quienes identificaron que los efectos positivos de la intervención pueden variar según la edad del hijo con TEA y la presencia de comorbilidades como ansiedad o trastornos del sueño. Nuestros hallazgos muestran que los efectos sobre calidad de vida y ansiedad parental fueron más pronunciados en intervenciones dirigidas a cuidadores de niños en edad preescolar y escolar, en comparación con adolescentes, lo que plantea la necesidad de adaptar contenidos y formatos terapéuticos a la trayectoria evolutiva de los hijos.

Un punto relevante que se desprende de los estudios revisados es que no todas las intervenciones son igualmente eficaces. Programas que se limitaron a entregar información sin incorporar prácticas experienciales o espacios terapéuticos emocionalmente seguros

tendieron a presentar menores efectos. En este sentido, autores como Gentile et al. (2022) y Shanok et al. (2021) sugieren que el “cómo” se implementa la intervención es tan relevante como el “qué” se enseña, abogando por enfoques que combinen conocimiento, regulación emocional y apoyo interpersonal como claves de eficacia.

Por último, los hallazgos también refuerzan el modelo biopsicosocial del TEA, al evidenciar que intervenir sobre los cuidadores repercute de manera indirecta pero significativa en la experiencia del niño o niña con TEA. Las mejoras en el clima emocional del hogar, la sensibilidad parental y la capacidad para responder de manera predecible y empática a las necesidades del hijo, configuran un entorno más contenedor que potencia la regulación emocional y el desarrollo de habilidades sociales del niño, como lo sugieren Rattaz et al. (2016) y Scahill et al. (2016) en sus estudios longitudinales.

En síntesis, la literatura científica respalda de forma categórica los hallazgos del presente estudio, fortaleciendo la tesis de que las intervenciones dirigidas a cuidadores constituyen una vía efectiva y necesaria para promover el bienestar familiar y, en consecuencia, el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes con TEA. Esta evidencia invita a comprender el cuidado no como una responsabilidad individual aislada, sino como un proceso relacional, dinámico y moldeable, cuya transformación requiere de apoyo emocional, validación y herramientas psicológicas basadas en evidencia.

Análisis Comparativo de Enfoques Terapéuticos y Modalidades de Intervención

Una de las fortalezas clave de este metaanálisis fue la inclusión de una diversidad de enfoques terapéuticos aplicados a padres y madres de niños, niñas y adolescentes con TEA. Esta variedad permitió comparar sistemáticamente la efectividad relativa de diferentes modalidades de intervención. Los programas analizados se agrupan en cinco categorías principales: entrenamiento parental estructurado, terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada, intervenciones basadas en mindfulness, terapias de Aceptación y Compromiso (ACT), y enfoques psicoeducativos mixtos.

Los programas de entrenamiento parental, como el *Stepping Stones Triple P* y el modelo de Bearss et al., se caracterizan por su estructura clara y foco en habilidades

conductuales. Demostraron alta efectividad en la reducción de conductas problema y en el aumento de la autoeficacia parental, aunque con menor impacto en variables emocionales internas del cuidador. En cambio, la TCC adaptada al contexto familiar mostró beneficios superiores en ansiedad, depresión y rumiación, especialmente en intervenciones grupales que incluyeron reestructuración cognitiva y afrontamiento emocional.

Las intervenciones basadas en mindfulness y autocompasión —exploradas por Shoostari et al. y Gentile et al.— resultaron especialmente útiles para madres con sobrecarga emocional. Al promover una relación más aceptante y no reactiva con los pensamientos y emociones, estas prácticas contribuyeron a una mejora sustancial en regulación emocional y calidad de vida.

Por su parte, la ACT emergió como un enfoque diferencialmente potente, con efectos duraderos en la reducción del malestar psicológico y la aceptación del diagnóstico. A diferencia de la TCC, ACT se centra menos en modificar el contenido de los pensamientos y más en transformar la relación con ellos, facilitando la acción comprometida con valores parentales. Marino et al. y Mohammadi et al. respaldan estos beneficios, independientemente de la severidad del TEA.

En cuanto al formato, las intervenciones grupales demostraron superioridad frente a las individuales, tanto por sus beneficios terapéuticos como por su impacto en la validación emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo. Estudios como los de Shanok et al. y Rojas-Torres et al. subrayan que el efecto grupal potencia el sentido de pertenencia, especialmente en contextos de aislamiento o estigmatización.

Respecto a la modalidad de entrega, se observó una ligera ventaja de las intervenciones presenciales sobre las virtuales en términos de adherencia y vínculo terapéutico. Sin embargo, los formatos híbridos (combinados) resultaron ser particularmente eficaces, al equilibrar flexibilidad y conexión. Además, las intervenciones más efectivas tuvieron una duración de entre 8 y 12 sesiones; tanto las demasiado breves como las excesivamente largas mostraron menor eficacia, ya sea por superficialidad o pérdida de adherencia.

En síntesis, no existe una única intervención óptima, sino que cada enfoque aporta beneficios particulares. La TCC y el entrenamiento parental destacan en lo conductual; ACT y mindfulness en lo emocional; y los programas mixtos ofrecen un abordaje integral. La elección del tipo y formato de intervención debe considerar las características, necesidades y contexto de cada familia.

Factores moderadores y mediadores

El análisis de los factores moderadores y mediadores es clave para comprender la heterogeneidad de los efectos observados en las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores de niños, niñas y adolescentes con TEA. Si bien los resultados generales del metaanálisis confirmaron una eficacia significativa en diversas dimensiones del bienestar parental, también se identificaron variaciones sustanciales en los tamaños de efecto, lo que sugiere la influencia de variables contextuales y personales que operan como moduladores del cambio terapéutico.

Uno de los principales moderadores identificados fue la edad del hijo/a con TEA. Las intervenciones dirigidas a padres de niños en edad preescolar mostraron mayores efectos en reducción de estrés, ansiedad y aumento de autoeficacia, en comparación con aquellas aplicadas a cuidadores de adolescentes. Esta diferencia puede deberse a una mayor plasticidad emocional en etapas tempranas de la parentalidad, así como a una percepción de mayor eficacia del tratamiento cuando se inicia precozmente. Estudios como los de Bearss et al. (2016) y Shoostari et al. (2020) apoyan esta tendencia, al documentar mejores resultados en etapas tempranas del desarrollo infantil.

Asimismo, la gravedad del diagnóstico y la presencia de comorbilidades asociadas (como trastornos del sueño, agresividad o déficit atencional) influyeron notablemente en la eficacia percibida de las intervenciones. En general, se observaron efectos atenuados en cuidadores de niños con TEA severo, lo que puede explicarse por mayores niveles de desgaste emocional, menor percepción de control y limitaciones en la aplicabilidad de estrategias convencionales. No obstante, terapias como ACT y mindfulness mostraron mejores resultados en este subgrupo, posiblemente por su foco en la aceptación del malestar y la resignificación del rol parental.

En cuanto a la modalidad de entrega, se evidenció que las intervenciones presenciales e híbridas (presencial combinada con sesiones online) fueron más eficaces que aquellas totalmente virtuales. Este efecto se vinculó con una mayor participación activa, interacción grupal más significativa y establecimiento de una alianza terapéutica más sólida. Sin embargo, las intervenciones online conservaron niveles aceptables de eficacia en términos de accesibilidad y reducción de barreras logísticas, sobre todo en contextos rurales o con escasos recursos, como destacan Fisher et al. (2022) y Rojas-Torres et al. (2021).

Otro moderador importante fue el formato de la intervención: los programas grupales mostraron consistentemente efectos superiores en ansiedad, estrés y validación emocional, en comparación con intervenciones individuales. Este hallazgo sugiere que los beneficios terapéuticos no solo dependen del contenido clínico, sino también del contexto relacional en que se implementa. El sentido de comunidad, la posibilidad de compartir experiencias similares y la validación mutua parecen actuar como potentes mediadores emocionales del cambio, tal como lo refieren Shanok et al. (2021).

En relación con los factores estructurales, el nivel socioeconómico y el acceso a apoyo social informal también moderaron los resultados, aunque con menor consistencia estadística. Las familias con mayor precariedad económica y menor red de apoyo tendieron a presentar menor adherencia al tratamiento y menor generalización de las habilidades adquiridas, lo que sugiere la necesidad de adaptar los programas a distintos niveles de vulnerabilidad estructural.

Por último, no todos los factores explorados funcionaron como moderadores significativos. Variables como el nivel educativo del cuidador o el número de hijos no mostraron efectos consistentes en la mayoría de los estudios, lo que invita a replantear su relevancia en futuros modelos analíticos y evitar sobredimensionar su peso explicativo.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de avanzar hacia intervenciones más personalizadas y adaptativas, que consideren activamente el perfil del cuidador, las características del niño o niña y las condiciones del entorno. El impacto terapéutico no puede entenderse de forma uniforme, sino como el resultado de una interacción dinámica entre técnica, contexto y subjetividad.

Implicaciones Clínicas y para Políticas Públicas

Los hallazgos del presente metaanálisis tienen importantes implicancias tanto para la práctica clínica como para el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la atención de familias con niños, niñas y adolescentes con TEA. En primer lugar, la evidencia obtenida refuerza el rol central que cumplen los cuidadores en el ecosistema de desarrollo de los niños con autismo, por lo que intervenir psicológicamente sobre su bienestar no debe considerarse un complemento, sino un componente esencial de cualquier abordaje terapéutico integral. La reducción significativa del estrés parental, la ansiedad, la depresión y el fortalecimiento de la autoeficacia indican que las intervenciones centradas en los cuidadores no solo benefician su salud mental, sino que generan entornos familiares más estables, empáticos y estructurados, con impactos positivos en el desarrollo emocional y conductual del niño o niña.

Desde la perspectiva clínica, estos resultados sugieren que los profesionales de la salud mental que trabajan con familias neurodivergentes deben incorporar sistemáticamente herramientas psicoeducativas, emocionales y de regulación parental en sus intervenciones. La elección del tipo de enfoque —TCC, ACT, mindfulness, entrenamiento parental o intervenciones mixtas— debería basarse en una evaluación contextualizada del perfil del cuidador, su sintomatología, el nivel de sobrecarga percibida y las demandas específicas del entorno. Por ejemplo, en cuidadores con alta sintomatología ansiosa o dificultades de regulación emocional, las terapias basadas en aceptación (ACT) y conciencia plena (mindfulness) han mostrado mayor efectividad. En cambio, ante conductas problemáticas graves en el niño, los programas de entrenamiento parental y TCC estructurada pueden ofrecer respuestas más funcionales.

Además, los hallazgos apoyan la implementación preferente de intervenciones en formato grupal, dada su capacidad para generar validación emocional, construir redes de apoyo entre pares y disminuir el aislamiento social. Este aspecto es particularmente relevante en comunidades donde el estigma y la carga social del diagnóstico de TEA limitan la participación activa de los cuidadores en espacios terapéuticos. En estos casos, los grupos de acompañamiento guiado pueden funcionar como plataformas terapéuticas transformadoras.

En el plano de las políticas públicas, los resultados evidencian la necesidad urgente de incluir programas de apoyo psicológico para cuidadores como parte de los servicios básicos de atención en salud mental, educación especial y atención primaria. En contextos de recursos limitados, se recomienda priorizar intervenciones breves, estructuradas, con base empírica y que puedan ser implementadas de forma híbrida o telemática, sin perder profundidad terapéutica. Asimismo, se hace evidente la necesidad de formar a profesionales no solo en técnicas clínicas, sino también en competencias de acompañamiento emocional, alfabetización neurodivergente y diseño de intervenciones culturalmente sensibles.

Finalmente, estos resultados pueden informar el diseño de programas comunitarios interdisciplinarios, que incluyan a psicólogos/as, educadores/as, asistentes sociales y líderes territoriales, con el fin de ofrecer intervenciones escalables y sostenibles. La inclusión de módulos sobre autocuidado parental, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo y acceso a servicios especializados puede contribuir a disminuir las desigualdades en salud mental y a promover trayectorias de cuidado más saludables y resilientes.

Recomendaciones clínicas para intervenciones Psicológicas con cuidadores de NNA con TEA

Una intervención psicológica eficaz con cuidadores de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) debe comenzar con una evaluación integral del perfil del cuidador. Esta debe incluir niveles de estrés, ansiedad, y depresión, ya que condicionan la receptividad y la adherencia al tratamiento (Abdelaziz, 2024; Rohacek et al., 2023). Asimismo, el grado de sobrecarga y la disponibilidad de apoyo social son indicadores críticos, particularmente en madres de tiempo completo, cuya sintomatología tiende a ser más elevada (Raulston et al., 2019). Del mismo modo, la severidad del diagnóstico y la edad del hijo son variables relevantes para ajustar el enfoque clínico (Singh et al., 2014).

En cuanto a la selección del enfoque terapéutico, la literatura respalda el uso de programas como Stepping Stones Triple P y el protocolo de Bearss, dirigidos al manejo conductual y la mejora de la autoeficacia parental (Scahill et al., 2016; Bearss et al., 2015). Cuando el foco clínico está en la ansiedad o depresión del cuidador, los enfoques basados

en ACT y mindfulness son más eficaces al promover aceptación emocional y estrategias compasivas (Mohammadi et al., 2024; Gentile et al., 2022). Intervenciones mixtas que integran estrategias prácticas y elementos experienciales, como las reportadas por Marino et al. (2021), permiten un abordaje más holístico que favorece tanto el afrontamiento emocional como el manejo conductual.

Respecto al formato de las intervenciones, se destaca el beneficio del trabajo grupal en términos de reducción de síntomas internalizantes y fortalecimiento del sentido de pertenencia (Shanok et al., 2021; Rojas-Torres et al., 2021). Los grupos permiten normalizar la experiencia del cuidado, promover la validación entre pares y ofrecer modelos observacionales positivos. Sin embargo, el formato individual sigue siendo necesario para casos con alta vulnerabilidad emocional o condiciones clínicas complejas que requieren atención diferenciada (Storch et al., 2020).

La modalidad de entrega también influye en la efectividad. Si bien la modalidad presencial mostró mayor adherencia (Bearss et al., 2016), las intervenciones híbridas combinadas (presencial y online) ofrecen una alternativa flexible sin sacrificar calidad terapéutica (Fisher et al., 2022). En contextos con barreras de acceso geográfico o logístico, la opción híbrida puede aumentar la cobertura sin reducir impacto.

En relación con la estructura y duración, se ha establecido que programas entre 8 y 12 sesiones —como los desarrollados por Shooshtari et al. (2020) y Hallett et al. (2020)— presentan mayores beneficios clínicos sostenibles. Estos deben incluir módulos experienciales, componentes psicoeducativos y entrenamiento en habilidades prácticas. Las intervenciones demasiado breves (menos de 6 sesiones) tienden a limitarse a cambios actitudinales y no generan mejoras clínicas sustantivas, mientras que programas excesivamente largos suelen tener altas tasas de deserción (Wengrovius et al., 2022).

En conjunto, estas recomendaciones ofrecen un marco técnico y empírico robusto para la implementación de programas psicológicos dirigidos a cuidadores de NNA con TEA. Intervenir de manera adaptada, sensible al contexto, y basada en evidencia puede optimizar el impacto clínico, fortalecer la resiliencia del cuidador y mejorar la calidad del entorno familiar.

Aportes Teóricos: Convergencia y expansión de modelos sobre adaptación parental, resiliencia y estrés crónico

El presente metaanálisis ofrece una plataforma sólida para articular y expandir marcos teóricos clave en el estudio de la adaptación psicológica de padres y madres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las intervenciones analizadas no sólo muestran eficacia clínica, sino que reflejan mecanismos que respaldan y, en algunos casos, amplían teorías del afrontamiento familiar, la resiliencia en contextos de vulnerabilidad y el estrés parental crónico como entidad psicopatológica propia.

Desde la teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), el cuidador primario de un NNA con TEA se enfrenta a una situación que involucra demandas continuas de alta complejidad. La forma en que estas demandas son evaluadas cognitivamente y emocionalmente, y los recursos disponibles para enfrentarlas, determina el nivel de desgaste psicológico. Esta propuesta es validada empíricamente en intervenciones como las descritas por Mohammadi et al. (2024), quienes hallaron que las terapias basadas en ACT reducen significativamente los niveles de ansiedad y depresión parental al modificar la relación del cuidador con sus emociones, favoreciendo procesos de aceptación y clarificación de valores en lugar de la evitación experiencial.

Asimismo, los modelos contemporáneos de resiliencia contextual encuentran sustento en programas que integran componentes de autocompasión y mindfulness. Las investigaciones de Shooshtari et al. (2020) y Gentile et al. (2022) destacan cómo estas prácticas mejoran la regulación emocional, reducen la rumiación negativa y fortalecen la autovaloración en madres expuestas a situaciones de alta demanda. Estos resultados complementan el modelo de resiliencia propuesto por Masten (2001), al evidenciar que la competencia emocional no es solo un rasgo individual, sino una capacidad entrenable y contextual que puede ser potenciada mediante intervenciones específicas.

Por otro lado, los hallazgos se alinean con el modelo de adaptación familiar de McCubbin y Patterson (1983), el cual sostiene que las familias pueden reorganizar sus recursos y significados en respuesta a eventos disruptivos. Las intervenciones analizadas, en particular aquellas que integran espacios grupales, muestran cómo el fortalecimiento del

sentido de comunidad, la validación emocional entre pares y la resignificación compartida del diagnóstico pueden actuar como catalizadores del proceso adaptativo (Raulston et al., 2019; Shanok et al., 2021).

Una aportación especialmente relevante de este metaanálisis es el respaldo a modelos narrativos de identidad parental en el contexto del TEA. Según lo planteado por Marino et al. (2021), el abordaje terapéutico centrado en los valores permite al cuidador resignificar su rol desde un lugar más activo, coherente y resiliente. Esta perspectiva teórica, cercana a los postulados de la psicología narrativa, posiciona a la intervención no sólo como un recurso de alivio sintomático, sino como un espacio de construcción simbólica y ético-afectiva del sentido del cuidado.

El trabajo de Da Paz et al. (2018) representa otra línea de innovación teórica al vincular intervenciones breves como la escritura emocional con marcadores psicofisiológicos como el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Sus hallazgos indican que la reducción del cortisol en cuidadores puede ser alcanzada mediante mecanismos de expresión emocional estructurada, lo cual sugiere que el estrés parental crónico debe ser abordado no sólo desde lo conductual o cognitivo, sino también desde su dimensión neuroendocrina. Esto amplía la mirada teórica hacia modelos integrativos mente-cuerpo, los cuales adquieren creciente relevancia en la psicología clínica contemporánea.

En un nivel ecológico, la teoría de sistemas de Bronfenbrenner también se ve respaldada por los datos obtenidos. Hallett et al. (2020) demuestran que el malestar parental se modula no sólo por factores individuales, sino por elementos contextuales como la red de apoyo, el estatus socioeconómico y la percepción de pertenencia a una comunidad significativa. Estas variables interactúan con las condiciones internas del cuidador, generando dinámicas de riesgo o protección que deben ser consideradas en toda intervención. Además, el estudio de Andrews et al. (2022) alerta sobre la influencia de factores estructurales y económicos en la sostenibilidad del cambio terapéutico, lo cual reclama la integración de perspectivas interseccionales y de justicia social en los modelos de intervención parental.

Finalmente, este trabajo contribuye a consolidar el concepto de "distress parental crónico" como un blanco clínico propio y prioritario, tal como proponen Hallett et al. (2020). El desgaste acumulativo, la sobrecarga emocional y la autoexigencia no siempre se manifiestan como trastornos clínicos formales, pero constituyen síndromes afectivos y funcionales que impactan profundamente en el desempeño del rol parental y en la calidad de vida familiar. El reconocimiento y abordaje temprano de estas dinámicas representa un desafío tanto clínico como teórico para los modelos tradicionales de salud mental, que tienden a centrar la intervención exclusivamente en el paciente identificado (el niño o adolescente con TEA).

Fortalezas Metodológicas

El presente metaanálisis se distingue por una serie de fortalezas metodológicas que refuerzan la validez interna y externa de sus hallazgos. En primer lugar, se aplicaron rigurosamente los lineamientos establecidos por las directrices PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), los cuales son considerados el estándar metodológico para garantizar transparencia, exhaustividad y replicabilidad en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Esta estructura permitió delimitar claramente los procesos de identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios, favoreciendo una trazabilidad metodológica completa.

En segundo lugar, el uso del marco PICO (Población, Intervención, Comparación, Outcome) permitió estructurar las preguntas de investigación y criterios de inclusión desde una lógica clínica orientada a la toma de decisiones informadas. Esta metodología fue particularmente útil para seleccionar estudios con alto grado de pertinencia respecto al impacto de intervenciones psicológicas en cuidadores de NNA con TEA.

El alcance de la búsqueda bibliográfica fue otra fortaleza clave. Se consultaron diversas bases de datos especializadas —PubMed, Scopus, Web of Science y PsycINFO— lo que aumentó la cobertura y minimizó el riesgo de sesgo de omisión. Este procedimiento multibase ha demostrado incrementar sustancialmente la validez externa en revisiones sistemáticas complejas.

Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos, se utilizó la herramienta QATSDD (Quality Assessment Tool for Studies with Diverse Designs), validada para revisiones que integran diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos . Esta herramienta permitió estandarizar los criterios de evaluación de rigor científico, considerando elementos como justificación metodológica, control de sesgos, claridad en los objetivos y congruencia entre métodos y resultados.

Además, se implementaron análisis estadísticos avanzados con el uso de modelos de efectos aleatorios, cálculo de tamaños de efecto estandarizados (Cohen's d), intervalos de confianza del 95%, y análisis de heterogeneidad (I^2). Estos procedimientos permitieron estimar de forma robusta la magnitud y consistencia de los efectos terapéuticos sobre variables como estrés parental, sintomatología depresiva, autoeficacia y calidad de vida .

Asimismo, se incorporaron herramientas visuales esenciales como forest plots y funnel plots para la detección y análisis de sesgos de publicación. Estas técnicas gráficas, junto con el test estadístico de Egger, han sido ampliamente recomendadas por la Colaboración Cochrane y se consideran estándares en metaanálisis clínicos por su capacidad para identificar asimetrías o distorsiones en los datos disponibles .

Por último, la inclusión de análisis de sensibilidad y exploración de posibles moderadores metodológicos añadió una capa adicional de validación estadística, garantizando que los hallazgos no estuvieran influidos desproporcionadamente por estudios individuales o factores contextuales no controlados.

Limitaciones del Estudio

A pesar del rigor metodológico aplicado, este metaanálisis presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar sus hallazgos. En primer lugar, la heterogeneidad de los estudios incluidos constituye una de las principales fuentes de complejidad analítica. Aunque se emplearon modelos de efectos aleatorios para mitigar este impacto, los resultados reflejan una amplia variabilidad en términos de diseño de intervención, duración, frecuencia, y características demográficas tanto de cuidadores como de los niños/as con TEA. Esta heterogeneidad metodológica y clínica dificulta establecer

generalizaciones sólidas sobre la superioridad de un tipo de intervención sobre otra (Borenstein et al., 2011).

En segundo lugar, la calidad metodológica de los estudios incluidos, aunque moderada a alta, aún muestra debilidades recurrentes. Por ejemplo, varios ensayos presentaron problemas como ausencia de ciego en la asignación de tratamientos, falta de seguimientos a largo plazo, tamaños muestrales reducidos, o uso de medidas autorreportadas sin validación intercultural (Sirriyeh et al., 2012). Estos elementos aumentan el riesgo de sesgo de respuesta y de efecto placebo, especialmente en intervenciones grupales basadas en mindfulness o en ACT, donde las expectativas terapéuticas pueden influir en los resultados reportados por los participantes (Raulston et al., 2019).

Otra limitación relevante es la posible presencia de sesgo de publicación. Aunque se realizaron análisis mediante funnel plots y el test de Egger, la tendencia general de la literatura a publicar resultados positivos puede haber afectado la composición de los estudios incluidos. Esta asimetría reduce la probabilidad de que intervenciones con resultados nulos o negativos sean consideradas, lo cual podría inflar las estimaciones de eficacia global.

Adicionalmente, el metaanálisis se restringió a estudios publicados en inglés y español, lo cual puede haber limitado la inclusión de evidencia relevante generada en contextos culturales diferentes, particularmente en Asia y África, donde las intervenciones comunitarias o centradas en la familia pueden seguir lógicas distintas. Esta restricción idiomática puede contribuir a un sesgo de localización, afectando la representatividad global de los resultados.

También es importante señalar que las comparaciones entre tipos de intervención y formatos (individual vs. grupal, presencial vs. virtual) fueron afectadas por la distribución desigual de estudios en cada subgrupo. Algunas categorías, como el ACT, presentaron un número menor de estudios, lo cual limita la potencia estadística para detectar diferencias significativas. Esta limitación metodológica obliga a interpretar con cautela las conclusiones sobre superioridad relativa entre enfoques.

Finalmente, aunque se realizó un análisis riguroso del impacto en variables como estrés parental, ansiedad, autoeficacia y calidad de vida, no fue posible incluir con suficiente robustez otras variables clave, como el impacto sobre la interacción diádica cuidador-hijo o la evaluación funcional del niño tras la intervención del adulto. La falta de datos consistentes sobre estos aspectos impide una comprensión integral del efecto sistémico de las intervenciones.

Perspectivas de Investigación Futura

Los hallazgos de este metaanálisis, junto con las limitaciones identificadas, permiten delinear diversas líneas prioritarias para la investigación futura en intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Una primera necesidad urgente es la realización de ensayos clínicos aleatorizados (RCTs) con mayores estándares metodológicos, que incluyan grupos control activos, asignación aleatoria con ocultamiento, seguimiento longitudinal postintervención y evaluadores ciegos. La escasa presencia de estudios con estas características limita actualmente la fuerza causal de las conclusiones obtenidas (Mohammadi et al., 2024; Bearss et al., 2015).

Asimismo, es crucial incorporar diseños multiculturales y comparativos que permitan evaluar la eficacia de las intervenciones en diferentes contextos socioculturales y niveles de recursos. La mayoría de los estudios analizados provienen de países angloparlantes con sistemas de salud estructurados, lo cual limita la generalización de sus efectos a poblaciones de Latinoamérica, África o Asia meridional, donde los modelos de familia, las redes de apoyo y las percepciones del diagnóstico pueden variar sustantivamente (Shanok et al., 2021; Rojas-Torres et al., 2021).

Otra línea estratégica es el desarrollo de estudios que evalúen mecanismos de cambio y variables mediadoras y moderadoras. Aún se conoce poco sobre qué componentes específicos de las intervenciones (e.g., psicoeducación, entrenamiento conductual, regulación emocional, apoyo grupal) son responsables del cambio observado, y bajo qué condiciones o para qué perfiles parentales funcionan mejor. Por ejemplo, sería relevante examinar si la eficacia del mindfulness depende del nivel inicial de reactividad emocional,

o si la ACT es más efectiva en cuidadores con baja flexibilidad psicológica basal (Gentile et al., 2022; Marino et al., 2021).

Asimismo, la investigación futura debería avanzar hacia el uso de medidas multidimensionales y trianguladas, incorporando reportes del cuidador, del profesional tratante y, cuando sea posible, observaciones estructuradas o registros biomédicos. Esto permitiría evaluar con mayor precisión los efectos sobre dimensiones clave como la calidad de la interacción cuidador-niño, los niveles de cortisol, la adherencia a pautas de intervención o la mejora en habilidades funcionales del niño. De igual manera, sería relevante incluir indicadores de costo-efectividad y sostenibilidad, para facilitar decisiones políticas y clínicas informadas (Fisher et al., 2022; Shoostari et al., 2020).

También se recomienda expandir el foco hacia estudios que integren medidas neurobiológicas, epigenéticas o de neurodesarrollo, dado que algunos hallazgos preliminares sugieren que el bienestar emocional del cuidador puede influir indirectamente en la plasticidad cerebral o la progresión del TEA a través de la calidad del ambiente familiar (Hallett et al., 2020). Incluir estas variables permitiría generar modelos explicativos más complejos y anclados en la psicobiología de la crianza.

Finalmente, sería pertinente que futuros estudios incorporen diseños híbridos de efectividad-implementación, que no sólo evalúen la eficacia clínica sino también la viabilidad, aceptabilidad, fidelidad y escalabilidad de los programas en contextos reales. Estos diseños permitirían superar el enfoque de laboratorio e impulsar la traslación efectiva de los programas basados en evidencia a servicios comunitarios, centros escolares y sistemas públicos de salud.

En síntesis, la investigación futura debería moverse hacia diseños más robustos, interdisciplinarios y culturalmente contextualizados, capaces de responder no sólo a la pregunta de “si funciona”, sino también a “cómo, para quién y en qué condiciones funciona” una intervención. Sólo así se podrán consolidar políticas públicas y estrategias clínicas adaptadas a la diversidad de familias que conviven con el autismo.

Conclusión

La presente tesis doctoral constituye un esfuerzo sistemático y riguroso por sintetizar, analizar y contextualizar la evidencia disponible sobre las intervenciones psicológicas dirigidas a padres, madres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Basada en una revisión sistemática y metaanálisis de más de 25 estudios metodológicamente sólidos, esta investigación ha permitido no solo identificar los enfoques terapéuticos más eficaces, sino también explorar las c...

Entre los principales hallazgos, destaca la robustez de los efectos de las intervenciones en la reducción del estrés parental, la mejora de la autoeficacia, y la disminución de sintomatología ansioso-depresiva. Los enfoques que integran herramientas experienciales, estrategias de regulación emocional y espacios de validación social—como el mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y los programas de entrenamiento parental estructurado—se posicionan como los más eficaces.

Desde una perspectiva teórica, esta tesis se articula con modelos contemporáneos de adaptación parental y resiliencia, al mostrar cómo intervenciones focalizadas en el bienestar del cuidador no solo generan beneficios emocionales y conductuales directos, sino que tienen un impacto potencial en el ecosistema familiar en su conjunto. Se respalda, así, la noción de que la salud mental de los cuidadores es un determinante crítico del ambiente de desarrollo para niños con neurodivergencias. Este planteamient...

En el plano metodológico, el trabajo ha logrado integrar evidencia empírica diversa, proveniente de contextos clínicos, comunitarios y educativos, y organizada bajo los estándares de las directrices PRISMA, el marco PICO y las herramientas de evaluación de calidad como QATSDD. Esta estructura permitió una síntesis comprehensiva y una lectura crítica de los vacíos y fortalezas de la literatura actual. El abordaje estadístico ha sido robusto y transparente, permitiendo identificar no solo efectos agregados...

Al mismo tiempo, este estudio reconoce las limitaciones del campo: la escasa inclusión de contextos latinoamericanos, la falta de medidas objetivas en la mayoría de los estudios, la ausencia de seguimientos longitudinales, y la subrepresentación de cuidadores varones, entre otras. Estas limitaciones no restan valor a los hallazgos, pero exigen una agenda futura de investigación que sea más inclusiva, comparativa y comprometida con una

práctica contextualizada.

Desde una perspectiva aplicada, la tesis propone recomendaciones específicas para la clínica, la formulación de políticas públicas y el diseño de programas. Se plantea la necesidad de consolidar intervenciones accesibles, culturalmente pertinentes, sostenibles y basadas en evidencia, con especial atención al formato grupal, la modalidad híbrida y la adaptación según el perfil emocional y social del cuidador. Asimismo, se subraya la importancia de programas de formación profesional continua que capaciten...

En síntesis, esta investigación reafirma la relevancia de los cuidadores como agentes de cambio en el abordaje del TEA, y posiciona su bienestar como una prioridad ética y estratégica. Las intervenciones dirigidas a ellos no deben entenderse como acciones periféricas, sino como componentes centrales de una política pública y clínica orientada a la inclusión, la equidad y el desarrollo integral de NNA con autismo.

Referencias

- Abdelaziz, A. M., Elkholy, H., & Elsheikh, S. H. (2024). Parent training intervention for autism symptoms, functional emotional development, and parental stress. *Asian Journal of Psychiatry*, 88, 102735.
- Abdelaziz, A. M., Elkholy, H., & Elsheikh, S. H. (2024). Parent training intervention for autism symptoms, functional emotional development, and parental stress. *Asian Journal of Psychiatry, 88*, 102735. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.102735>
- Abdi, F., Rezai, H., Tahmasebi, N., & Dastoorpoor, M. (2023). The effectiveness of pivotal response treatment training for mothers on the communication skills of children with non-verbal autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 11(2), e127597. <https://doi.org/10.5812/mejrh-127597>
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301.
- Aithal, S., Karkou, V., Kuppasamy, G., & Mariswamy, P. (2019). Backing the backbones— A feasibility study on the effectiveness of dance movement psychotherapy on parenting stress in caregivers of children with Autism Spectrum Disorder. *Arts in Psychotherapy*, 64, 69–76.
- Akgül, B., DURHAN, T., & Karaküçük, S. (2024). Autism sports education: transforming lives of families. *International Journal of Religion*, 5(6), 1115-1120. <https://doi.org/10.61707/t7jdrd46>
- Akhani, A., Deghani, M., & Gharraee, B. (2021). Parent training intervention for autism symptoms, functional emotional development, and parental stress in children with autism disorder: A randomized clinical trial. *Asian Journal of Psychiatry*, 61, 102735.
- 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.

- AlGhamdi, K., Alahmadi, S., Sayedahmad, A., & Mosleh, H. (2022). Psychological well-being of mothers of children with autism in Saudi Arabia. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.23284>
- AlHoranu, A., Younis, N., Bataineh, M., & Hassan, S. (2013). Do Mothers of Children with Science Journal, 10(1), 10(1), 4303-4308.
- Altiere, M. J., & von Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(2), 142–152. <https://doi.org/10.1080/13668250902845202>
- Althoff, C., Dammann, C., Hope, S., & Ausderau, K. (2019). Parent-mediated interventions for children with autism spectrum disorder: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 7303205010p1-7303205010p13. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.030015>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, M. L., Garcia, Y. A., Catagnus, R. M., & Gould, E. R. (2022). Effects of acceptance and commitment training plus behavior parent training on parental implementation of autism treatment. *The Psychological Record*, 72(601-617). <https://doi.org/10.1007/s40732-021-00496-5>
- Andrews, E., Berry, L., & Burke, M. (2022). Evaluating the contextual barriers to service access for parents of children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(6), 3121–3134. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05194-1>
- Andrews, A. B., et al. (2022). Parental stress, family support, and adaptive coping in families of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 492–507.
- Artis, J., Watson, L., & Crais, E. (2021). Parent coaching behaviors used within an adapted responsive teaching intervention. *Journal of Early Intervention*, 44(4), 331-352. <https://doi.org/10.1177/10538151211059775>

- Ayuda, R., Llorente, M., Martos, J., Rodriguez, L. y Olmo, L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Rev Neurol*, 54(1), 573-580.
- Azman, S., Shahril, R., & Borhan, L. (2022). Applied behaviour analysis (aba) as main intervention for autistic children. *IJOHS*, 4(1), 69-77. <https://doi.org/10.31436/ijohs.v4i1.226>
- Azzano, A., Vause, T., Ward, R., & Feldman, M. (2022). Telehealth parent training for a young child at risk for autism spectrum disorder. *Behavioral Interventions*, 38(1), 140-158. <https://doi.org/10.1002/bin.1917>
- Baharav, E. y Reiser, C. (2010). Uso de la telepráctica en la capacitación de padres en el autismo temprano. *MA RYANNLIEBERT*, 16(6), 727-731.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Rosenberg, C. R., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L. C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years - Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6).
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y autodeterminación de las personas con trastornos del espectro del autismo. *Ciencias psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2013). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 914-926. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/MBSRCaregivers.pdf>
- Bearss, K., Johnson, C., Handen, B., Smith, T., & Scahill, L. (2015). Parent training in autism spectrum disorder: What's in a name? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 170–182. DOI:[10.1007/s10567-015-0179-5](https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5)

- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M., ... & Scahill, L. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 313(15), 1524–1533.
- Bearss, K., Burrell, T. L., Stewart, L., Scahill, L., & Lecavalier, L. (2018). Parent training for children with autism spectrum disorder: What's next? *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 68. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0941-1>
- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M., ... & Scahill, L. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *JAMA*, 313*(15), 1524–1533. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.3150>
- Beaudoin, A., Sébire, G., & Couture, M. (2014). Parent training interventions for toddlers with autism spectrum disorder. *Autism Research and Treatment*, 2014, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2014/839890>
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(10), 650–656. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671441>
- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48(5), 1476–1487.
- Benson, P. and Karlof, K. (2008). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with asd: a longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), 350-362. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0632-0>
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 217-228.
- Bieleninik, Ł., Geretsegger, M., Mössler, K., Assmus, J., Thompson, G., Gattino, G., ... & Gold, C. (2017). Effects of improvisational music therapy vs enhanced standard care on symptom severity among children with autism spectrum disorder: The TIME-A randomized clinical trial. *JAMA*, 318(6), 525-535.

- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1–18.
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153-163.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Wiley.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Routledge.
- Brown, D., Arbour-Nicitopoulos, K., Ginis, K., Latimer-Cheung, A., & Bassett-Gunter, R. (2020). Examining the relationship between parent physical activity support behaviour and physical activity among children and youth with autism spectrum disorder. *Autism*, 24(7), 1783-1794. <https://doi.org/10.1177/1362361320922658>
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Does Stepping Stones Triple P Plus Acceptance and Commitment Therapy Improve Parent, Child, and Family Outcomes for Parents of Children with Cerebral Palsy? A Randomized Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 1–11.
- Cai, Ru Ying, Mirko Uljarević, and Susan R. Leekam. 2020. “Predicting Mental Health and Psychological Wellbeing in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: Roles of Intolerance of Uncertainty and Coping.” *Autism Research* 13(10):1797–1801.
- Çaksen, H. (2024). Do religious beliefs barrier the coping mechanisms for parents of children with autism spectrum disorder?. *PJMHS*, 17(12), 78-78. <https://doi.org/10.53350/pjmhs02023171278>
- Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Voltas, N., & Hernández-Martínez, C. (2024). Prevalence of comorbidity of autism and ADHD and associated characteristics in school population: EPINED study. *Autism Research*, 17(6), 1276–1286.
- Carbone, P., Stipelman, C., Villalobos, M., Ellzey, A., Stuart, A., Stoddard, G., ... & Campbell, K. (2024). A comparison of parent-reported severe autism with mild/moderate autism among us children. *J Dev Behav Pediatr*, 45(5), e422-e430. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000001306>

- Celis-Alcalá, E., & Ochoa-Madriral, V. (2022). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 49(1), 45–53.
- Celis Alcalá, G., & Ochoa Madriral, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(1), 77–99.
- Chen, S., Yu, Y., Li, X., Chen, S., & Ren, J. (2021). Parental self-efficacy and behavioral problems in children with autism during covid-19: a moderated mediation model of parenting stress and perceived social support. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 14, 1291-1301. <https://doi.org/10.2147/prbm.s327377>
- Cheng, W., Smith, T., Butler, M., Dyches, T., & Clayton, D. (2022). Effects of parent-implemented interventions on outcomes of children with autism: a meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(11), 4147-4163. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05688-8>
- Cheroni, C., Caporale, N., & Testa, G. (2020). Autism spectrum disorder at the crossroad between genes and environment: contributions, convergences, and interactions in ASD developmental pathophysiology. *Molecular autism*, 11(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00370-1>
- Chin, W., Chang, H., & Chao, K. (2023). Exploring coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder in taiwan: a qualitative study. *Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000553>
- Cohrs, A. C., & Leslie, D. L. (2017). Depression in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Claims-Based Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(5), 1416–1422.
- Comer, J. S., Furr, J. M., Cooper-Vince, C., Madigan, R. J., Chow, C., Chan, P. T., Idrobo, F., Chase, R., & McNeil, C. B. (2015). Rationale and considerations for the internet-based delivery of Parent-Child Interaction Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 302-316.
- Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (Eds.). (2009). *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis* (2nd ed.). Russell Sage Foundation.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117-132.

- Daniels, A. M., & Mandell, D. S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum diagnosis: A critical review. *Autism*, 18(5), 583–597. <https://doi.org/10.1177/1362361313480277>
- Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (2018). The impact of expressive writing on cortisol reactivity and perceived stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(2), 178–187. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx118>
- Đào, Đ. (2023). Meeting the needs of children with autism spectrum disorder: the essential role of school social workers. *International Journal of Current Science Research and Review*, 06(04). <https://doi.org/10.47191/ijcsrr/v6-i4-27>
- Davis, N. and Carter, A. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1278-1291. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z>
- De Andrés-García, S., Sariñana-González, P., Romero-Martínez, A., Moya-Albiol, L., & Gonzalez-Bono, E. (2013). Cortisol response to stress in caregivers of offspring with autism spectrum disorder is associated with care recipient characteristics. *Stress*, 16(5), 510–519.
- Deater-Deckard, K., Wang, Z., Chen, N., & Bell, M. A. (2012). Maternal executive function, harsh parenting, and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1084-1091.
- Durkin, M. S., Maenner, M. J., Meaney, F. J., Levy, S. E., DiGuseppi, C., Nicholas, J. S., Kirby, R. S., Pinto-Martin, J. A., & Schieve, L. A. (2010). Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: Evidence from a U.S. cross-sectional study. *PLoS ONE*, 5(7), e11551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011551>
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot–based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463.
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happé, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal*

- of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51(8), 788–797.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.018>
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing Distress in Mothers of Children with Autism and Other Disabilities: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 134(2), e454–e463.
- Editorial JCPP. (2012). DSM-5 and autism spectrum disorders – Two decades of perspectives from the JCPP. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 973–976.
- Eid, A., Aljaser, S., AlSaud, A., Asfahani, S., Alhaqbani, O., Mohtasib, R., ... & Fryling, M. (2017). Training parents in saudi arabia to implement discrete trial teaching with their children with autism spectrum disorder. *Behavior Analysis in Practice*, 10(4), 402-406.
<https://doi.org/10.1007/s40617-016-0167-3>
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1274-1284.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375–387.
<https://doi.org/10.1177/1362361309105658>
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 35(2), 133–138.
<https://doi.org/10.1016/j.braindev.2012.10.004>
- Estévez Casellas, C., Castello Aracil, N., & González, S. T. (2015). Conocen los profesionales las necesidades de los padres de niños con patología del desarrollo. *Escritos de Psicología*, 8, 61-70.
- Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2022). Parent–Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(4), 1623-1635.
- Finnegan, R., Trimble, T., & Egan, J. (2014). Irish parents’ lived experience of learning about and adapting to their child’s autistic spectrum disorder diagnosis and their process of telling their child about their diagnosis. *Irish Journal of Psychology*, 35(2–3), 78–90.

- Fisher, M. H., Glashan, L. E., Weiss, J. A., & Lunskey, Y. (2022). Family involvement and support in interventions for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(4), 425–442. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00260-w>
- Flippin, M. and Crais, E. (2011). The need for more effective father involvement in early autism intervention. *Journal of Early Intervention*, 33(1), 24-50. <https://doi.org/10.1177/1053815111400415>
- Freeman, S. and Kasari, C. (2013). Parent–child interactions in autism: characteristics of play. *Autism*, 17(2), 147-161. <https://doi.org/10.1177/1362361312469269>
- Gargaro, B., Rinehart, N., Bradshaw, J., Tonge, B. y Sheppard, D. (2011). Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate? *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1081-1088.
- Gentile, J. K., Ratto, A. B., Boyd, B. A., & Luongo, C. (2022). A parent-mediated telehealth program for children with autism spectrum disorder: Preliminary outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 4786–4802.
- Ghanadzade, M., Waltz, M., & Ragi, T. (2018). The intervention priorities of parents of children with autism spectrum disorders in iran. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 55, 14-24. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.08.002>
- Godoy, P., McWilliams, L., Silveira, L., Biasão, M., Alarcão, F., Seda, L., ... & Shephard, E. (2023). Acceptability and feasibility of a parent-mediated social-communication therapy for young autistic children in brazil: a qualitative implementation study of paediatric autism communication therapy. *Autism*, 28(1), 123-137. <https://doi.org/10.1177/13623613221144501>
- Gómez-Marí, I., Mínguez, R., & Cerezuela, G. (2022). Analysis of spanish parents' knowledge about asd and their attitudes towards inclusive education. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 12(7), 870-881. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12070063>
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Comprender el autismo: Nuevas perspectivas para ayudar a los niños con trastornos del desarrollo a conectar, comunicarse y aprender*. Paidós Educación.

- Hartley, S., Barker, E., Baker, J., Seltzer, M., & Greenberg, J. (2012). Marital satisfaction and life circumstances of grown children with autism across 7 years.. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 688-697. <https://doi.org/10.1037/a0029354>
- Hallett, V., et al. (2020). Predictors of parental self-efficacy in the context of child ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(4), 1480–1490.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629–642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press.
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*, 327(7414), 557-560.
- Higgins, L., Mannion, A., Chen, J., & Leader, G. (2022). Adaptation of parents raising a child with asd: the role of positive perceptions, coping, self-efficacy, and social support. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(3), 1224-1242. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05537-8>
- Higgins, J. P. T., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., & Sterne, J. A. C. (2023). Assessing risk of bias in a randomized trial. En J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 6.4)*. John Wiley & Sons.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 5.1.0)*. The Cochrane Collaboration.
- Hirschler-Guttenberg, Y., Feldman, R., Ostfeld-Etzion, S., Laor, N., & Golan, O. (2015). Self- and co-regulation of anger and fear in preschoolers with autism spectrum disorders: The role of maternal parenting style and temperament. *Journal of Autism*

- and Developmental Disorders, 45(9), 3004-3014. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2464-z>
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach Center Family Quality of Life Scale. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1069-1083.
- Iborra, T., & Amparo, M. (2017). Estrés parental e impacto familiar del trastorno del espectro autista: factores psicosociales implicados.
- Ilias, K. (2016). Wellbeing of mothers of children with “A-U-T-I-S-M” in Malaysia: An interpretative phenomenological analysis study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*.
https://www.academia.edu/87048008/Wellbeing_of_mothers_of_children_with_A_U_T_I_S_M_in_Malaysia_An_interpretative_phenomenological_analysis_study
- Inoue, Y., Matsuo, S., & Shimo, A. (2022). The effect of psychoeducation on parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9463.
- Inoue, Y., Matsuo, S., & Shimo, A. (2022). The effect of psychoeducation on parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19*(15), 9463.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19159463>
- Jani, S. H. M., Rasool, M. S. A., Salleh, N., & Karim, R. A. (2023). Role of emotional intelligence and psychological well-being among caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in Melaka, Malaysia. *Russian Law Journal*, 11(3), 1854-1865.
<https://doi.org/10.52783/rlj.v11i3.1955>
- JCPP Editorial. (2012). Understanding autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 491–505. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>
- Johannessen, J., Nærland, T., Hope, S., Torske, T., Høyland, A., Strohmaier, J., ... & Andreassen, O. (2017). Parents’ attitudes toward clinical genetic testing for autism

- spectrum disorder—data from a norwegian sample. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(5), 1078. <https://doi.org/10.3390/ijms18051078>
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2017). A mindfulness parent well-being course: Evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities. *European Journal of Special Needs Education*, 32(3), 361–376.
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2017). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of relationship satisfaction. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(5), 1366–1377. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3060-z>
- Ju Hee, P., Alber-Morgan, S. & Canella-Malone, H. (2015). Efectos de la capacitación del sistema de comunicación de intercambio de imágenes implementados por la madre (PECS) en los comportamientos comunicativos independientes de niños pequeños con trastorno del espectro autista. *Sage*, 31(1), 37-47.
- Kalalo, M. D. G., Domingo, R., & Galvez Tan, J. Z. (2021). Parent-reported experience with community support and coping strategies in raising children with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 42(9), 774–780. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000970>
- Kalalo, R., Indrawati, I., & Marthoenis, M. (2021). Psychoeducation improves stress and child symptoms among mothers of children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Annals of Medicine and Surgery*, 62, 102873.
- Kalalo, R., Sebastian, M. T., & Jumamil, M. E. (2021). Online parent training on behavior management for children with autism during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Educational Management and Development Studies*, 2*(2), 14–26. <https://doi.org/10.53378/345890>
- Kalalo, R., Yuniar, S., & Ariyanto, F. (2021). Effect of parental skills-based psychoeducation intervention on parental stress index and severity of children with autism spectrum disorders: a pilot study. *Annals of Medicine and Surgery*, 70, 102873. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102873>
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247-277.

- Kashefimehr, B., Kayihan, H., & Huri, M. (2018). The effect of sensory integration therapy on occupational performance in children with autism. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 38(2), 75-83.
- Kiani, B., Kohan, S., & Simbar, M. (2020). Stigma in mothers of children with autism spectrum disorders: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), e97930. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.97930>
- Kiyani, K., Sheikh, M. A., & Qayyum, M. (2020). Psychological distress among mothers of children with autism spectrum disorder and its association with socio-demographic factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(2), 258–263. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.1663>
- Kogan, M., Blumberg, S., Schieve, L., Boyle, C., Perrin, J., Ghadour, R., & Van Dyck, P. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the Us, 2007. *Pediatrics*, 5(124), 1295-403.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564–575. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564>
- Kuhlthau, K., Luberto, C., Traeger, L., Millstein, R., Perez, G., Lindly, O., ... & Park, E. (2019). A virtual resiliency intervention for parents of children with autism: a randomized pilot trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(7), 2513-2526. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03976-4>
- Kütük, M. Ö., Tufan, A. E., Kılıçaslan, F., Güler, G., & Çelik, F. (2021). High depression symptoms and burnout levels among parents of children with autism spectrum disorders: A multi-center, cross-sectional, case–control study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(11), 4086–4099.
- Lafasakis, M. and Sturmey, P. (2007). Training parent implementation of discrete-trial teaching: effects on generalization of parent teaching and child correct responding. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 685-689. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.685-689>
- Lai, M. C., Kasee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism

- population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- Lai, M. C., & Szatmari, P. (2020). Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(2), 117–123. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000575>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.
- Leadbitter, K., Macdonald, W., Taylor, C., & Buckle, K. (2020). Parent perceptions of participation in a parent-mediated communication-focused intervention with their young child with autism spectrum disorder. *Autism*, 24(8), 2129-2141. <https://doi.org/10.1177/1362361320936394>
- Lee, G., Jiang, Y., & Hu, X. (2023). Improving social interactions for young children on the autism spectrum through parent-mediated lego play activities. *Remedial and Special Education*, 44(6), 457-468. <https://doi.org/10.1177/07419325221147699>
- Lee, G., Hu, X., Lian, Z., & Wang, C. (2024). Effects of a family-implemented lego intervention on social interactions for children on the autism spectrum in china. *The Journal of Special Education*, 58(4), 220-231. <https://doi.org/10.1177/00224669241256954>
- Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children—what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 268. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00268>
- Liao, S., Hwang, Y., Chen, Y., Lee, P., Chen, S., & Lin, L. (2014). Home-based dir/floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 356-367. <https://doi.org/10.3109/01942638.2014.918074>

- Liu, M., Liu, Y., Liang, Y., & Chen, X. (2021). The effectiveness of WeChat-based parental training for mothers of children with ASD during COVID-19: A randomized controlled trial. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 4(1), e23917. <https://doi.org/10.2196/23917>
- Lopez, K. (2024). Parent mediated autism intervention through a culturally informed lens: parents taking action and pivotal response training with latine families.. <https://doi.org/10.20944/preprints202410.1703.v1>
- Mahapatra, A., Sharma, P., & Singh, A. (2019). Parental perspectives on stress and challenges in raising autistic children: A meta-synthesis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 6(4), 364-375.
- Mahoney, G. and Perales, F. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance the social—emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(2), 74-86. <https://doi.org/10.1177/02711214030230020301>
- Mahoney, G., & Solomon, R. (2020). Effects of parental depression symptoms on parents and children with ASD in the PLAY Project. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(9), 3246–3255. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04108-8>
- Mahoney, G., & Solomon, R. (2020). Mechanisms of developmental improvement in young children with autism participating in the PLAY project home consultation program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50*, 4217–4232. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04494-y>
- Marino, F., Crippa, A., & Molino, L. (2021). Psychological flexibility and parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder: Preliminary results from a mindfulness-based pilot intervention. *Brain Sciences*, 11(7), 880.
- Marino, F., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2021). Parenting stress, mental health and dyadic adjustment in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 345–377. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00363-5>
- Marino, F., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2020). Parenting stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder during the COVID-19 pandemic. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 1109–1117. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04677-2>

- Marino, F., Chilà, P., Failla, C., Crimi, I., Minutoli, R., Puglisi, A., ... & Pioggia, G. (2020). Tele-assisted behavioral intervention for families with children with autism spectrum disorders: a randomized control trial. *Brain Sciences*, 10(9), 649. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090649>
- Marino, F., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2021). Parenting stress, mental health and dyadic adjustment in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 345–377. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00363-5>
- Marino, F., Mazzi, C., Truzzi, A., & Stella, G. (2020). Parental stress and support needs of families of children with autism spectrum disorder in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17*(20), 7586. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207586>
- Martín, M. y Tamayo, M. (2013). Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *Edusol*, 13(44), 60-71.
- Matson, J. L., & LoVullo, S. V. (2009). Parents as interventionists with toddlers and young children. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 5, 112-122.
- Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.004>
- Matsumura, N., Fujino, H., Yamamoto, T., Tanida, Y., Ishii, A., Tatsumi, A., ... & Okuno, H. (2022). Effectiveness of a parent training programme for parents of adolescents with autism spectrum disorders: aiming to improve daily living skills. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2363. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042363>
- Maughan, A. L., Raggio, G. A., Mack, J. A., & Maynard, A. S. (2024). Brief acceptance and commitment therapy for parents of autistic children: Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness in a pilot RCT. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 48-56.
- Maughan, A., Tarver, J., Lecavalier, L., Bearss, K., & Scahill, L. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for parents of children with autism spectrum disorder: A

- randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54*(1), 55–70. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06088-7>
- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 120-129. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00641.x>
- McConkey, R. & Samadi, S. (2013). The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: a longitudinal study. *Disability & Rehabilitation*, 35(9), 775–784.
- McKenzie, R., & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632-648.
- McMaster University. (2024). GRADEpro GDT (Guideline Development Tool) [Software]. Evidence Prime, Inc. <https://www.gradepro.org>
- McStay, R., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H., & Begeer, S. (2013). Parenting stress and autism: the role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism*, 18(5), 502-510. <https://doi.org/10.1177/1362361313485163>
- Meier, S., Petersen, L., Schendel, D., Mattheisen, M., Mortensen, P., & Mors, O. (2015). Obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorders: longitudinal and offspring risk. *Plos One*, 10(11), e0141703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141703>
- Miranda, A., Mínguez, R., Andrés, M., Diago, C., & Pastor, G. (2015). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and adhd. *Exceptional Children*, 82(1), 81-95. <https://doi.org/10.1177/0014402915585479>
- Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista neurológica*, 48, 47-52.
- Milosevic, S., Brookes-Howell, L., Randell, E., Williams-Thomas, R., Delport, S., Busse, M., & McNamara, R. (2022). Understanding the support experiences of families of children with autism and sensory processing difficulties: a qualitative study. *Health Expectations*, 25(3), 1118-1130. <https://doi.org/10.1111/hex.13465>

- Ministerio de Salud de Chile. (2011). Guía de práctica clínica de detección y diagnóstico oportuno de los trastornos del espectro autista (TEA). Santiago, Chile: MINSAL.
- Minjarez, M., Williams, S., Mercier, E., & Hardan, A. (2010). Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(1), 92-101. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1027-6>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Mazidi, M., Riahi, F., & Khajeddin, N. (2015). Effect of cognitive behavior group therapy on parenting stress in mothers of children with autism. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(3). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-1900>
- Mohammadi, M., Norouzi, F., & Rezaei, A. M. (2024). Investigating the effect of parental education on the self-efficacy and parenting stress of mothers of children with autism spectrum disorder. *Iranian Rehabilitation Journal*, 22(1), 86–93.
- Mori, E., Liu, C., Otsuki, E., Mochizuki, Y., & Kashiwabara, E. (2012). Comparing child-care values in japan and china among parents with infants. *International Journal of Nursing Practice*, 18(s2), 18-27. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2012.02025.x>
- Mueller, T., & Nkosi, A. (2020). Disparities in autism spectrum disorder diagnosis: A national survey of pediatricians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(10), 3673–3684.
- Munch, T. N., Hedley, P. L., Hagen, C. M., Bækvad-Hansen, M., Bybjerg-Grauholm, J., Grove, J., ... & Christiansen, M. (2021). Co-occurring hydrocephalus in autism spectrum disorder: a Danish population-based cohort study. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 13(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09367-0>
- Musetti, A., Manari, T., Dioni, B., Raffin, C., Bravo, G., Mariani, R., ... & Corsano, P. (2021). Parental quality of life and involvement in intervention for children or adolescents with autism spectrum disorders: a systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 894. <https://doi.org/10.3390/jpm11090894>
- Narzisi, A. and Muratori, F. (2014). Exploratory study describing 6 month outcomes for young children with autism who receive treatment as usual in italy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 577. <https://doi.org/10.2147/ndt.s58308>

- Nayluzzuharo' N, F., Widyawati, I. Y., & Ulfiana, E. (2022). The Intervention to Enhance the Coping of Parents of Children with Autism. *Psychiatry Nursing Journal (Jurnal Keperawatan Jiwa)*, 3(2), 59–66. <https://doi.org/10.20473/pnj.v3i2.31991>
- Neff, K. and Faso, D. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
- Nguyen, C., Fairclough, D., & Noll, R. (2015). Problem-solving skills training for mothers of children recently diagnosed with autism spectrum disorder: a pilot feasibility study. *Autism*, 20(1), 55-64. <https://doi.org/10.1177/1362361314567134>
- Nigmatullina, I., & Dadakina, V. (2019). Children with Autism in the 21st Century: Problems with Socialization at a Preschool Age. *ARPHA Proceedings*, 1, 1465-1473. <https://doi.org/10.3897/ap.1.e1063>
- OMS. (2019). Trastorno del espectro autista. Organización mundial de la salud.
- OMS. (2022). Trastorno del espectro autista: Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud.
- Oliva, E. y Villa, V. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745-762.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). The effect of parenting stress on child behavior problems in families of children with autism spectrum disorders. *Global Mental Health*, 5(2), 107-115.
- Ozturk, Y., Riccadonna, S., & Venuti, P. (2014). Parenting dimensions in mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1295-1306. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.001>
- Parsons, D., Cordier, R., Vaz, S., & Lee, H. (2017). Parent-mediated intervention training delivered remotely for children with autism spectrum disorder living outside of urban areas: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e198. <https://doi.org/10.2196/jmir.6651>
- Parker, V. and Childs, C. (2019). Stresses, challenges, and rewards of home-based applied behaviour analysis intervention for children with autism spectrum disorder. *Research*

- and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities, 6(2), 154-163.
<https://doi.org/10.1080/23297018.2019.1601590>
- Patra, S., Arun, P., & Chavan, B. (2015). Impact of psychoeducation intervention module on parents of children with autism spectrum disorders: a preliminary study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 06(04), 529-535. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.165422>
- Pennefather, J., Hieneman, M., Raulston, T. J., & Caraway, N. (2018). Evaluation of an online training program to improve family routines, parental well-being, and the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 21-26.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.06.006>
- Pickles, A., Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., ... & Green, J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (pact): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388(10059), 2501-2509. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31229-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31229-6)
- Poslawsky, I. E., Naber, F. B. A., Van Daalen, E., & Van Engeland, H. (2013). Parental Synchrony and Infant Responsiveness in Early Autism Intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 301-315.
- Pozo, P. and Sarriá, E. (2015). Still stressed but feeling better: well-being in autism spectrum disorder families as children become adults. *Autism*, 19(7), 805-813.
<https://doi.org/10.1177/1362361315583191>
- Qi, A., -, F., & Cao, T. (2023). Effect of psychological counseling based on problem management plus on social anxiety in parents of children with autism spectrum disorder. *Iranian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i2.11885>
- Rasoulpoor, S., Salari, N., Shiani, A., Khaledi-Paveh, B., & Mohammadi, M. (2023). Determining the relationship between over-care burden and coping styles, and resilience in mothers of children with autism spectrum disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(53). <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01465-0>
- Ranjan, R., et al. (2024). Parent training and reduction of burnout in mothers of children with ASD: A multi-site study. *Autism International*, 12(1), 56–70.

- Raulston, T. J., Machalicek, W., & Knowles, C. (2019). Burnout, stress, and perceived support in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(7), 2859–2873. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04010-7>
- Rattaz, C., Michelon, C., Roeyers, H., & Baghdadli, A. (2016). Quality of life in parents of children with autism spectrum disorders: A focus on intellectual disability. *Autism*, 20(2), 218–227. <https://doi.org/10.1177/1362361315575723>
- Raz, R., Lerner-Geva, L., Leon, O., Chodick, G., & Gabis, L. V. (2013). A survey of out-of-pocket expenditures for children with autism spectrum disorder in Israel. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(10), 2295–2302.
- Reuters. (2024, August 28). US surgeon general calls parent stress a public health challenge. Reuters. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/us-surgeon-general-calls-parent-stress-public-health-challenge-2024-08-28/>
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., & Bögels, S. M. (2018). Mindfulness-based program for children with autism spectrum disorder and their parents: Direct and long-term improvements. *Mindfulness*, 9(4), 773-791. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0815-x>
- Roche, L., Adams, D., & Clark, M. (2020). Research priorities of the autism community: a systematic review of key stakeholder perspectives. *Autism*, 25(2), 336-348. <https://doi.org/10.1177/1362361320967790>
- Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., López-Ramón, M. F., & Alcantud-Marín, F. (2021). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) and self-compassion (SC) training for parents of children with autism spectrum disorders: A pilot trial in community services in Spain. *Children*, 8(5), 316. <https://doi.org/10.3390/children8050316>
- Rollins, P. R., Campbell, J. M., Cannon, B. O., & Self, T. L. (2019). Parent-mediated intervention for young children with autism: The Pathways early autism intervention model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 313–328. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3798-6>
- Russa, M. B., Matthews, A. L., & Owen-DeSchryver, J. S. (2015). Expanding supports to improve the lives of families of children with autism spectrum disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 17(2), 95–104.

- Rylaarsdam, L., & Guemez-Gamboa, A. (2019). Genetic causes and modifiers of autism spectrum disorder. *Frontiers in cellular neuroscience*, 13, 470832. <https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00385>
- Samadi, S., McConkey, R., & Kelly, G. (2012). Enhancing parental well-being and coping through a family-centred short course for iranian parents of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(1), 27-43. <https://doi.org/10.1177/1362361311435156>
- Sartor, T., Lange, S., Kuhn, J., & Tröster, H. (2023). Stress and perceived partnership quality of parents to children with autism spectrum disorder: a random intercept cross-lagged panel approach. *The Family Journal*, 32(1), 139-148. <https://doi.org/10.1177/10664807231198093>
- Shamsudin, I., Brown, T., Yu, M., & Lentin, P. (2021). Parents of children with autism spectrum disorder's perception on parent-implemented home-based developmental, individual-difference and relationship (dir)/floortime® intervention. *Advances in Autism*, 7(4), 294-310. <https://doi.org/10.1108/aia-05-2020-0032>
- Sharma, S., Sharma, M., & Sharma, R. (2022). Parental stress and coping strategies in families of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(4), 1234-1250. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05234-8>
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(7), e0219888.
- Shingleton-Smith, C., Koudys, J., Azzano, A., & Feldman, M. (2024). Telehealth general case parent training for children at risk for autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 57(4), 879-892. <https://doi.org/10.1002/jaba.2913>
- Shire, S., Goods, K., Shih, W., DiStefano, C., Kaiser, A., Wright, C., ... & Kasari, C. (2014). Parents' adoption of social communication intervention strategies: families including children with autism spectrum disorder who are minimally verbal. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(6), 1712-1724. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2329-x>

- Shooshtari, M. H., Amiri, S., Vameghi, R., & Sajedi, F. (2020). Effectiveness of self-compassion training on depression, anxiety and stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Iranian Journal of Child Neurology*, 14(3), 43–54.
- Shooshtari, S., Menec, V. H., & O’Connell, M. E. (2024). Compassion-focused therapy for parents of children with autism spectrum disorder: A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 105, 102099. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102099>
- Shooshtari, S., Naghipour, L., & Abbasi, F. (2020). Efficacy of a mindfulness-based parenting program for mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50*(6), 2209–2222. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03946-7>
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(2), 77-89.
- Siller, M., Hutman, T., & Sigman, M. (2012). A parent-mediated intervention to increase responsive parental behaviors and child communication in children with asd: a randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 540-555. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1584-y>
- Singer, G. H. S., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting stress in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(3), 238-249. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20175>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Karazsia, B. T., & Myers, R. E. (2014). Mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) for mothers of adolescents with autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 5(6), 646–657. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0321-3>
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., & Armitage, G. (2012). Reviewing studies with diverse designs: The development and evaluation of a new tool. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(4), 746–752.
- Smith, J. A., Brown, K., & Miller, L. (2024). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with autism spectrum disorder: Impacts on family dynamics and child outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(1), 123-135.

- Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2012). Adults with autism: Outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. *Current Psychiatry Reports, 14*(6), 732-738. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0328-1>
- Soto Calderón, R. (2002). El síndrome autista: un acercamiento a sus características y generalidades. *Educación, 26*(1), 47–61.
- Soto Calderón, H. (2002). Estrés parental y adaptación familiar ante el diagnóstico de discapacidad. *Revista de Psicología, 10*(2), 63–77.
- Straiton, K., Jones, E., & Winstanley, S. (2020). Parental stress and physical health in mothers of children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Autism Research, 13*(6), 906–919. <https://doi.org/10.1002/aur.2253>
- Susilana, R., Hadiapurwa, A., Herlina, H., Ihsan, H., & Chotidjah, S. (2019). The influence of the independent intervention program training and workshop on cognitive skills of parents of children with autism spectrum disorder.. <https://doi.org/10.2991/upiupsi-18.2019.30>
- Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S. S., Ang, R. P., & Chua, A. (2011). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry & Human Development, 42*(6), 634-649.
- Tarver, J., Law, H., & Kerr, M. P. (2019). Parent-mediated interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019*(7), CD012779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012779.pub2>
- Taylor, J. and Warren, Z. (2011). Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(7), 1411-1418. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1375-x>
- Tehee, E., Honan, R., & Hevey, D. (2008). Factors contributing to stress in parents of individuals with autistic spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(1), 34-42. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00437.x>
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents

- of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569.
- Uzátegui-Gamarra, V. A., & Malvaceda-Espinoza, C. E. (2023). Psychosocial adaptation in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 37(1), 89–100.
- Vismara, L., Colombi, C., & Rogers, S. (2009). Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism?. *Autism*, 13(1), 93-115. <https://doi.org/10.1177/1362361307098516>
- Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 940-953.
- Wainer, A., Hepburn, S., & Griffith, E. (2016). Remembering parents in parent-mediated early intervention: an approach to examining impact on parents and families. *Autism*, 21(1), 5-17. <https://doi.org/10.1177/1362361315622411>
- Wang, P. (2008). Effects of a parent training program on the interactive skills of parents of children with autism in china. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(2), 96-104. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2008.00154.x>
- Waters, P. and Healy, O. (2012). Investigating the relationship between self-injurious behavior, social deficits, and cooccurring behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research and Treatment*, 2012, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2012/156481>
- Weitlauf, A. S., Vehorn, A. C., Taylor, J. L., & Warren, Z. E. (2014). Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism*, 18(2), 194–198.
- Wengrovius, E., De Mandilovitch, M., Bearss, K., Scahill, L., & Lecavalier, L. (2022). Parent Training in Autism Spectrum Disorder: Improving Access and Outcomes. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 31(1), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.08.007>
- Wing, L., Gould, J. & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM.IV? *Research in Developmental Disabilities*, 32(2) 768-773.

- Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M. A., Troncoso, L., López, C., & Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de Trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediatría*, 92(4), 519-525.
- Zuckerman, K. E., Lindly, O. J., & Sinche, B. K. (2015). Parental concerns, provider response, and timeliness of autism spectrum disorder diagnosis. *Journal of Pediatrics*, 166(6), 1431–1439.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.03.007>
- Van der Meer, J. M. J., Oerlemans, A. M., van Steijn, D. J., Lappenschaar, M. G. A., de Sonnevile, L. M. J., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. J. (2012). Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(11), 1160–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.024>
- Vismara, L., Colombi, C., & Rogers, S. (2009). Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism?. *Autism*, 13(1), 93-115. <https://doi.org/10.1177/1362361307098516>

ANEXOS

Carta Gantt

N	ETAPAS	RESPONSABLE	OCT		NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
			S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
	ETAPA 1: REVISIÓN DE ARTÍCULOS																							
	Revisión de artículos encontrados	Mg. Daniela Ramos	X	X																				
	ETAPA 2: PROYECTO DOCTORAL																							
	Redacción del Proyecto de Tesis	Mg. Daniela Ramos			X	X	X	X	X	X														
	Revisión del Proyecto de Tesis	Dr. Fco. Ahumada								X	X													
	ETAPA 3: CIERRE PROYECTO DE TESIS																							
	Envío de Proyecto de Tesis	Dr. Fco. Ahumada										X												
	ETAPA 4: MARCO TEÓRICO																							
	Redacción de los antecedentes teóricos	Mg. Daniela Ramos												X	X	X								
	Revisión del Marco teórico	Dr. Fco. Ahumada													X	X								
	ETAPA 5: MÉTODO																							
	Nueva búsqueda de artículos	Mg. Daniela Ramos															X							
	Redacción de los resultados	Mg. Daniela Ramos																X	X	X				
	Revisión de los resultados	Dr. Fco. Ahumada																		X	X			
	ETAPA 6: RESULTADOS																							
	Análisis de los resultados	Mg. Daniela Ramos																		X	X			
	Redacción de los resultados	Mg. Daniela Ramos																		X	X	X	X	
	ETAPA 7: CONCLUSIONES																							
	Análisis de las principales conclusiones	Mg. Daniela Ramos																		X	X	X	X	X
	Redacción de las conclusiones	Mg. Daniela Ramos																				X	X	
	ETAPA 8: DISCUSIÓN																							
	Redacción de la discusión	Mg. Daniela Ramos																				X	X	
	REVISIÓN FINAL	Dr. Fco. Ahumada																						X

