



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **CREENCIAS ERRÓNEAS Y CUMPLIMIENTO DEL CUIDADOR EN PADRES DE NIÑOS CON TEA EN LOS CEBE DE LIMA CENTRO**

#### **Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

#### **Autor:**

Quispe Ramírez, Saskia Krystel

#### **Asesora:**

Henostroza Mota, Carmela Reynalda  
(ORCID: 0000-0003-3762-3247)

#### **Jurado:**

Castillo Gomez, Gorqui Baldomero  
Cirilo Acero, Ingrid Belu  
Tantalean Terrones, Lizley Janne

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Quispe, S. (2022). *Creencias erróneas y cumplimiento del cuidador en padres de niños con tea en los CEBE de Lima Centro*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6353>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **Facultad de Psicología**

### **CREENCIAS ERRÓNEAS Y CUMPLIMIENTO DEL CUIDADOR EN PADRES DE NIÑOS CON TEA EN LOS CEBE DE LIMA CENTRO**

Líneas de investigación: Psicología de los Procesos Básicos y Psicología Educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con mención  
en Psicología Clínica

#### **Autora**

Quispe Ramírez, Saskia Krystel

#### **Asesora**

Henostroza Mota, Carmela Reynalda  
(ORCID: 0000-0003-3762-3247)

#### **Jurado**

Castillo Gomez, Gorqui Baldomero

Cirilo Acero, Ingrid Belu

Tantalean Terrones, Lizley Janne

**Lima – Perú  
2022**

**Dedicatoria**

Dedico esta tesis a mi familia por su apoyo incondicional en estos seis años de carrera, a mis amigas de colegio y a BTS, por enseñarme a ser resiliente en la vida.

## **Agradecimiento**

Debo agradecer de manera especial a la Mg. Carmela Henostroza por su supervisión en mi investigación. Gracias a sus conocimientos, pude perfeccionar progresivamente mi estudio.

Asimismo, a los directores y a los miembros del departamento psicológico de los Centros de Educación Básica Especial (CEBE) “Surquillo”, “María Auxiliadora” y “04 Miraflores”; quienes me brindaron las facilidades para llevar a cabo la investigación.

De igual manera, agradezco a los padres de familia de los CEBE por su disposición y tiempo para la aplicación de los instrumentos.

De la misma forma, a los docentes de mi alma máter por cada una de sus enseñanzas a lo largo de los seis años de carrera profesional.

Finalmente, agradezco a mis amigos: Raysa, Martín, Marisol, Kathe y Gianella, quienes siempre me motivaron para seguir adelante con la tesis, 감사합니다.

## Índice

<b>Dedicatoria.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>iii</b>
<b>Índice.....</b>	<b>iv</b>
<b>Lista de tablas.....</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de figuras.....</b>	<b>viii</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>x</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Descripción y formulación del problema.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Antecedentes.....</b>	<b>16</b>
1.2.1. Internacionales .....	16
1.2.2. Nacionales.....	18
<b>1.3. Objetivos.....</b>	<b>20</b>
1.3.1. Objetivo general.....	20
1.3.2. Objetivos específicos .....	20
<b>1.4. Justificación.....</b>	<b>21</b>
<b>1.5. Hipótesis.....</b>	<b>22</b>
1.5.1. Hipótesis general.....	22
1.5.2. Hipótesis específicas.....	22
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA).....</b>	<b>23</b>
2.1.1. Definición .....	23
2.1.2. Causas del TEA.....	23

2.1.3.	Indicadores del TEA .....	24
2.1.4.	Niveles del TEA.....	26
2.1.5.	Reacciones de los padres ante el diagnóstico de TEA.....	27
<b>2.2.</b>	<b>Creencias.....</b>	<b>29</b>
2.2.1.	Concepto.....	29
2.2.2.	Clasificación.....	29
2.2.3.	Creencias erróneas sobre autismo.....	30
<b>2.3.</b>	<b>Cuidador.....</b>	<b>33</b>
2.3.1.	Definición.....	33
2.3.2.	Características.....	33
2.3.3.	Tipos de cuidadores.....	34
2.3.4.	Cumplimiento del cuidador en personas con TEA.....	35
2.3.5.	Entrenamiento a cuidadores de niños con TEA.....	37
<b>III.</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de investigación.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2.</b>	<b>Ámbito temporal y espacial.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3.</b>	<b>Variables .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4.</b>	<b>Población y muestra .....</b>	<b>40</b>
<b>3.5.</b>	<b>Instrumentos .....</b>	<b>42</b>
3.5.1.	Cuestionario: “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”.....	42
3.5.2.	Cuestionario “Cumplimiento del cuidador en la atención”.....	43
<b>3.6</b>	<b>Procedimientos .....</b>	<b>45</b>
<b>3.7</b>	<b>Análisis de datos .....</b>	<b>45</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1.</b>	<b>Relación entre las variables de estudio.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2.</b>	<b>Descripción de las variables de estudio por frecuencias y porcentajes .....</b>	<b>48</b>

4.3. Determinación de las diferencias significativas en las variables de control....	55
4.4. Determinación de la relación entre las tres dimensiones de creencias erróneas sobre el autismo y las tres dimensiones del cumplimiento del cuidador .....	63
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>VII.RECOMENDACIONES .....</b>	<b>72</b>
<b>VIII. REFERENCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>81</b>



### Lista de tablas

Tabla		Página
1	Niveles de severidad del Espectro Autista	27
2	Características sociodemográficas de la muestra	41
3	Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk para creencias erróneas sobre autismo y cumplimiento del cuidador	47
4	Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre autismo	49
5	Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre autismo según CEBE	49
6	Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre autismo según género	50
7	Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre autismo según tipo de familia	51
8	Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador	52
9	Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador según CEBE	52
10	Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador según género	53
11	Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador según tipo de familia	54
12	Creencias erróneas sobre el autismo en función del CEBE	55
13	Creencias erróneas sobre el autismo en función de género de los padres	56
14	Creencias erróneas sobre el autismo en función del tipo de familia	57
15	Cumplimiento del cuidador en función del CEBE	59
16	Cumplimiento del cuidador en función del género de los padres	60
17	Cumplimiento del cuidador en función del tipo de familia	61
18	Matriz de correlaciones entre las variables de estudio	62

## Lista de figuras

Figura		Página
1	Diagrama de dispersión de los puntajes de las variables de estudio	48

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro. **Método:** El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo sustantivo descriptivo, diseño no experimental y de tipo transversal con un alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 68 padres de familia de tres Centros de Educación Básica Especial de los distritos de Surquillo, Miraflores y San Borja, pertenecientes a Lima Centro; a quienes se administró el cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo” y el “Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención”. **Resultados:** Existe una relación negativa, baja, no significativo entre las variables ( $r = -.11$ ;  $p > .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño. No obstante, sobre la relación entre las dimensiones, la dimensión “etiología” de las creencias erróneas sobre autismo, evidenció índices de correlación negativos, bajos y significativos ( $p < .05$ ), con tamaños del efecto pequeño, con dos dimensiones del cumplimiento del cuidador. **Conclusiones:** Mientras menores sean las puntuaciones de las creencias erróneas sobre el autismo, mayores son las puntuaciones del cumplimiento del cuidador o viceversa.; pero, dicha relación no puede extrapolarse más allá de la muestra estudiada.

*Palabras clave:* creencias erróneas, cumplimiento del cuidador, autismo.

### Abstract

**Objective:** To determine the relationship between erroneous beliefs and caregiver compliance in parents of children with TEA in CEBE'S at Lima Centro. **Method:** The study has a quantitative approach, descriptive substantive type, non-experimental design, cross-sectional type with a correlational scope. The sample consisted of 68 parents from three Special Basic Education Centers in the districts of Surquillo, Miraflores and San Borja, belonging to Lima Centro, who were administered the questionnaire "Evaluation of parents' erroneous beliefs regarding autism" and the "Questionnaire of caregiver compliance in care". **Results:** There is negative, low, low, non-significant relationship between the variables ( $r=-.11, p>.05$ ) with a small effect size. However, regarding the relationship between the dimensions, the "etiology" dimension of erroneous beliefs about autism, showed negative, low and significant correlation indices ( $p<.05$ ), with small effect sizes, with two dimensions of compliance with the carer

**Conclusions:** The lower the scores for misbeliefs about autism, the higher the scores for caregiver compliance or vice versa.; but, this relationship cannot be extrapolated beyond the sample studied.

*Keywords:* erroneous beliefs, caregiver compliance, autism.

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación que existe entre las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en Centros de Educación Básica Especial de Lima Centro.

En el primer capítulo, se expone la problemática actual, desde un panorama mundial y nacional; asimismo, se sustentan con trabajos previos. Posterior a ello, se plantean los objetivos tanto el general como los específicos; de la misma manera, la justificación, teniendo en consideración las implicancias a nivel teórico, práctico y metodológico. Luego, se describen las hipótesis del estudio, tanto la general como las específicas.

Prosiguiendo con el segundo capítulo, contiene los detalles del marco teórico respecto a las variables de la investigación, así como las descripciones de las dimensiones que serán empleadas en el estudio. En el tercer capítulo, se expone el tipo y el diseño de la investigación y el ámbito espaciotemporal donde se llevó a cabo. Además, se especifica la población y la muestra seleccionada; del mismo modo, los instrumentos administrados, los cuales cuentan con las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez; siendo descritos los coeficientes de la versión original como los encontrados en la presente investigación. Asimismo, el procedimiento y el análisis de los datos.

Luego, en el cuarto capítulo se detallan los resultados obtenidos mediante tablas, con sus interpretaciones correspondientes. En el caso del quinto capítulo, se hace mención a la discusión, sección donde se analizaron los resultados y se realizó la contrastación de datos con los antecedentes citados previamente y el marco teórico expuesto. En el sexto capítulo, se precisan las conclusiones vinculadas con los objetivos planteados; mientras que, en el séptimo capítulo, se organizan las recomendaciones. Por último, figuran las referencias y los

anexos, apartado donde se visualizan el modelo de consentimiento informado y los instrumentos utilizados.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

El trastorno del espectro autista (TEA) se halla dentro del grupo de los trastornos del neurodesarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Esta condición abarca variados cuadros clínicos como el trastorno autista, el síndrome de asperger, el trastorno desintegrativo de la infancia y el trastorno generalizado del desarrollo no específico. Cabe señalar que los indicadores contemplados para diagnosticar TEA comprenden los déficits sociales y de comunicación, la presencia de intereses fijos y comportamientos repetitivos (Alcantud, 2013).

Según reportes de la Organización Mundial de Salud (OMS, 2022), en cuanto al panorama mundial, la prevalencia de esta condición es que 1 de cada 160 niños lo padece; no obstante, es necesario indicar que los datos expuestos son estimaciones, puesto que, en primer lugar, existen variaciones en la prevalencia según la metodología utilizada y, en segundo lugar, el nivel económico bajo y medio del país, la data epidemiológica es inexacta (Alvarado et al., 2021). A nivel de Latinoamérica, la OMS, en el 2011, refirió que se calcula más de 1.3 millones de personas con esta condición. Asimismo, el aumento en el diagnóstico de este trastorno responde a diversas explicaciones, entre las que figuran la mayor concientización, la aparición de criterios diagnósticos modificados, los nuevos instrumentos de evaluación, entre otras (OMS, 2017; citado en Lampert, 2018). Sin embargo, el sistema de salud es deficiente y existen escasas políticas públicas hacia esta población y sus familias (Alvarado et al., 2021).

Con relación a la prevalencia según el sexo, una investigación efectuada por National Health Statistic Reports (2013) en Estados Unidos, estimó que el 2% de niños cuyas edades fluctúan entre los seis y diecisiete años presentarían TEA; siendo la incidencia tres veces mayor en niños que en niñas (véase en Lampert, 2018). Con respecto a la edad, un estudio realizado en Chile por el Departamento de Salud Mental calculó que habría 50 500 niños menores de 18 años con TEA, asimismo, mencionar que este trastorno se mantiene durante toda la vida dado que no tiene cura (The National Austistic Society, 2017; en Lampert, 2018).

Ahora bien, desde un panorama nacional, se evidencia una cantidad exigua de investigaciones con esta población; no obstante, en el año 2012, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) llevó a cabo una encuesta sobre discapacidad, donde se reportó que el 3.4% de los hogares tienen algún miembro con limitación permanente para relacionarse con los demás debido a sus sentimientos, emociones y conductas; ubicándose en dicha clasificación, las personas con TEA, representando al 1% de la población total. Luego, en el año 2016, según el Observatorio Nacional de la Discapacidad, en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a cargo del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), se inscribieron 1, 783 hombres (80.3%) y 436 mujeres (19.7%); mientras que, en el año 2020, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) declaró que la cifra ascendió a un total de 6967 inscripciones.

Cabe agregar que el diagnóstico es admisible de ser establecido a partir de exámenes neurológicos y psicológicos a partir de los 5 años, en su mayoría basados en la observación y la experiencia clínica puesto que, no se dispone de instrumentos estandarizados y validados en nuestro medio; sumado a los escasos centros especializados (Hidalgo,2016), así como también a la carencia de profesionales ampliamente capacitados (Echevarría et al., 2020). Por ello, en el año 2019, el MIMP aprobó el Plan Nacional para Personas con TEA, que propone

alternativas para la detección y diagnóstico temprano; del mismo modo, financia la atención temprana y busca proteger la salud, la educación integral, la formación personal y la inserción tanto laboral como social (Ministerio de Salud [MINSA], 2019).

Lo descrito anteriormente ha generado un crecimiento progresivo en los últimos años, concerniente a la atención brindada en hospitales y establecimientos de primer nivel para personas con diagnóstico de TEA. El aserto precedente se respalda en los datos estadísticos publicados en el año 2015, donde se afirma que se atendió a 4, 289 pacientes; en contraste con el 2018, donde se identificó un notable incremento equivalente a 13, 940 usuarios (MINSA, 2019). Por su parte, Ramos (2019) sostuvo que el 81% de las personas con este trastorno son hombres y reciben atención en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

En congruencia con los párrafos previos, las creencias erróneas que atañen al TEA se han visualizado desde tiempo atrás. A decir de Cabeza y Fonseca (2007), dichas nociones preconcebidas eran atribuidas a explicaciones y soluciones mágicas por el singular comportamiento que implicaba, repercutiendo en el lenguaje, habilidades sociales y la capacidad de adaptación a nuevas situaciones. En la actualidad, los padres y familiares presentan creencias erróneas en las dimensiones de origen, evolución y tratamiento. Como concluyó Rojas (2017), el 44.23% de los padres mostró un nivel moderado; además, para las tres dimensiones, se situaron en un nivel promedio, lo cual resulta de la insuficiente presencia de programas estructurados dirigidos a esta población y a la falta de información accesible.

En esa temática, Valdés et al. (2009) hallaron que, en la dimensión “etiología”, las mayores frecuencias de creencias erróneas se relacionaban con el estrés durante el embarazo y los problemas durante el parto. Por otra parte, respecto a las características, figuraron las habilidades extraordinarias, la persistente inclinación por aprender a leer y a escribir, la creencia de un permanente ensimismamiento y la presencia de una inteligencia promedio o



por encima de esta. En cuanto al tratamiento, se detectó la intervención asistida con animales y el empleo de medicina alternativa. Lo observado conllevó a que no se modificaran estas creencias, pudiendo constituir una interferencia que atente contra el tratamiento. Así lo comprobó Salazar en el año 2013, quien encontró un nivel medio de conocimiento de los padres sobre el autismo (18%) y una participación adecuada al tratamiento (82%); concluyéndose una relación directa.

Adicionalmente, Valdés et al. (2009) indicaron que, ante el nacimiento de un niño con esta condición, se evidencian episodios de negación a propósito de evitar la desilusión que provoca la pérdida de un hijo según las expectativas. Asimismo, asociado al cumplimiento del cuidador, en la mayoría de los casos, el rol es asumido por la madre, ocasionando una alteración en su salud física y emocional, además de incidir en su estilo de vida (Rojas, 2017). Las nombradas consecuencias negativas son agrupadas en la denominación de “síndrome del cuidador” (Seguí et al., 2008); lo que puede devenir en síntomas de estrés, depresión y en una irregular autoeficacia (Pinquart y Sorensen, 2003). En este punto, se precisa acotar que, a pesar de los avances científicos acerca del TEA, aún existen prejuicios, discriminación y falta de concientización (Seperak, 2016).

En esa línea, un estudio efectuado por Rojas en el año 2017 hizo extensivo que un 42.3% de los evaluados tuvo un nivel promedio de cumplimiento en la atención de niños con TEA. Resultados similares se aprecian en el trabajo de Palomino et al. (2014), donde se halló un cumplimiento regular de acuerdo con el 41.9%. Sin embargo, los cuidadores reportaron un desgaste emocional que provocaba un desequilibrio en la dinámica familiar; por lo que se contó con el apoyo profesional necesario a fin de concretar un aprendizaje eficaz en materia de convivencia con individuos que presenten un cuadro de TEA, ayudándolos a mejorar su independencia mediante una oportuna integración en el ámbito familiar y social. Todo lo

antes señalado apertura la resiliencia en los cuidadores, funcionando como un indicador referente a la optimización de la calidad de vida en los niños con TEA (Seperak, 2016).

Por otro lado, los cuidadores adquieren competencias que coadyuvan a la realización de numerosas actividades, siendo asignadas por los profesionales de la salud ya que la intervención es multidisciplinaria (Hernández et al., 2010). Esto guarda relación con lo establecido por Paluszny (2002; citado en Salazar, 2013) donde los niños cuyos padres habían sido capacitados para implementar terapias en el hogar, tuvieron significativos progresos en su tratamiento. Caso contrario, en los niños cuyos progenitores no recibieron instrucción alguna, los resultados sugirieron un fracaso en su tratamiento; además de regresiones en el abordaje previo. Por tal motivo, la importancia de que los padres alcancen un involucramiento en la intervención con la finalidad de que los objetivos se consumen exitosamente.

A juzgar por lo detallado anteriormente, se ha planteado la siguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre las creencias erróneas y cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro?

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. Internacionales**

Cabezas y Fonseca (2007) describieron los mitos que manejan los padres y madres acerca del autismo en Costa Rica. Para tal efecto, diseñaron un instrumento conformado por 79 ítems, siendo aplicado en una muestra de 70 individuos, entre padres y madres, procedentes de diversas instituciones especializadas. Los resultados evidenciaron que las creencias más predominantes respecto a la etiología fueron: que todos los niños con autismo tienen una inteligencia promedio o sobre el promedio (83 %) y que los síntomas de autismo

cambian con el tiempo (76.5 %); mientras que, en relación con la persona que presenta autismo, los padres indicaron que advierten cuanto sucede a su alrededor y que notan el rechazo de las personas y es que el 90% es muy inteligente y cuenta con habilidades sobresalientes (86%). Finalmente, con referencia a las características específicas, existe la creencia de que solo un milagro puede curarlos (92%). Así, se concluyó que solo se registran diecinueve mitos sobre el autismo en la muestra.

Valdés et al. (2009) identificaron el nivel de creencias erróneas en dos centros con respecto a tres dimensiones: Etiología, características y tratamiento. El estudio fue de tipo transversal y descriptivo, empleando la metodología cuantitativa; considerando una muestra de 40 padres mexicanos, a quienes se administró un cuestionario elaborado para el estudio. Se halló que el nivel más alto lo reporta la creencia errónea de la dimensión “característica”, donde se señala que los niños autistas tienen habilidades extraordinarias (77.5%); seguido de la dimensión “tratamiento”, donde se refiere al empleo de la medicina alternativa y de la terapia asistida con animales (47%); finalmente, en la dimensión “etiología”, las ideas causales se vinculan a dificultades en el parto (45%) o al estrés percibido durante la gestación (40 %). Concluyen que estas creencias están relacionadas no solo con la falta de información sino también con la presencia de episodios de negación a propósito de evitar la desilusión que provoca la pérdida del hijo ideal.

Barrera (2016) determinó la relación entre las creencias irracionales y el bienestar psicológico de padres y comportamientos positivos en sus hijos con TEA que asisten a la terapia psicológica de Análisis Aplicado de la Conducta (ABA). La investigación fue de tipo no experimental, de corte transversal y correlacional; mientras que la muestra comprendió a quince padres de una institución terapéutica colombiana. Se emplearon la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, el cuestionario CRIR y los registros de los terapeutas. Los resultados

con relación al bienestar psicológico evidenciaron que el 53.4 % tiene un nivel bajo y, en torno a las creencias irracionales, solo el 46.7% lo presentaba. En este sentido, la creencia de que los niños con este trastorno eligen evitar prestar atención a lo que sucede en su entorno y evaden cualquier forma de comunicación fue la que predominó (80%); además no se halló una relación entre las variables ( $p>.05$ ). Por tanto, se concluyó que la terapia ABA logró mejorar las conductas del niño, independientemente de las variables propias de los progenitores.

### **1.2.2. Nacionales**

Anchante et al. (2008) determinaron el nivel de conocimiento de los padres sobre los conceptos básicos de la enfermedad y los cuidados requeridos en las áreas social, conductual y de lenguaje. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; tomando en cuenta una muestra de 30 padres de la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Autismo (ASPAU), ubicada en el distrito de Santiago de Surco. Se utilizó un cuestionario autoaplicado de 20 preguntas, que fue elaborado por las investigadoras. Los resultados expusieron que los padres presentaron un conocimiento regular en torno a los conceptos básicos (63.3%); mientras que, con relación al cuidado, las tres áreas se calificaron como regulares: Social (73.3%), conductual (70.3%) y lingüística (60.3%). Cabe indicar que más del 70% de los niños tenía un diagnóstico de autismo leve o severo. Por tanto, se concluyó que, se necesita de un apoyo de profesional a fin de mejorar el conocimiento de los padres y se concrete una integración en la familia y en la sociedad.

Salazar (2013) formuló como objetivo averiguar el nivel de conocimiento sobre autismo y su relación con la participación de los padres en el tratamiento. El estudio fue de tipo cuantitativo, tuvo un diseño correlacional, transversal y prospectivo; además, la muestra

estuvo conformada por 50 padres pertenecientes a la ASPAU del distrito de Magdalena del Mar. Se empleó un cuestionario y una lista de chequeo, ambos contruidos para el estudio. En cuanto a los resultados, el nivel de conocimiento sobre autismo se categorizó como “medio” en un 68 % de los encuestados; mientras que el 18 % se localizó en un nivel bajo y el 14%, en un nivel alto. En el caso de la participación en el tratamiento, para el 82% se valoró como adecuado y, para el 18%, como inadecuado. Finalmente, se halló una correlación significativa entre las variables de estudio ( $p=.001$ ,  $\chi^2=13.4$ ); concluyéndose que, a mayor conocimiento de los padres de niños con autismo, se incrementa una correcta participación en el tratamiento.

Palomino et al. (2014) definieron la relación entre el funcionamiento familiar y el cumplimiento del cuidador en la atención a personas con autismo. La investigación fue analítica, de tipo cuantitativo y corte transversal. Respecto a la muestra, esta estuvo constituida por 31 cuidadores de personas con autismo del CEE “Pedro José Triest” del distrito de Carabaylo, a quienes se aplicó la prueba de funcionamiento familiar (FF-SIL) y el cuestionario de cumplimiento del cuidador en la atención, siendo diseñado para el estudio. Los resultados informaron que el 51.6% presentó un funcionamiento familiar funcional, donde la dimensión “afectividad” alcanzó un mayor promedio con 8.4 puntos; mientras que, el 58.1% mostró un cumplimiento eficiente en la atención brindada y para su dimensión cognitiva, un mayor promedio con 14.2 puntos. Asimismo, existe una correlación positiva y significativa entre ambas variables ( $p=.012$ ;  $r=.445$ ). Se llegó a la conclusión de que el funcionamiento familiar de los cuidadores de personas con autismo se aprecia en un desempeño funcional.

Rojas (2017), en su investigación, determinó la relación entre las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con autismo de educación especial de Lima

Sur. El estudio fue de alcance cuantitativo, diseño no experimental, de tipo transversal y de nivel descriptivo-correlacional. Se incluyó como participantes a 52 padres cuyas edades oscilaron entre los 18 y 50 años, a quienes se administraron dos cuestionarios. Se encontró que el nivel de creencias erróneas fue moderado (44.2%) y el grado de cumplimiento del cuidador, regular (42.3%). Además, se halló una relación negativa y altamente significativa entre ambas variables ( $r=-.354$ ;  $p<.01$ ). Por ende, se concluyó que por cuanto se acrecienta la injerencia de creencias equivocadas sobre el autismo, se reduce el cumplimiento del cuidador.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. *Objetivo general***

Determinar la relación entre las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.

#### **1.3.2. *Objetivos específicos***

- a) Identificar los niveles de creencias erróneas y de sus dimensiones en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.
- b) Identificar los niveles del cumplimiento del cuidador y de sus dimensiones en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.
- c) Identificar las creencias erróneas en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro según el Centro de Educación Básica Especial, género y tipo de familia.
- d) Identificar el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro según el Centro de Educación Básica Especial, género y tipo de familia.

- e) Establecer las diferencias significativas de creencias erróneas en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro según el Centro de Educación Básica Especial, género y tipo de familia.
- f) Establecer las diferencias significativas del cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro según el Centro de Educación Básica Especial, género y tipo de familia.
- g) Establecer la relación entre las dimensiones de creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.

#### **1.4. Justificación**

La presente investigación se fundamentó a nivel teórico mediante la revisión sistemática de la literatura científica compuesta por artículos científicos, bases de datos y libros; viabilizando la organización, articulación y la creación de un conocimiento científico, el cual puede representar un antecedente para futuras investigaciones puesto que, en nuestro medio, pocos estudios han sido realizados con el fin de saber la relación entre ambas variables.

Desde una mirada práctica, al admitirse que una condición relativa al TEA no afecta únicamente a la persona que lo padece sino también a sus cuidadores. Las circunstancias se dificultan aún más cuando no disponen de datos fidedignos para la comprensión del trastorno y, por ello, no se logra un cumplimiento adecuado. En ese sentido, Bonilla (2021) aseveró que muchos progenitores están desprovistos de información idónea y no están capacitados para desarrollar prácticas que apunten al bienestar de sus hijos con TEA. Por esta razón, los hallazgos pueden servir a los padres para la toma de conciencia sobre su labor; siendo de suma importancia para la consecución de objetivos en el tratamiento de sus hijos con dicha

condición. Además, los resultados contribuirían con la elaboración e implementación de programas psicosociales que aborden ambas variables; por consiguiente, se optimizaría la salud psicológica de los cuidadores de niños con TEA.

Finalmente, a nivel metodológico, cabe resaltar la cantidad insuficiente de estudios nacionales; considerando que, en la mayoría de los casos, poseen un alcance descriptivo y correlacional; sin embargo, trabajan con variables como el estrés y el funcionamiento familiar. De este modo, se estima conveniente esta investigación a fin de que sea un antecedente para futuros estudios.

## **1.5. Hipótesis**

### ***1.5.1. Hipótesis general***

Existe una relación negativa y significativa entre las creencias erróneas con el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.

### ***1.5.2. Hipótesis específicas***

- Existe diferencias significativas en las creencias erróneas en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro según el Centro de Educación Básica Especial, género y tipo de familia.
- Existe diferencias significativas en el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro según el Centro de Educación Básica Especial, género y tipo de familia.
- Existe una relación negativa y significativa entre las dimensiones de creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

#### 2.1.1. *Definición*

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se encuentra agrupado en los trastornos del neurodesarrollo y, esta condición, implica la presencia de dificultades en dos áreas específicas: a) la comunicación e interacción social y B) el patrón de intereses y comportamientos de tipo restringido y repetitivo (Yáñez, 2016). El fenómeno clínico abarca cuadros psicopatológicos como el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo de la infancia y el trastorno generalizado del desarrollo no específico (Alcantud, 2013). Se debe resaltar que la sintomatología es heterogénea y los síntomas se identifican con notoriedad entre los 12 y 24 meses. El diagnóstico se efectúa a partir de los tres años, generalmente. Si bien se principia en la niñez, la nombrada condición persiste durante toda la vida, comprometiendo la conducta y el funcionamiento social y comunicacional; los cuales pueden ser modificados a través de la experiencia y la educación (Alvarado et al., 2021). Por lo tanto, la detección temprana permite el acceso a una intervención propicia, pudiendo aportar a la calidad de vida de las personas con este trastorno y reducir el estrés en los cuidadores (Estes et al., 2019).

#### 2.1.2. *Causas del TEA*

Respecto a las causas que podrían incidir en la aparición del TEA, en la actualidad no se encuentran identificados claramente, sin embargo, las investigaciones reportan que su génesis está vinculada con factores genéticos, metabólicos y ambientales (Verissimo et al., 2020). Por ello, conocer las causas genéticas del autismo es primordial para entender su

posible etiología; además del diagnóstico temprano mediante los marcadores genéticos, y, de esta manera, aplicar la intervención más ajustada a la situación (Álvarez y Camacho, 2010).

Por otro lado, a nivel neurobiológico, las personas con esta condición, en los primeros años de vida, evidencian un menor volumen cerebral (Carrascón, 2016); además el lóbulo frontal, en el transcurso de los años, posee un volumen mayor que el de las personas sin esta condición (Acosta et al., 2016). Asimismo, se ha detectado una mengua entre la conexión de la amígdala y el tálamo, estructuras subcorticales involucradas en la conducta social (Alvarado et al., 2021).

Por otra parte, entre los factores de riesgo, figuran la edad avanzada de los progenitores, la diabetes gestacional, el sangrado gestacional, el embarazo múltiple, ser primogénito y la exposición intrauterina a medicamentos se relacionan con la probabilidad de padecer autismo (Gardener et al., 2009). En el caso de los factores perinatales de riesgo, se hallan el parto inducido de manera precipitada y la prolongada labor de parto (Juul-Dam, et al. 2001). Se precisa añadir que la OMS, en el año 2021, indicó que las investigaciones epidemiológicas han demostrado que no existe una asociación causal entre el trastorno del espectro autista y las vacunas, destacándose las suministradas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

### ***2.1.3. Indicadores del TEA***

La edad donde suelen identificarse los síntomas difiere de conformidad con la persona; pero acontece generalmente a los dos años. Como también lo sostuvieron Reynoso et al. (2017), los primeros síntomas surgen de forma irregular a los 18 meses y se consolidan a los 36 meses. Entre las señales de alerta alrededor de los doce meses, Martos et al. (2019)

mencionó los siguientes: a) menor contacto visual, b) ausencia de respuesta al llamado de su nombre, c) falta del gesto de señalar, d) nula incidencia de conductas para mostrar objetos.

No obstante, el proceso diagnóstico se complejiza cuando no se observan dificultades en el desarrollo cognitivo, además de que no existan retrasos significativos en la adquisición del lenguaje. Así, la detección puede tardar y coincidir con el inicio de la etapa escolar (Carrascón, 2016). Complementario a lo anterior, estudios recientes revelan que los indicadores emergen de acuerdo con tres patrones. El primero que es más común en el primer año; el segundo, mediante una regresión autística, entre el segundo y tercer año, donde los niños empiezan a perder habilidades aprendidas en el plano social, comunicativo y motor. Y el último, cuando su desarrollo se paraliza en cierto hito, originando que estas habilidades emergentes no evolucionen en aptitudes más avanzadas (Carrascón, 2016).

Según la APA (2013), ciñéndose a los criterios provistos en el DSM-V, se debe cumplir con dos aspectos básicamente:

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por los sucesivos indicadores, pudiendo ser actuales o pasados:
  - Déficit en la reciprocidad socioemocional.
  - Déficit en las conductas de comunicación no verbal empleadas en la interacción social.
  - Déficit en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se evidencien en dos o más de los siguientes indicadores:
  - Movimientos, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos.

- Insistencia en la repetición, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones comportamiento verbal o no verbal ritualizados.
  - Intereses altamente restringidos y fijos que son anormales por su intensidad o foco de interés.
  - Hiper o hiporreactividad sensorial o un interés inusual por aspectos sensoriales del contexto.
- C. Los síntomas deben estar presentes en el periodo del desarrollo temprano.
- D. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas en el área social, laboral u otras.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo.

#### ***2.1.4. Niveles del TEA***

En la actualidad, se contemplan solo niveles de severidad, los cuales se establecen a partir de las falencias en la comunicación social y en comportamientos repetitivos y estereotipados, suprimiéndose las categorías (Acosta et al., 2016). Estas conductas pueden categorizarse en tres niveles, tomando en cuenta el grado de deterioro y la necesidad de asistencia personalizada. A continuación, se explorarán a detalle cada uno de ellos (Armas et al., 2020).

**Tabla 1***Niveles de severidad del Espectro Autista*

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Déficits graves en las habilidades de comunicación social en un ámbito verbal y no verbal. El sujeto se caracteriza por iniciar en muy pocas oportunidades las interacciones sociales. Además, responden exiguamente a los intentos de interacción ajenos.	Inflexibilidad en el comportamiento y en las rutinas interfiere marcadamente en el funcionamiento; evidenciándose una ansiedad intensa al cambiar el interés o foco de atención.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Déficit notorio en las habilidades de comunicación social, ya sea verbal o no verbal; a pesar del soporte brindado. Su capacidad para comenzar las interacciones es limitada y responde de forma atípica al intento ajeno de interacción.	El comportamiento inflexible y la dificultad para aceptar los cambios u otras conductas restringidas, interfirieren en otros contextos y son visibles para cualquier observador. Además, existe una dificultad al cambiar el foco de interés.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Desprovisto del apoyo, las dificultades de comunicación social comportan una desadaptación evidente. Adicionalmente, se detectan problemas para iniciar interacciones sociales, con respuestas atípicas y puede parecer que su interés por interactuar está disminuido.	La inflexibilidad del comportamiento es interferente en uno o dos entornos. Las dificultades de organización y planificación generan problemas en la independencia.

*Nota.* Datos tomados de la APA (2013).

### **2.1.5. Reacciones de los padres ante el diagnóstico de TEA**

Las etapas que atraviesan los progenitores cuyo hijo tiene el diagnóstico de TEA son muy semejantes a las del duelo ya que se experimenta un sentimiento de pérdida; es decir, los progenitores deben renunciar a su expectativa de tener un hijo sin problemas en su desarrollo (Martínez y Bilbao, 2008).

Por lo tanto, el conocer el diagnóstico de autismo en el hijo puede provocar una crisis inicial y dependerá también del grado de severidad, el nivel de funcionamiento cognitivo y de autovalimiento. Adicionalmente, se halla sujeto a la madurez y estabilidad psicológica de

los progenitores, así como del apoyo de los familiares, amigos y profesionales (Benites, 2010).

Inicialmente, los padres se hayan inmovilizados (shock, bloqueo y aturdimiento) provocado por una noticia inesperada (diagnóstico), ya que no están preparados para asumir que su hijo tiene algún trastorno sin cura. Sin embargo, debido a los progresos científicos, pueden disponer de un apoyo a nivel familiar y profesional; reduciendo el impacto generado (Martínez y Bilbao, 2008).

Luego, se distingue la fase de negación donde los padres no aceptan el diagnóstico y empiezan la búsqueda de segundas opiniones a propósito de que otros profesionales de la salud contradigan el diagnóstico asignado. Existe en riesgo de que las dificultades sean catalogadas como un atraso madurativo; lo cual resulta perjudicial para el inicio de una intervención con evidencia científica.

Prosiguiendo con las siguientes etapas, se identifica la fase de irritación y culpa, los padres intentan averiguar la causa que subyace la condición del menor. Posteriormente, se experimentan sentimientos de desesperanza, que pueden devenir en un estado depresivo.

Finalmente, la última etapa es la de aceptación puesto que los padres, al recibir un conocimiento científico sobre la condición, emitido por los profesionales de la salud, aperturando las intervenciones.

Los mismos autores sentencian que también se ha de tomar en cuenta el perfil competencial de los padres para afrontar las circunstancias de estrés, lo que demanda un ajuste en la dinámica familiar. En ese sentido, es importante que conozcan y comprendan el trastorno, desde las características hasta su repercusión la vida diaria (Rodríguez, 2008; véase en Maitta, et al. 2020). Asimismo, ser consciente de que la convivencia familiar con una

persona que evidencia la condición de TEA no se asocia a un mayor número de divorcios (Baron- Cohen y Bolton, 1998; citado en Benites, 2010).

## **2.2. Creencias**

### **2.2.1. Concepto**

Las creencias son un conjunto de estructuras cognitivas que facilitan la construcción perceptual sobre la realidad; a raíz de un aprendizaje individual y social. El primero, alude a las experiencias previas y el segundo, a la influencia cultural (Lazarus, 1986; citado en Barrera, 2016). En ocasiones, estos pensamientos se tornan automáticos sin ser percatada su implicancia en la expresión de sentimientos o conductas (Paula, 2007). Cabe adicionar que son definidas como ideas preconcebidas formadas y/o aprendidas por la persona durante su vida, a consecuencia de sus interacciones dadas en la sociedad (Ortega y Gasset, 1976, citado en Díez, 2017).

Mientras que, para Camacho (2003), se trata de un producto derivado entre la realidad y los esquemas; es decir, engloba todo aquello en lo que uno cree, confiriendo un sentido al mundo que se percibe y generaliza mediante la experiencia. Finalmente, para Dallos (1996), las creencias son una colección configurada de interpretaciones y premisas acerca de una realidad y está ligada a un fuerte componente emocional. Asimismo, las creencias posibilitan la predección o anticipación de las acciones futuras; además, direcciona la toma de decisiones (véase en Valdés et al., 2007).

### **2.2.2. Clasificación**

Las creencias han sido clasificadas de diversas maneras; sin embargo, la categorización que es avalada por su mayor uso y evidencia reportada es la propuesta por la terapia racional emotiva conductual (TREC) de Albert Ellis, quien distingue entre creencias racionales e irracionales (Ellis, 1982; véase en Labrador, 2008). Las creencias racionales son

lógicas y coherentes; además, se basan en un sustento empírico y originan emociones adaptativas tanto placenteras como displacenteras; las cuales no impiden la realización de metas y, asimismo, generan relaciones interpersonales saludables (Muñoz, 2005).

Por el contrario, las creencias irracionales son dogmáticas y no se fundamentan en la evidencia científica, propiciando una generalización poco conveniente. Además, ocasiona emociones como conductas inapropiadas que obstruyen el cumplimiento de metas u objetivos (Paula, 2007). Al respecto, Valdés et al. (2007) indican que en las familias existen dos tipos de creencias:

- Apropiación: En este caso, los significados definen a las cosas y personas en polaridades, exentos de matices. Expresado, en otros términos, el integrante permanece encasillado sin probabilidad de manifestar su experiencia de otra manera; perjudicando el funcionamiento familiar e impidiendo la resolución de conflictos.

- Proposicionales: Se diferencian por su flexibilidad y pueden incluir nuevas informaciones y experiencias relativas a un evento, cada miembro de la familia y el sistema están prestos al cambio.

### **2.2.3. Creencias erróneas sobre autismo**

La tipología que divide las creencias que tienen los progenitores de un niño con autismo, como describen Valdés et al. (2009), comprende tres dimensiones, las cuales se tomarán en cuenta para la presente investigación. A continuación, se detallarán cada una de ellas:

- Creencias con respecto a la etiología:

- Problemas en el parto: A pesar de que perciben al sufrimiento fetal como causa del TEA; la idea no goza de respaldo científico; no obstante, se puede asociar a problemas al nivel cognitivo en el niño (Cabezas y Fonseca, 2007).



- Trato indiferente de los padres: Se afirmaba que el comportamiento distante y escasamente afectuoso de los padres hacia su hijo estaba ligado a esta condición; sin embargo, el autismo ahora se informa como una condición definida biológicamente (Cuadrado y Valiente, 2005, citado en Valdés et al., 2009).

- Edad avanzada de los padres: Entre los factores de riesgo asociados al autismo se encuentra la edad materna mayor de 35 años al momento del parto; sin embargo, este factor solo es significativo cuando se combina con componentes genéticos.

- Creencias con respecto a las características:

- Ensimismamiento: En las personas con TEA, se observa una dificultad en la comprensión acerca de comportamientos ajenos, por lo que optan por distanciarse en algunas oportunidades. Pese a ello, debe precisarse que un niño con esta condición logra comunicarse, aunque no de la forma acostumbrada por el entorno (Cuadrado y Valiente, 2005, véase en Valdés et al., 2009).

Del mismo modo, Cabezas, y Fonseca (2007) señalan otras creencias correspondientes a esta dimensión.

- Tienen una inteligencia promedio o por encima del promedio: No es propio extralimitarse en las extrapolaciones y aseverar que todos los individuos con autismo poseen una inteligencia promedio ya que dependerá de en qué nivel se encuentre. Aproximadamente, el 75% de los niños con autismo presenta discapacidad intelectual.

- Los niños que a los dos años no demuestren un lenguaje comunicativo son autistas: Uno de los signos de alarma para sospechar que el menor tenga TEA es el déficit en el lenguaje; pero, como ya se mencionó, la intención comunicativa es solo uno de los criterios diagnósticos; por consiguiente, se incurre en un yerro al inferir que, a partir de su ausencia, basta para considerarla como un indicador significativo.

- Siempre aprenden a hablar, leer y escribir: Como se trata de un espectro, algunos adquieren habilidades lingüísticas con mayor facilidad y otros, pueden progresar al comunicar sus necesidades básicas (alimentación, aseo y sueño) por medio de una comunicación alternativa.

- Conductas iguales a las de otros niños sin autismo: El patrón de desarrollo de los niños con TEA no sigue la misma dirección ni velocidad de los niños neurotípicos; lo que, en algunos casos, se muestra desde el alumbramiento tales como el rechazo al pecho materno y al contacto físico.

- Presentan berrinches y agresiones producto de la malacrianza: Los problemas de conducta externalizados como las agresiones y berrinches localizan su origen en la afectación de la función ejecutiva puesto que, la modalidad de expresión de sus problemas respecto a planificar, organizar y cambiar inopinadamente a nuevos esquemas mentales; perturba sus rutinas, así como de la dificultad para aislarse de los estímulos que les provocan tales comportamientos.

- Pueden tener un trabajo remunerado: Dados los atributos observados en las personas con TEA, la inserción en el mundo laboral es complicada: Solo un número pequeño de individuos consigue un empleo.

- Concerniente al tratamiento:

- Cura totalmente la enfermedad: Subrayar que no existe una cura para el trastorno porque no es una enfermedad sino una condición de vida. Así, las intervenciones psicoeducativas enuncian como objetivo el aprendizaje de conductas adaptativas que posibiliten una mayor independencia tanto para la persona con autismo como para su familia (Cabezas y Fonseca, 2007).

- Medicina alternativa y terapia con animales: Esta clase de terapia no dispone de respaldo científico; en consecuencia, su efectividad es cuestionada para ser favorable en el paciente (Nieto, 2006, véase en Valdés et al., 2009).

## **2.3. Cuidador**

### **2.3.1. Definición**

Debe principiarse esta sección señalando que no se reconoce una definición universal sobre cuidador; de manera que, para Sáenz (2016), se refiere a un individuo que asume la responsabilidad de una persona con alguna discapacidad o dependencia que procede de factores biológicos, psicológicos y sociales. En contraste, Pinto et al. (2005) aluden a que es el sujeto que posee una relación de parentesco o es cercano a la familia; adoptando la responsabilidad hacia una persona con una enfermedad crónica y se involucra en la toma de decisiones además de las labores diarios.

Sumado a lo precedente, hace mención al individuo cuya labor se concentra en satisfacer los requerimientos de quien lo necesite; provocando una adaptación a los estilos de vida del enfermo (Rojas, 2017). En síntesis, un cuidador es una persona que se encarga de un individuo que no se puede valerse por sí mismo; suscitando un cambio en su estilo de vida. Un cuidador de una persona con TEA, según la OMS (2022), constituyen los cimientos fundamentales en el tratamiento médico y psicológico, teniendo como objetivo el desarrollo de nuevas habilidades para su autonomía.

### **2.3.2. Características**

Entre las cualidades que deben reunir estos cuidadores tenemos la responsabilidad, la disciplina, la paciencia y la adaptabilidad a las exigencias del entorno, al tiempo que se proporciona compañía y apoyo de índole emocional al enfermo, respaldando en el proceso de la enfermedad (Achury et al., 2013, citado en Seperak, 2016). Asimismo, Durán (2006)

comunica que, a nivel social, un cuidador es descrito como una persona mayor, muchas veces desempleada o que ha experimentado el deseo de abandonar el trabajo; dedicándose al cuidado por un rango de 40 horas a más. Además, junto a sus problemas en sus relaciones sociales, existen dificultades físicas y psicológicas como la depresión y el estrés.

Este último obedece a la permanencia de la sintomatología en el menor, la falta de tolerancia de las conductas autísticas por parte de la familia y la comunidad; así como también, por el insuficiente apoyo de las entidades sanitarios y sociales (Sharpley et al., 1997, citado en Seguí et al., 2008). Además, las habilidades que presentan los cuidadores deben proporcionarle una satisfacción en su labor cotidiana, ya sea remunerado o no, donde se identifica un intercambio emocional y vivencial en su mayoría (Morales, 2013).

En esa línea, la literatura expone el término de “sensibilidad del cuidador” que atañe a sujeto que prestará atención al individuo con la condición de TEA, pues no únicamente se enfocará en las necesidades físicas sino también en las emocionales y sociales (Armas y Cansignia, 2020). De este modo, involucra la renuncia a la carga laboral, invertir más tiempo en el cuidado del menor con autismo y de energía (Bueno et al., 2012); lo que podría derivar en problemas físicos y psicológicos como la ansiedad y depresión (Ruíz et al., 2012).

### ***2.3.3. Tipos de cuidadores***

Los cuidadores pueden ser clasificados en formales e informales. El cuidador formal se conceptualiza como profesional calificado, igualmente las enfermeras (Benjumea, 2004); comprometiendo una capacitación a través de una formación multidisciplinaria a fin de ofrecer un abordaje preventivo, asistencial y educativo tanto al individuo que requiere el cuidado como a su familia (García, 2011, citado en Sáenz, 2016). Además, Escobar et al. (2008) hicieron extensivo que los cuidadores formales, además de presentar una preparación

especializada, cabe señalar a la compensación económica, al horario establecido y un compromiso profesional y personal.

En cuanto a los cuidadores informales, su función es desempeñada por la misma familia o parientes cercanos cuyo objetivo es que la persona enferma se mantenga en su casa (Benjumea, 2004). Entre las características que se evidencian se encuentra el no poseer una instrucción específica, un trabajo ad honorem, compromiso alto por el afecto y no disponer de un horario de atención. Los estudios con este tipo de cuidadores se concentran hacia personas de la tercera edad y afectadas con Alzheimer (Escobar et al., 2008).

#### ***2.3.4. Cumplimiento del cuidador en personas con TEA***

Al recibir el diagnóstico de TEA, así como el de otra discapacidad severa en la etapa infantil, provoca una situación de crisis en la familia; el cual puede ser un estado temporal, predecible y circunstancial; o, por otro lado, puede prolongarse en el tiempo produciendo repercusiones negativas como problemas de salud mental (estrés, depresión y/o angustia, principalmente); sin embargo, entre los factores protectores frente a tal escenario, se acentúa el papel del apoyo familiar y social, asimismo, las características familiares y la condición socioeconómica.

Frecuentemente, en los casos de autismo en la familia, es la mamá quien se ocupa de la crianza del hijo diagnosticado; siendo una decisión que puede perturbar la dinámica y economía familiares (Seperak, 2016) debido al rol tradicional que se atribuye madre con respecto a los quehaceres familiares (Gómez, 2008). A decir de Bueno et al. (2012), si bien un 70 % de los padres se dedicaban al cuidado de su hijo con autismo casi todo el día, fueron las madres (73.7 %), quienes renunciaron a sus trabajos a fin de dedicarse por mayor tiempo a brindar dicho cuidado.

La relevancia del cuidador es trascendente dado que su atención proporcionada a la persona con TEA comporta la satisfacción personalizada de sus necesidades, teniendo como finalidad acrecentar la tasa de respuestas adaptativas y contraer la brecha entre el repertorio conductual actual y el esperado según su estadio de desarrollo. A partir de lo descrito, se desprende un mejoramiento de la calidad de vida de la persona y de sus interacciones sociales. De la misma manera, implica el apoyo profesional con su labor directiva a través de pautas y actividades que puedan realizar en la vida diaria (Rojas, 2017).

Este cumplimiento puede suponer efectos nocivos para la salud física y mental de los cuidadores como: el estrés, la ansiedad y la depresión; incluso existe un constructo clínico respecto a ello y se denomina “síndrome del cuidador” (Seguí et al., 2008) y cuya etiología responde a una sobrecarga por las demandas laborales a nivel físico, emocional, social y económico tras ofrecer el cuidado hacia la persona que lo requiere (Roig, 1998, citado en Sáenz, 2016). En torno a la temática, Palomino et al. (2014) indican que las acciones que debe llevar a cabo el cuidador en la casa están comprendidas en la atención en un plano social, cognitivo y psicomotriz. Este modelo teórico servirá como marco de referencia para la presente investigación. Así, a continuación, se explicará detenidamente cada una de ellas.

➤ Atención social:

Esta categoría incluye acción conjunta, iniciativa para aperturar interacciones y estados emocionales ante tareas en grupo; considerándose que, para la persona con autismo, se insta particularmente en actividades de aprendizaje de dicha índole. En ese afán, se opta por promover las interacciones mediante juegos y elementos reforzantes como los juguetes; favoreciendo el desarrollo de la comunicación social.

➤ Cognitiva:

Hace mención al aprendizaje de repertorios básicos para la independencia; cuyo logro se efectúa paulatinamente y afianzándose a partir de la socialización. Precisamente, en los individuos con TEA, los avances en este rubro benefician su seguridad, control del contexto y de sí mismo, su identidad y la adquisición de normas. Conductas que pueden ubicarse en el apartado cognitivo en favor de la autonomía son el acto de guardar la lonchera, cambiarse de ropa, lavarse las manos, etc. Estas actividades facilitan el desenvolvimiento en el medio natural como el hogar.

➤ **Psicomotriz:**

Es la colección de aspectos referentes a la conducta corporal tales como el tono muscular, el ritmo, el equilibrio, el movimiento, la respiración y el gesto; todos consignados a la instauración del conocimiento corporal en el circundante. En ese sentido, el dominio compromete una conexión entre el pensamiento y las acciones; pudiendo incluir una planificación acorde a las situaciones. Por tanto, se subraya que el cuidador debe participar activamente en talleres de sensibilización en aras del fortalecimiento de los estilos de afrontamiento y la concientización sobre el estado del diagnóstico asignado a sus hijos.

### ***2.3.5. Entrenamiento a cuidadores de niños con TEA***

El entrenamiento de los cuidadores se declara un componente indispensable para una intervención eficaz y se circunscribe en el lineamiento teórico que fundamenta la terapia conductual. Es válido comentar que su metodología es respaldada por su alta evidencia científica respecto al abordaje tanto de los menores de edad con TEA como de los padres y/o cuidadores (Miranda et al., 2018, citado en Castañeda et al., 2020). La instrucción conductual se estima influyente debido a que la convivencia con un hijo que presente un diagnóstico de TEA puede vincularse a niveles altos de estrés; mayor aun cuando no se llevó a cabo un

pronto diagnóstico, específicamente antes de los cinco años; del mismo modo cuando no se presencia una característica física concreta (Martínez y Bilbao, 2008).

Por ende, se requiere, como señaló Rey (2006), que los cuidadores sean entrenados en tenor de un marco teórico y técnicas con validez científica. En ese rubro, como lo propuso Miltenberger (1996; véase en Castañeda et al. 2020), se tiene al sistema de intervención llamado “Entrenamiento en Habilidades Conductuales” (BST), cuyo objetivo estriba en que la persona adquiera capacidades útiles. Los recientes estudios han contrastado la efectividad de este grupo de procedimientos en torno a instrucciones, modelado, ensayo conductual y retroalimentación.

Como lo comprobó Lovaas et al. (1973, véase en Prata et al., 2018), los niños cuyos padres recibieron entrenamiento continuaron mejorando en sus habilidades; en comparación con los niños que únicamente asistían a centros educativos, quienes retrocedieron en sus progresos ya adquiridos.

Asimismo, Bonilla (2021) refirió que la falta de conocimiento sobre el autismo se relaciona con los cuidados provistos por los padres, lo cual no contribuye con el bienestar de sus hijos con TEA. Por ello, entrenar a los cuidadores, al ampliar el conocimiento y comprensión del niño, fomenta la incorporación de la intervención en el contexto del menor y, sobre todo, permite la generalización de las habilidades aprendidas (sociales y comunicacionales). Adicionalmente, aminora el estrés y auspicia la confianza y la calidad de vida (Prata et al., 2018).



### III. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo sustantivo descriptivo; cuya orientación apunta al conocimiento y descripción de la realidad, tal como se evidencia en un contexto específico (Sánchez y Reyes, 2015).

Por otra parte, la investigación es de enfoque cuantitativo y diseño no experimental, puesto que no se manipularon deliberadamente las variables dado que se enfoca en la observación de los fenómenos en su medio natural para su posterior análisis (Hernández y Mendoza, 2018). Además, es de tipo transversal con un alcance correlacional debido a que se procedió con la recolección de los datos en un momento determinado y se estableció la relación entre dos o más variables (Hernández y Mendoza, 2018).

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó en las instalaciones de los tres Centros de Educación Básica Especial (CEBE) ubicados en los distritos de Surquillo, Miraflores y San Borja; de la Unidad de Gestión Educativa Local N°07 (UGEL 07) y pertenecientes a Lima Centro, durante el año 2019, abarcando los meses de setiembre a noviembre.

#### 3.3. Variables

Las variables utilizadas para la investigación fueron las sucesivas y se detallan a continuación:

- Creencias erróneas sobre el autismo:

*Definición conceptual*

Son modelos cognitivos que emplean los individuos a efectos de adaptarse al contexto, influyendo en su manera de sentir y actuar. Además, son erróneas sobre el autismo cuando no cuentan con un respaldo científico (Valdés et al., 2009).

#### *Definición operacional*

La variable estará sujeta a medida a través de los puntajes que se obtengan con la aplicación del cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”, diseñado por Valdés et al. (2009) y adaptado por Rojas (2017).

➤ Cumplimiento del cuidador:

#### *Definición conceptual*

De acuerdo con Palomino et al. (2014), la atención dedicada del cuidador a la persona con diagnóstico de autismo engloba tareas que coadyuven a la independencia, la calidad de vida y una adaptativa interacción social. Del mismo modo, concierne al apoyo profesional de carácter multidisciplinario; el cual consiste en instruir a los cuidadores respecto a las actividades con la finalidad de que sean replicadas en su vida cotidiana.

#### *Definición operacional*

La variable será sometida a examinación mediante los puntajes alcanzados a partir de la administración del “Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención”, elaborado por Palomino et al. (2014).

### **3.4. Población y muestra**

La población estuvo constituida por 111 madres y padres de tres Centros de Educación Básica Especial (CEBE) localizados en los distritos de Surquillo, Miraflores y San Borja; de la UGEL 07 y perteneciente a Lima Centro. Sus edades oscilaron entre los 18

y 50 años, siendo agrupados según las etapas de vida y considerando la clasificación provista por el MINSA (2016): Jóvenes (18-29 años) y adultos (30 a 59 años).

Para esta investigación, se recurrió al muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández y Mendoza, 2018) ya que se aplicaron los instrumentos en base a los criterios de inclusión de la investigadora, resultando un tamaño muestral de 68 padres.

En la tabla 2, se aprecian los datos sociodemográficos de la muestra de estudio, exponiéndose el 79.4 % de los padres de estudiantes con TEA corresponde al género femenino, el 94.1% es adulto y el 55.9 % proviene de familias nucleares; finalmente, la mayoría pertenece a los CEBE de María Auxiliadora y Miraflores, equivaliendo al 39.7% para cada uno.

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas de la muestra*

Características sociodemográficas	Fr	%
<b>Género</b>		
Masculino	14	20.6
Femenino	54	79.4
<b>Etapas de vida</b>		
Jóvenes (18 a 29 años)	4	5.9
Adulto (30 a 59 años)	64	94.1
<b>Cebe</b>		
María Auxiliadora	27	39.7
Surquillo	14	20.6
Miraflores	27	39.7
<b>Tipo de Familia</b>		
Nuclear	38	55.9
Monoparental	10	14.7
Compuesta	8	11.8
Extendida	12	17.6

### **3.5. Instrumentos**

#### **3.5.1. Cuestionario: “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”.**

El instrumento que se suministró fue el cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”, creado por Valdés, et al. (2009) en México. Además, se dispone de una versión peruana del año 2017, cuya autora es Rojas. La administración puede ser individual o colectiva, estando dirigida a padres de niños con autismo. El tiempo de duración de la aplicación del cuestionario es de 15 minutos, aproximadamente. El cuestionario se integra por 23 ítems distribuidos en tres dimensiones: Etiología (1-8), características (9 -14) y tratamiento (15-23). Tales reactivos se califican de acuerdo a una escala de tipo Likert que consta de cuatro valoraciones, donde 0= *completamente en desacuerdo* y 4= *completamente de acuerdo*. La sumatoria de las puntuaciones, con el objetivo de hallar una interpretación general de las creencias erróneas sobre autismo, puede situarse en uno de los siguientes tres niveles: Bajo (0-33), moderado (34-40) o alto (41 a más).

- ***Validez y confiabilidad***

El cuestionario en su versión original, siendo construido por Valdés et al. (2009), fue aplicado a una población compuesta por 40 padres de dos centros terapéuticos que radican en México a fin de averiguar la validez de contenido mediante juicio de expertos y la fiabilidad, por su parte, se midió por consistencia interna, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de .90; en consecuencia, se interpretó una alta confiabilidad. En nuestro contexto, Rojas (2017) realizó una adaptación del instrumento, teniendo una muestra de 52 padres pertenecientes a tres centros especiales de Lima Sur. Se determinó la validez de

contenido, llegando a un coeficiente V de Aiken superior a .80 para todos los ítems; mientras que, respecto a la confiabilidad por consistencia interna, se alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de .823, pudiéndose inferir una alta fiabilidad.

En el caso del presente estudio, la validez fue a través de las correlaciones ítems/ test, se identificó que los reactivos 9, 15, 17, 18 y 21 no lograron medir lo que se pretendía medir en la muestra evaluada. En cuanto a la validez por correlaciones ítems/ dimensión, se halló que todos los ítems midieron lo vinculado a su dimensión; conclusión que se desprende de una  $p < .05$ . Finalmente, en torno a las correlaciones dimensión/ cuestionario, se reconocieron coeficientes bajos.

En lo que atañe a la confiabilidad de la puntuación total, se visualizó un coeficiente alfa de Cronbach de .784 y un coeficiente omega de McDonald de .800; los cuales se tipifican como valores aceptables desde la perspectiva de Campos y Oviedo (2008; citado en Ventura y Caycho, 2017). Además, a nivel de dimensiones, se evidenciaron los sucesivos coeficientes: Etiología ( $\alpha=.780$ ;  $\omega=.810$ ), características ( $\alpha=.577$ ;  $\omega=.587$ ) y tratamiento ( $\alpha=.671$ ;  $\omega=.684$ ). (Véase anexo F).

### **3.5.2. Cuestionario “Cumplimento del cuidador en la atención”.**

El cuestionario que se administró se titula “Cumplimento del cuidador en la atención”, que fue diseñado por Palomino et al. (2014) en el territorio nacional. Su modalidad de aplicación es colectiva y está dirigida a los cuidadores que asisten a personas con autismo. El tiempo de duración de la administración del cuestionario es de 10 minutos, aproximadamente. Ahora bien, el cuestionario está constituido por 15 ítems distribuidos en tres dimensiones: Social (1-5), cognitiva (6-10) y psicomotriz (11-15). Los reactivos pueden ser puntuados considerando una escala de tipo Likert de tres puntos; donde 1= *nunca*, 2= *a*

veces y 3= *siempre*, Además, evalúa el cumplimiento de cuidador de manera global, de modo que la sumatoria de puntuaciones puede ubicarse en uno de los tres niveles: Deficiente (0-33), regular (34-40) y eficiente (41 a más).

- ***Validez y confiabilidad***

La validez del instrumento fue efectuada por Palomino et al. (2014) a partir de una muestra formada por 31 cuidadores pertenecientes a un centro de Carabayllo. El proceso incluyó la evaluación mediante el criterio de 10 jueces expertos, obteniéndose coeficientes V de Aiken mayores a .80 para todos los ítems. En cuanto a la confiabilidad, esta se estableció por consistencia interna y el coeficiente alfa de Cronbach tuvo un valor de .95. Adicionalmente, en el 2017, Rojas llevó a cabo la validez de constructo en una muestra de 52 padres de tres centros especiales de Lima Sur, arrojando correlaciones muy significativas ( $p < .001$ ); mientras que la confiabilidad por el método de consistencia interna obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .841.

Por otro lado, para el presente estudio, la validez través de las correlaciones ítems/ test indicó que todas preguntas midieron lo que se buscaba medir en la muestra evaluada. Prosiguiendo con las correlaciones ítems/ dimensión, se encontró que todos los ítems midieron lo dispuesto operacionalmente a su dimensión al registrarse una  $p < .05$ . Por último, las correlaciones dimensión/ cuestionario se catalogaron como bajas. En lo referente a la confiabilidad por consistencia interna, se halló un coeficiente de alfa de Cronbach equivalente a .782 y un omega de McDonald de (.786); valorándose como aceptables, de conformidad con Campos-Arias y Oviedo (2008; citado en Ventura y Caycho, 2017). En cuanto a las dimensiones, los coeficientes fueron los sucesivos: Social ( $\alpha = .505$ ;  $\omega = .529$ ), cognitivo ( $\alpha = .681$ ;  $\omega = .684$ ) y tratamiento ( $\alpha = .632$ ;  $\omega = .667$ ). (Véase anexo F).

### **3.6 Procedimientos**

En primer lugar, se revisó la literatura científica con el fin de profundizar sobre las variables de investigación; luego, se procedió a estimar las propiedades psicométricas mediante un estudio piloto. En tal virtud, se coordinó con los directores de cada institución educativa, asimismo, se realizó la recepción de la carta de presentación de la universidad. Previo a la administración de los instrumentos, cada participante recibió un consentimiento informado (anexo A), para proseguir con la aplicación sistemática de los cuestionarios. Posteriormente, a partir de los datos recolectados con los cuestionarios administrados, se construyó una base de datos en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27 y Jamovi, donde se generaron los análisis estadísticos pertinentes. Finalmente, se efectuó la tabulación de los resultados; así como también su interpretación y la redacción de la discusión y las conclusiones que figuran en el informe final.

### **3.7 Análisis de datos**

Los datos recopilados fueron sometidos a un tratamiento estadístico mediante el programa (SPSS) versión 27 y Jamovi. Cabe contemplar que, en primer lugar, se generó el análisis estadístico-descriptivo de las puntuaciones obtenidas para cada una de las variables estudiadas según porcentajes y frecuencias.

Alusivo al análisis exploratorio de los datos, se concretó una contrastación de hipótesis para determinar si las puntuaciones de ambas variables cumplen con una distribución normal. En ese sentido, se utilizó la prueba Shapiro- Wilk; que, a diferencia de Kolmogorov-Smirnov (K-S), presenta más poder (Ghasemi y Zahediasl, 2012), además de emplearse para muestras pequeñas. Tomando en cuenta el resultado, se escogió la prueba correlacional idónea, pudiendo ser paramétrica o no paramétrica en favor del desarrollo del

análisis estadístico-inferencial. Se inició abordando las variables de comparación (género, CEBE y tipo de familia), y, luego, el tratamiento correlacional entre las creencias erróneas sobre autismo y el cumplimiento del cuidador.



## IV. RESULTADOS

### 4.1. Relación entre las variables de estudio

Tras emplearse la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (ver tabla 3), se infiere que, a juzgar por las cifras visualizadas, las puntuaciones de la dimensión “tratamiento” de las creencias erróneas sobre autismo y todas las dimensiones del cumplimiento del cuidador no se ajustan a la distribución normal ( $p < .05$ ).

**Tabla 3**

*Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk para creencias erróneas sobre autismo y cumplimiento del cuidador*

Variables	Dimensiones	Z	p
Creencias erróneas sobre autismo	Etiología	.966	.064
	Características	.984	.054
	Tratamiento	.955	.015
	Total	.978	.267
Cumplimiento del cuidador	Social	.953	.012
	Cognitiva	.760	.001
	Psicomotriz	.964	.0045
	Total	.976	.211

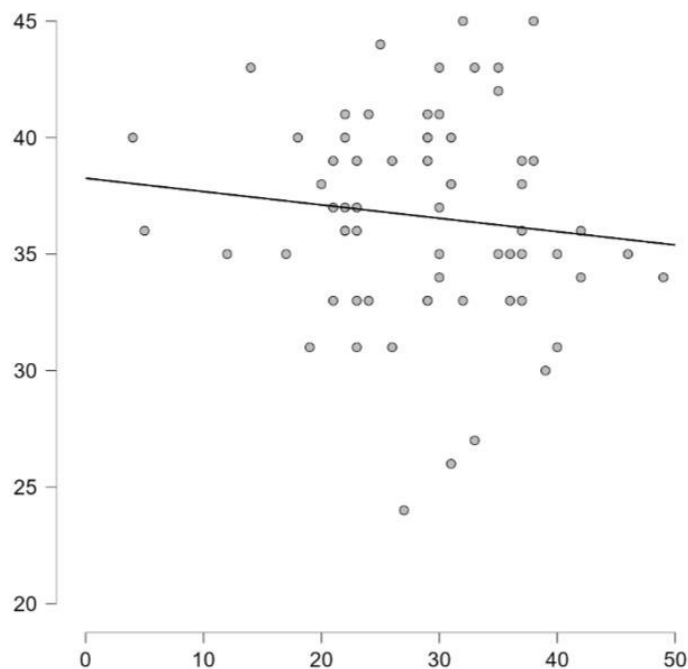
En la figura 1, se muestra la tendencia de los datos en la correlación de producto-momento de Pearson [ $r$ ], entre las variables de estudio. El coeficiente resultante es negativo, bajo y no significativo ( $r = -.11$ ,  $p > .05$ ); con un tamaño de efecto pequeño.

Según lo dispuesto en la figura, se interpreta que, mientras menores fueron las puntuaciones obtenidas en la escala de creencias erróneas sobre el autismo; mayores

puntuaciones se presentaron en la escala del cumplimiento del cuidador o viceversa. Adicionalmente, la prueba de significancia estadística permite concluir que esta evidencia no puede extrapolarse más allá de la muestra observada.

### Figura 1

*Diagrama de dispersión de la relación entre creencias erróneas sobre el autismo y cumplimiento del cuidador*



*Nota:* Eje 'X'=Creencias erróneas sobre el Autismo, eje 'Y'=Cumplimiento del cuidador

## 4.2. Descripción de las variables de estudio por frecuencias y porcentajes

### ➤ Creencias erróneas sobre autismo

En la tabla 4, se identifican los niveles alcanzados de las creencias erróneas sobre el autismo en los participantes, pudiéndose advertir que, pese a que el 35.3% de los padres y

madres encuestados se localiza en un nivel bajo; existe un 33.8% de la muestra con un nivel alto. Respecto a las dimensiones, en “tratamiento”, 42.6% se categoriza en un nivel bajo.

**Tabla 4**

*Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre autismo*

Nivel	Etiología		Características		Tratamiento		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	25	36.8	28	41.2	29	42.6	24	35.3
Medio	22	32.3	16	23.5	21	30.9	21	30.9
Alto	21	30.9	24	35.3	18	26.5	23	33.8

Como se plantea en la tabla 5, la prevalencia en los niveles de las creencias erróneas sobre el autismo según el CEBE, para la muestra de estudio; se puede observar que, desde una óptica centrada en las dimensiones, el CEBE de Miraflores obtuvo un nivel bajo en la dimensión “tratamiento” (22.1%); mientras que, tomando en cuenta el puntaje total, el CEBE de María Auxiliadora logró niveles bajos y uno alto con el mismo porcentaje (14.7%), así como en el CEBE de Miraflores, pero en el nivel medio.

**Tabla 5***Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre autismo según CEBE*

CEBE	Nivel	Etiología		Características		Tratamiento		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
María Auxiliadora	Bajo	9	13.2	11	16.2	8	11.8	10	14.7
	Medio	12	17.6	7	10.3	10	14.7	7	10.3
	Alto	6	8.8	9	13.2	9	13.2	10	14.7
Surquillo	Bajo	6	8.8	6	8.8	6	8.8	5	7.4
	Medio	2	2.9	4	5.9	4	5.9	4	5.9
	Alto	6	8.8	4	5.9	4	5.9	5	7.4
Miraflores	Bajo	10	14.7	11	16.2	15	22.1	9	13.2
	Medio	8	11.8	5	7.4	7	10.3	10	14.7
	Alto	9	13.2	11	16.2	5	7.4	8	11.8

En la tabla 6, se informa la prevalencia en los niveles de las creencias erróneas sobre el autismo de acuerdo con el género; detectándose que el género femenino se posicionó en un nivel bajo en todas las dimensiones; sin embargo, en la dimensión “tratamiento” registró una mayor frecuencia (32.3%). En el caso del puntaje total, el mismo género se ubicó en un nivel bajo (27.9%); seguido del nivel medio (26.5%).

**Tabla 6***Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre el autismo según género*

Género	Nivel	Etiología		Características		Tratamiento		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Femenino	Bajo	21	30.9	21	30.9	22	32.3	19	27.9
	Medio	16	23.5	14	20.6	18	26.5	18	26.5
	Alto	17	25	19	27.9	14	20.6	17	25
Masculino	Bajo	4	5.9	7	10.3	7	10.3	5	7.4
	Medio	6	8.8	2	2.9	3	4.4	3	4.4
	Alto	4	5.9	5	7.4	4	5.9	6	8.8

En la tabla 7 se evidencia la prevalencia en los niveles de las creencias erróneas sobre el autismo según el tipo de familia en los participantes, se puede reconocer que, focalizándose en las dimensiones, el tipo nuclear de familia se clasificó en un nivel bajo en la dimensión “Características” (26.5%); mientras que, basándose en el puntaje total, igualmente el tipo nuclear, se ocupó en el mismo nivel (20.6%), seguido del nivel alto (19.1%).

**Tabla 7**

*Distribución de los niveles de las creencias erróneas sobre el autismo según tipo de familia*

Tipo de familia	Nivel	Etiología		Características		Tratamiento		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nuclear	Bajo	16	23.5	18	26.5	14	20.6	14	20.6
	Medio	11	16.2	7	10.3	12	17.6	11	16.2
	Alto	11	16.2	13	19.1	12	17.6	13	19.1
Monoparental	Bajo	3	4.4	1	1.5	4	5.9	1	1.5
	Medio	3	4.4	4	5.9	3	4.4	5	7.4
	Alto	4	5.9	5	7.4	3	4.4	4	5.9
Compuesta	Bajo	1	1.5	4	5.9	3	4.4	3	4.4
	Medio	4	5.9	2	2.9	3	4.4	2	2.9
	Alto	3	4.4	2	2.9	2	2.9	3	4.4
Extendida	Bajo	5	7.4	5	7.4	8	11.8	6	8.8
	Medio	4	5.9	3	4.4	3	4.4	3	4.4
	Alto	3	4.4	4	5.9	1	1.5	3	4.4

➤ **Cumplimiento del cuidador**

En la tabla 8, se muestran los niveles del cumplimiento del cuidador en los participantes evaluados, identificándose que el 41.2% posee un nivel deficiente; asimismo, el 47.1% de la dimensión “psicomotriz” alcanzó el nombrado nivel.

**Tabla 8**

Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador

Nivel	Social		Cognitiva		Psicomotriz		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Deficiente	30	44.1	26	38.2	32	47.1	28	41.2
Regular	16	23.5	14	20.6	13	19.1	22	32.4
Eficiente	22	32.4	28	41.2	23	33.8	18	26.5

En la tabla 9, se observa la prevalencia en los niveles de cumplimiento del cuidador según el CEBE en los participantes. Respecto a las dimensiones, el CEBE de Miraflores obtuvo un nivel deficiente en la dimensión “psicomotriz” (23.5%); mientras que, contemplando la puntuación total, el mismo CEBE, se situó en el nivel deficiente (22.1%).

**Tabla 9***Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador según el CEBE*

CEBE	Nivel	Social		Cognitiva		Psicomotriz		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
María Auxiliadora	Deficiente	11	16.2	8	11.8	9	13.2	7	10.3
	Regular	5	7.4	7	10.3	5	7.4	11	16.2
	Eficiente	11	16.2	12	17.6	13	19.1	9	13.2
Surquillo	Deficiente	5	7.4	5	7.4	7	10.3	6	8.8
	Regular	5	7.4	3	4.4	2	2.9	3	4.4
	Eficiente	4	5.9	6	8.8	5	7.4	5	7.4
Miraflores	Deficiente	14	20.6	13	19.1	16	23.5	15	22.1
	Regular	6	8.8	4	5.9	6	8.8	8	11.8
	Eficiente	7	10.3	10	14.7	5	7.4	4	5.9

Como se visualiza en la tabla 10, la prevalencia en los niveles de cumplimiento del cuidador según el género, en los padres y madres consultados, el género femenino se ubicó

en un nivel deficiente para todas las dimensiones; pero, con mayor frecuencia, en la dimensión “social” (36.8%), mientras que, de conformidad con el puntaje total, también el género femenino se posicionó en el nivel antes señalado (30.9%).

**Tabla 10**

*Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador sobre el autismo según el género*

Género	Nivel	Social		Cognitiva		Psicomotriz		Total	
		Fr	%	Fr	%	F	%	Fr	%
Femenino	Deficiente	25	36.8	20	29.4	21	30.9	21	30.9
	Regular	11	16.2	11	16.2	12	17.6	18	26.5
	Eficiente	18	26.5	23	33.8	21	30.9	15	22.1
Masculino	Deficiente	5	7.4	6	8.8	11	16.2	7	10.3
	Regular	5	7.4	3	4.4	1	1.5	4	5.9
	Eficiente	4	5.9	5	7.4	2	2.9	3	4.4

Como figura en la tabla 11, la prevalencia en los niveles de cumplimiento del cuidador, de acuerdo con el tipo de familia, en los encuestados; se puede observar que, concerniente a las dimensiones, que el tipo nuclear de familia obtuvo un nivel deficiente en la dimensión “psicomotriz” (27.9%), mientras que, en torno al puntaje general, del mismo modo, el tipo nuclear, se categorizó en el mencionado nivel (23.3%).



**Tabla 11***Distribución de los niveles de cumplimiento del cuidador según tipo de familia*

Tipo de familia	Nivel	Social		Cognitiva		Psicomotriz		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nuclear	Deficiente	15	22.1	14	20.6	19	27.9	16	23.5
	Regular	10	14.7	9	13.2	8	11.8	11	16.2
	Eficiente	13	19.1	15	22.1	11	16.2	11	16.2
Monoparental	Deficiente	4	5.9	3	4.4	4	5.9	3	4.4
	Regular	4	5.9	1	1.5	2	2.9	5	7.4
	Eficiente	2	2.9	6	8.8	4	5.9	2	2.9
Compuesta	Deficiente	5	7.4	3	4.4	4	5.9	4	5.9
	Regular	2	2.9	2	2.9	2	2.9	3	4.4
	Eficiente	1	1.5	3	4.4	2	2.9	1	1.5
Extendida	Deficiente	6	8.8	6	8.8	5	7.4	5	7.4
	Regular	0	0	2	2.9	1	1.5	3	4.4
	Eficiente	6	8.8	4	5.9	6	8.8	4	5.9

#### 4.3. Determinación de las diferencias significativas en las variables de control

En la tabla 12, se aprecia que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con la variable creencias erróneas sobre el autismo en función del CEBE ( $p > .05$ ); solo se encontró un tamaño pequeño para la dimensión “tratamiento” ( $\eta_p^2 = .042$ ), en los demás casos, la tendencia fue nula.

**Tabla 12***Creencias erróneas sobre el autismo en función del CEBE*

Grupos	<i>M (DE)</i>	Análisis inferencial			$\eta_p^2$
		<i>F</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	
Creencias irracionales sobre el autismo					
María Auxiliadora	28.74 (7.0)	.07	-	.94	.002
Surquillo	29.14 (11.35)				
Miraflores	28.15 (8.90)				
Etiología					
María Auxiliadora	7.22 (3.42)	.17	-	.85	.005
Surquillo	7.43 (6.44)				
Miraflores	7.93 (4.47)				
Características					
María Auxiliadora	8.0 (2.73)	.11	-	.90	.003
Surquillo	8.0 (3.88)				
Miraflores	8.37 (3.24)				
Tratamiento					
María Auxiliadora	13.52 (3.48)	-	2.52	.28	.042
Surquillo	13.71 (5.85)				
Miraflores	11.85 (3.74)				

*Nota:* Tamaños de los grupos (*n*): María Auxiliadora=27, Surquillo=14, Miraflores=27. *M*=media, *DE*=desviación estándar o típica, *F*=estadístico de la distribución Fisher, *H*=estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula al 95% de confianza,  $\eta_p^2$ =tamaño del efecto eta parcial al cuadrado.

Haciendo referencia a los objetivos que buscan comparar el grado de las creencias erróneas sobre el autismo en función al género (véase en la tabla 13); que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ), en relación con el tamaño de efecto, solo en la dimensión “características” fue pequeño ( $d=.26$ ); de lo cual se deriva que el género del progenitor en la muestra de estudio se encuentra asociado a las creencias erróneas sobre las características del autismo, siendo superior en el género femenino ( $M=8.32$ ,  $DE=3.06$ ) que

en el masculino ( $M=7.50$ ,  $DE=3.50$ ), en los demás el tamaño de efecto tuvo una tendencia nula.

**Tabla 13**

*Creencias erróneas sobre el Autismo en función del género de los padres*

Grupos	$M (DE)$	Análisis inferencial			Tamaño del efecto	
		$t (gl)$	$U$	$p$	$d$	$r_b$
Creencias irracionales sobre el autismo						
Femenino	28.72 (8.25)	.25 (66)	-	.80	.08	-
Masculino	28.07(10.40)					
Etiología						
Femenino	7.52 (4.56)	.09 (66)	-	.93	.03	-
Masculino	7.64 (4.55)					
Características						
Femenino	8.32 (3.06)	.86 (66)	-	.39	.26	-
Masculino	7.50 (3.50)					
Tratamiento						
Femenino	12.89 (4.16)	-	384.5	.93	-	.02
Masculino	12.93 (4.45)					

*Nota:* Tamaños de los grupos (n): Femenino=54, Masculino=14.

$t$ =estadístico de la distribución  $t$  de Student,  $gl$  = grados de libertad,  $U$ =estadístico U de Mann-Whitney,  $p$ =valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula al 95% de confianza,  $d$ =tamaño del efecto de Cohen,  $r_b$  = coeficiente de correlación rango-biserial (tamaño del efecto).

En la tabla 14, figura la comparación entre las medias de la variable de creencias erróneas sobre el autismo en función del tipo de familia, donde no se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ), con un tamaño de efecto pequeño.

**Tabla 14***Creencias erróneas sobre el Autismo en función del tipo de familia*

Grupos	<i>M (DE)</i>	Análisis inferencial			$\eta_p^2$
		<i>F</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	
Creencias irracionales sobre el autismo					
Nuclear (1)	28.71 (8.35)	.59	-	.63	.027
Monoparental (2)	31.30 (6.91)				
Compuesta (3)	27.86 (10.80)				
Extendida (4)	26.42 (9.79)				
Etiología					
Nuclear	7.13 (4.54)	.46	-	.71	.021
Monoparental	8.40 (4.38)				
Compuesta	8.88 (4.19)				
Extendida	7.25 (5.08)				
Características					
Nuclear	8.13 (3.31)	.90	-	.45	.040
Monoparental	9.40 (2.63)				
Compuesta	7.0 (3.07)				
Extendida	7.92 (3.06)				
Tratamiento					
Nuclear	13.45 (4.61)	-	3.26	.35	.046
Monoparental	13.50 (3.31)				
Compuesta	12.0 (4.11)				
Extendida	11.25 (3.25)				

*Nota:* Tamaños de los grupos (*n*): Nuclear=38, Monoparental=10, Compuesta=8, Extendida=12. *M*=media, *DE*=desviación estándar o típica, *F*=estadístico de la distribución Fisher, *H*=estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula al 95% de confianza,  $\eta_p^2$ =tamaño del efecto eta parcial al cuadrado.

Mientras en la tabla 15, se visualiza las puntuaciones medias de la variable cumplimiento del cuidador en función a los CEBE, solo evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en la puntuación total y en la dimensión “psicomotriz”.

En cuanto a la puntuación total, en un análisis post-hoc, reveló diferencias estadísticamente significativas solo en las puntuaciones del Cumplimiento del cuidador entre

los CEBE: María Auxiliadora – Miraflores ( $t=2.86$ ,  $p_{Scheffe}<.05$ ;  $p_{Bonferroni}<.05$ ). No obstante, un análisis de pares realizado a través del tamaño del efecto de Cohen, se reconocieron diferencias de tamaño pequeño entre las instituciones educativas María Auxiliadora-Surquillo ( $t= 1.22$ ,  $p >.05$ ;  $d=.40$ ) y los de Surquillo-Miraflores ( $t=1.14$ ,  $p>.05$ ;  $d=.38$ ); mientras que, tales diferencias fueron medianas entre los CEBE de María Auxiliadora-Miraflores ( $d=.78$ ). Finalmente, el tamaño de efecto del Cumplimiento del cuidador en función al CEBE fue medio ( $\eta_p^2=.112$ ). Esto implica que la institución donde los padres hayan matriculado a sus hijos con TEA tiene un grado de influencia (varianza explicada) sobre su desempeño (expresado a través de puntuaciones) como proveedores de cuidado a sus hijos. Esto se extiende a establecer una relación entre dichas variables.

Concerniente a la dimensión “psicomotriz”, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: María Auxiliadora - Surquillo ( $t=3.14$ ,  $p_{Scheffe}<.05$ ;  $p_{Bonferroni}<.05$ ). Por otro lado, se identificaron diferencias de tamaño pequeño entre los grupos de Surquillo-Miraflores ( $t= .68$ ,  $p >.05$ ;  $d= .22$ ), medianas entre María Auxiliadora-Surquillo ( $d= .63$ ), y grandes entre de María Auxiliadora-Miraflores ( $d=.85$ ). Adicionalmente, el tamaño del efecto del Cumplimiento del cuidador en la dimensión “Psicomotriz” en función al CEBE, fue moderado ( $\eta_p^2=.137$ ).

En el caso de la dimensión “social”, el análisis inferencial no determinó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $H= 3.08$ ,  $p >.05$ ), siendo mediano el tamaño del efecto ( $\eta_p^2=.060$ ). Por el contrario, un análisis post-hoc reflejó diferencias de tamaño pequeño entre los pares: María Auxiliadora-Surquillo ( $t= .85$ ,  $p >.05$ ;  $d= .28$ ) y Surquillo-Miraflores ( $t= .84$ ,  $p >.05$ ;  $d= .28$ ); mientras que tales diferencias fueron medianas entre los

pares: María Auxiliadora-Miraflores ( $t= 2.04$ ,  $p >.05$ ;  $d=. 56$ ); pero, las diferencias entre pares no resultaron estadísticamente significativas.

En cuanto a la dimensión “cognitiva”, determinaron diferencias estadísticamente no significativas entre los grupos ( $H=1.32$ ,  $p>.05$ ), siendo pequeño el tamaño de efecto ( $\eta_p^2=.029$ ). Mientras un análisis posterior identificó diferencias de tamaño pequeño en: María Auxiliadora – Miraflores ( $t=1.27$ ,  $p>.05$ ;  $d=.35$ ) y Surquillo – Miraflores ( $t=1.06$ ,  $p>.05$ ;  $d=.35$ ); mientras que, entre los grupos María Auxiliadora – Surquillo ( $t=.01$ ,  $p>.05$ ;  $d=.004$ ) no se halló diferencias.

**Tabla 15**

*Cumplimiento del cuidador en función del CEBE*

Grupos	<i>M (DE)</i>	Análisis inferencial			$\eta_p^2$	Análisis Post-hoc
		<i>F</i>	<i>H</i>	<i>p</i>		
Cumplimiento del cuidador						
María Auxiliadora (1)	38.36 (4.18)	4.09	-	<.05	.112	1 > 2 > 3
Surquillo (2)	36.57 (3.57)					
Miraflores (3)	35.0 (4.46)					
Social						
María Auxiliadora	12.04 (1.70)	-	3.08	.21	.060	1 > 2 > 3
Surquillo	11.57 (1.51)					
Miraflores	11.11 (1.72)					
Cognitiva						
María Auxiliadora	13.79 (1.63)	-	1.32	.52	.029	1, 2 > 3
Surquillo	13.79 (1.48)					
Miraflores	13.11 (2.36)					
Psicomotriz						
María Auxiliadora	12.44 (1.97)	-	8.54	<.05	.137	1 > 2 > 3
Surquillo	11.21 (1.93)					
Miraflores	10.78 (1.95)					

*Nota:* Tamaños de los grupos (*n*): María Auxiliadora=27, Surquillo=14, Miraflores=27. *M*=media, *DE*=desviación estándar o típica, *F*=estadístico de la distribución Fisher, *H*=estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula al 95% de confianza,  $\eta_p^2$ =tamaño del efecto eta parcial al cuadrado. (1), (2) y (3), corresponden al número de grupo asignado en el análisis post-hoc. El análisis post-hoc se

realizó a través del contraste de pares: Scheffé, dada la composición no equivalente de los grupos; corrección de Bonferroni, y el tamaño del efecto de Cohen.

En cuanto a los objetivos que buscan comparar el grado de cumplimiento del cuidador en función al género (véase en la tabla 16); solo se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en la dimensión “Psicomotriz”, con un tamaño de efecto mediano ( $r_b = .42$ ). Esto, evidenciaría que el género del progenitor se asocia con el cumplimiento de los cuidados en el componente “psicomotriz”; siendo superior en el género femenino ( $M = 11.83$ ,  $DE = 1.85$ ) que en el masculino ( $M = 10.36$ ,  $DE = 2.50$ ).

En cuanto a la puntuación total, se encontró evidencias de diferencias de tamaño pequeño entre ambos grupos ( $d = .24$ ), esto también sugiere que el sexo del progenitor tiene un grado de influencia sobre el grado en el que se cumplen con los cuidados de los hijos.

Por otra parte, para las dimensiones “social” y “cognitiva”, los tamaños del efecto en dichas comparaciones fueron de tendencia a nula ( $r_b < .10$ ).

**Tabla 16**

*Cumplimiento del cuidador en función del género de los padres*

Grupos	<i>M (DE)</i>	Análisis inferencial			Tamaño del efecto	
		<i>t (gl)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>r<sub>b</sub></i>
Cumplimiento del cuidador						
Femenino	36.83 (4.30)	.80 (66)	-	.43	.24	-
Masculino	35.79 (4.71)					
Social						
Femenino	11.52 (1.72)	-	351.0	.68	-	.07
Masculino	11.79 (1.63)					
Cognitiva						
Femenino	13.48 (2.06)	-	396.50	.78	-	.05
Masculino	13.64 (1.34)					
Psicomotriz						
Femenino	11.83 (1.85)	-	535.0	<.05	-	.42
Masculino	10.36 (2.50)					

*Nota:* Tamaños de los grupos (*n*): Femenino=54, Masculino=14.

$t$ =estadístico de la distribución  $t$  de Student,  $gl$  = grados de libertad,  $U$ =estadístico U de Mann-Whitney,  $p$ =valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula al 95% de confianza,  $d$ =tamaño del efecto de Cohen,  $r_b$  = coeficiente de correlación rango-biserial (tamaño del efecto).

En torno al análisis comparativo de las puntuaciones referidas al cumplimiento del cuidador en función al tipo de familia (véase en tabla 17), donde no se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ), con un tamaño de efecto pequeño para la puntuación total y en la dimensión “cognitiva”, en los demás casos la tendencia fue nula.

**Tabla 17**

*Cumplimiento del cuidador en función del tipo de familia*

Grupos	$M (DE)$	Análisis inferencial			$\eta_p^2$
		$F$	$H$	$p$	
Cumplimiento del cuidador					
Nuclear (1)	36.87 (3.75)	.31	-	.82	.014
Monoparental (2)	37.20 (5.73)				
Compuesta (3)	36.13 (3.94)				
Extendida (4)	35.67 (5.55)				
Social					
Nuclear	11.61 (1.70)	-	.76	.86	.008
Monoparental	11.80 (1.75)				
Compuesta	11.25 (1.04)				
Extendida	11.50 (2.11)				
Cognitiva					
Nuclear	13.74 (1.41)	-	1.25	.74	.031
Monoparental	13.60 (2.37)				
Compuesta	13.38 (1.92)				
Extendida	12.83 (2.89)				
Psicomotriz					
Nuclear	11.53 (1.87)	-	.47	.92	.004
Monoparental	11.80 (2.44)				
Compuesta	11.50 (1.93)				
Extendida	11.33 (2.64)				



*Nota:* Tamaños de los grupos ( $n$ ): Nuclear=38, Monoparental=10, Compuesta=8, Extendida=12.  $M$ =media,  $DE$ =desviación estándar o típica,  $F$ =estadístico de la distribución Fisher,  $H$ =estadístico de Kruskal-Wallis,  $p$ =valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula al 95% de confianza,  $\eta_p^2$ =tamaño del efecto eta parcial al cuadrado.

#### 4.4. Determinación de la relación entre las tres dimensiones de creencias erróneas sobre el autismo y las tres dimensiones del cumplimiento del cuidador

En la tabla 18 se visualiza la matriz de correlaciones entre las dimensiones de las variables de estudio, estas presentaron relaciones bajas y en su mayoría fueron estadísticamente no significativo ( $p > .05$ ). Sin embargo, la correlación “etiología” y “social” presentó una relación baja, negativa y significativa ( $Rho = -.28$ ,  $p < .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño. Asimismo, en “etiología” y “cognitiva”, evidenció también una relación baja, negativa y significativa ( $Rho = -.37$ ,  $p < .01$ ) con un tamaño de efecto mediano.

**Tabla 18**

*Matriz de correlaciones de las dimensiones de las variables de estudio*

Dimensiones	Etiología	Características	Tratamiento
Social	-.28 *	-.06 n.s.	.12 n.s.
Cognitiva	-.37 **	.11 n.s.	.19 n.s.
Psicomotriz	-.23 n.s.	.08 n.s.	.19 n.s.

*Nota:* n.s.  $p > .05$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación, se planteó como objetivo general determinar la relación entre las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro. Para tal efecto, se llevó a cabo una contrastación con los antecedentes y el marco teórico detallado en el precedente capítulo.

Ahora bien, con referencia a la hipótesis general, se halló que las creencias erróneas sobre el autismo se asociaron de forma negativa, baja y no significativa con el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA ( $r = -.122, p >.05$ ), con un tamaño de efecto pequeño. Por tanto, no se valida la hipótesis general al negarse la existencia de una correlación significativa; dato que discrepa de lo concluido por Rojas (2017), quien encontró una relación negativa, moderada y altamente significativa entre las variables ( $r = -.440, p <.01$ ).

La explicación que puede ser atribuida ante la discordancia de los hallazgos es que los niveles de las creencias erróneas sobre el autismo difieren dependiendo de la investigación. Por ejemplo, en el estudio de Rojas (2017), se identificó un nivel moderado; mientras que, en la presente investigación, el nivel fue bajo. Ello obedece, presuntivamente, al perfil de la muestra y es que en el estudio de Rojas (2017) participaron ocho varones y, en contraste, en la presente investigación, la muestra estuvo compuesta por trece varones, siendo un grupo mixto, pero predominantemente femenino. Al respecto, la literatura nos indica que la figura materna es quien generalmente pasa mayor tiempo con el hijo diagnosticado (Seperak, 2016). Como lo demostró Bueno et al. (2012), el 73.7 % de las madres necesitó renunciar a sus trabajos en aras de dedicar mayor tiempo al cuidado de sus hijos con TEA; sugiriendo, por ende, que la participación de la figura paterna suele ser menor.

Además, considerar el grado de instrucción puesto que, en el estudio de Rojas (2017), solo 33 participantes tuvieron una formación académica superior; en cambio, en el presente estudio, la cifra ascendió a 37. Lo anterior se vincularía con lo reportado en el trabajo de Salazar (2013), donde la muestra estuvo integrada por 50 padres, de los cuales, 33 cursaron una educación superior; asimismo un 68 % de los padres se ubicó en un nivel medio sobre el conocimiento de la condición de sus hijos. Finalmente, en cuanto al tipo de centro de procedencia, en la investigación de Rojas (2017), los establecimientos evaluados fueron tanto públicos como privados y correspondientes a dos distritos: San Juan de Miraflores y Surquillo. En el caso de la presente investigación, únicamente se incluyeron centros estatales (CEBE) y de tres distritos: Miraflores, Surquillo y San Borja; siendo posible afirmar que la información que se imparte a los padres varía según el centro, tanto en términos de eficacia como precisión; de la misma forma, la interacción con los especialistas puede ser de mejor calidad de conformidad con el local (Valdés et al., 2009).

Prosiguiendo con la hipótesis específica 1, donde se plantean diferencias significativas en las creencias erróneas en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro de acuerdo con las variables de control: Centro de Educación Básica Especial (CEBE), el género y el tipo de familia; se obtuvo lo siguiente. En cuanto a la variable de control “CEBE”, no se reconocieron diferencias significativas ( $p > .05$ ), lo cual representa un resultado opuesto al obtenido en el estudio de Valdés et al. (2009), donde se concluyó que sí existen diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre dos centros de intervención en México. Cabe agregar que los autores efectuaron su investigación en centros de naturaleza privada como pública; a diferencia del presente estudio, donde los participantes pertenecieron exclusivamente a centros nacionales (CEBE).

En favor de idear una tentativa explicativa, la divergencia entre los resultados se fundamentaría en que cada CEBE dispone de un servicio de gestión psicopedagógica; el cual comporta un equipo multidisciplinario conformado por docentes, psicólogos, terapeutas físicos, ocupacionales y de lenguaje, una asistente social; de manera que el abordaje es integral, articulado y sistematizado, sumado a que una de sus funciones involucra una labor de sensibilización y orientación a las familias, direccionándose a temas específicos (Ministerio de Educación [Minedu], 2018). Además, Simarro (2013) menciona que, actualmente, los centros educativos organizan más escuelas de padres que se destacan por ofrecer exposición a los temas, precediéndose por una fase de sensibilización bajo la premisa de, posteriormente, poder priorizar las interrogantes que pueden generar estrés y angustia en las familias.

En torno a la variable “género”, no se detectaron diferencias significativas ( $p > .05$ ), concordando con el estudio de Valdés et al. (2009), donde la muestra estuvo compuesta por 40 padres (20 varones y 20 mujeres), no informándose diferencias significativas ( $p > .05$ ). En consonancia con el resultado, en el estudio de Rojas (2017), tampoco se hallaron diferencias significativas en los 52 padres encuestados (8 varones y 44 mujeres).

Y, concerniente a la variable “tipo de familia”, no se encontraron diferencias significativas ( $p > .05$ ), además no se logró identificar un antecedente con la variable de estudio, sin embargo, el marco teórico acota que, si bien tras conocerse el diagnóstico de autismo del hijo se puede desarrollar una crisis inicial, la dificultad de afrontamiento está sujeta a la severidad del trastorno y al nivel de funcionamiento intelectual y de autovalimiento que posea el menor; sumado a la madurez y estabilidad psicológicas de los progenitores, así como también al apoyo brindado por los familiares, amigos y profesionales (Benites, 2010).

Complementario a lo visto en el párrafo previo, Martínez y Bilbao (2008) mencionan que debe contemplarse la capacidad de los padres para gestionar las circunstancias de estrés; lo cual compromete un aprendizaje de estrategias en pro de una convivencia efectiva con su hijo diagnosticado con TEA, demandándose de comportamientos adaptativos en la dinámica familiar. Por esta razón, se precisa que amplíen su conocimiento y comprensión del trastorno, abarcando desde los indicadores hasta la resonancia de sus conductas en la vida diaria (Rodríguez, 2008; véase en Maitta, et al. 2020). Finalmente, vale añadir que tener a una persona con TEA en la familia no se vincula a un mayor número de divorcios (Baron-Cohen y Bolton, 1998; citado en Benites, 2010).

Referente a la hipótesis específica 2, la que propone diferencias significativas en el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro, según las variables de control: Centro de Educación Básica Especial (CEBE), género y tipo de familia; se alcanzó lo sucesivo. En cuanto a la variable “CEBE”, hubo diferencias significativas ( $p < .05$ ); no obstante, no se ubicó en la literatura científica algún antecedente donde dicho constructo fuera abordado. Sin embargo, puede aseverarse que, al tratarse de centros educativos públicos, la intervención no se adecúa a las condiciones particulares del individuo, constituyendo una desventaja pues los casos no son homogéneos.

Además, otra de las complicaciones alude a la falta de monitoreo por parte de los especialistas a fin de verificar que los padres estén realizando correctamente las recomendaciones. Por el contrario, en una institución particular, los métodos, procedimientos y técnicas relativos al modelo de tratamiento utilizado son validados por el acervo científico vigente, donde se concluye su eficacia. Así, en los centros se implementa comúnmente la terapia basada en el paradigma conductual (Piñeros y Toro, 2012), que se caracteriza por

centrarse en el comportamiento verbal, las habilidades de la vida cotidiana y las actividades académicas.

En cuanto a la variable “género”, en el presente estudio se registraron diferencias significativas únicamente con la dimensión “psicomotriz” ( $U= 535.0, p <.05$ ); además de un tamaño mediano del efecto ( $r_b=.42$ ). El hallazgo es parcialmente semejante a lo obtenido en la investigación de Rojas (2017), donde no figuraron diferencias significativas ( $p>.05$ ); no obstante, en la dimensión antes nombrada, se visualizó el menor valor de significancia ( $p=.28$ ). En ese sentido, la literatura científica indica que la figura materna es quien, por lo general, provee este cuidado (Seperak, 2016) dado que el rol es asignado tradicionalmente a la madre para encargarse de la crianza del hijo en el contexto familiar (Gómez, 2008).

Por otro lado, agregar que las mujeres son quienes participan frecuentemente en los estudios; mientras que los varones tienen una exigua presencia al operar como el soporte económico de la familia. Además, en el marco teórico se aduce que el constructo “sensibilidad del cuidador” señala que quien se ocupa de atender a la persona con TEA, no solo estará enfocada en satisfacer sus necesidades físicas, sino también las de tipo emocional y social (Armas y Cansignia, 2020). Ello implica, muchas veces, la renuncia al puesto de trabajo para invertir más tiempo y energía en el cuidado del hijo con autismo (Bueno et al., 2012); pudiendo devenir en problemas físicos y psicológicos como la ansiedad y la depresión (Ruíz et al., 2012).

En cuanto a la variable “tipo de familia”, no se encontraron diferencias significativas, así como en otros estudios; sin embargo, se colige de las bases teóricas que interactuar con un hijo diagnosticado con TEA genera altos niveles de estrés puesto que su diagnóstico no se conoce al nacimiento sino en los primeros años de vida, aunado al hecho de que no existe una característica física concreta (Martínez y Bilbao, 2008). En esa línea, es necesario, como

lo argumentó Rey (2006); que las madres, padres y cuidadores sean instruidos, desde una sólida y legítima fundamentación teórica, con técnicas y estrategias para probabilizar un mayor éxito en la intervención efectuada con el hijo.

En alusión a la hipótesis específica 3, que enuncia una relación negativa y significativa entre las dimensiones de creencias erróneas sobre el autismo con el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro, se identificó que la correlación inversa y significativa solo se apreció en la dimensión “etiología” de la primera variable de estudio, con las dimensiones “social” ( $r = -.28, p < .05$ ) y “cognitiva” ( $r = -.37, p < .01$ ) de la segunda variable; cuyos tamaños de efecto fueron pequeños y medianos.

El resultado es parcialmente compatible con lo distinguido por Rojas (2017), en cuyo estudio se reportó dicha relación negativa y significativa entre la dimensión “tratamiento” de las creencias erróneas sobre el autismo y la dimensión “psicomotriz” del cumplimiento del cuidador. ( $r = -.354, p > .01$ ). Es por ello que, Bonilla (2021), mencionó que un déficit de conocimiento sobre el autismo se vincula con la calidad de los cuidados realizados por los padres; incidiendo negativamente en el bienestar de sus hijos con TEA.

Por lo tanto, si los padres son objetivo de una psicoeducación; podrán adquirir conocimientos relevantes y, en consecuencia, se efectivizaría su entendimiento sobre la condición de TEA; junto con un entrenamiento que coadyuvaría a la generalización de las habilidades aprendidas por el hijo en las intervenciones individuales. De este modo, los efectos esperados para los cuidadores englobarían el mejoramiento en la regulación emocional; específicamente en la disminución de los niveles de estrés y depresión; así como también el aumento de su calidad de vida (Prata et al., 2018).

## VI. CONCLUSIONES

- Las creencias erróneas sobre el autismo y el cumplimiento del cuidador se correlacionan de manera negativa, baja y no significativa ( $r=-.11$ ,  $p >.05$ ), con un tamaño de efecto pequeño.
- Las creencias erróneas sobre el autismo se encontraron en un nivel bajo para el 35.3% de los padres encuestados; sin embargo, el 33.8% evidenció un nivel alto. Respecto a las dimensiones, la dimensión “tratamiento” alcanzó un nivel bajo (42.6%).
- El cumplimiento del cuidador presentó un nivel deficiente (41.2%); además, su dimensión “psicomotriz” se situó en el mismo nivel (47.1%).
- En torno a las creencias erróneas sobre el autismo, en el CEBE de María Auxiliadora predominaron los niveles bajos y uno alto con el mismo porcentaje (14.7%); así como también en el CEBE de Miraflores, pero en el nivel medio. En el caso del género femenino, prevaleció el nivel bajo (27.9%), seguido del nivel medio (26.5%); mientras que el tipo de familia nuclear tuvo un nivel bajo para el 20.6% y un nivel alto para el 19.1% de los encuestados.
- En el cumplimiento del cuidador, el CEBE de Miraflores logró un nivel deficiente (22.1%), el género femenino se categorizó en un nivel deficiente (30.9%) y el tipo de familia nuclear se localizó en un nivel deficiente (23.3%).
- No se detectaron diferencias significativas en las creencias erróneas sobre el autismo según CEBE, género y tipo de familia.
- Se hallaron diferencias significativas en el cumplimiento del cuidador de acuerdo con el CEBE (puntaje total y la dimensión “psicomotriz”), y el género (dimensión “psicomotriz”).



- Existe una correlación negativa, baja y significativa entre la dimensión “etiología” y “social” ( $\rho = - .28, p < .05$ ), así como entre “cognitiva” y “etiología” ( $\rho = - .37, p < .01$ ), con un tamaño de efecto pequeño y mediano respectivamente.

## VII. RECOMENDACIONES

- Ampliar la muestra de la investigación a fin de habilitar la generalización de los resultados.
- Realizar estudios a nivel nacional con la finalidad de establecer la estandarización de los instrumentos y determinar los baremos para una adecuada categorización de las puntuaciones.
- Diseñar y ejecutar investigaciones abordando las creencias erróneas sobre el autismo y el cumplimiento del cuidador, considerando el grado de severidad del TEA y el tipo de procedencia de la institución educativa.
- Implementar talleres de sensibilización donde los padres de los estudiantes con TEA conozcan la importancia de un cuidado eficiente en el desarrollo de habilidades en el menor a propósito de probabilizar una actitud de disposición para realizar las prácticas correctas y satisfacer sus necesidades.

## VIII. REFERENCIAS

- Acosta, J., Guzman, G., Sesarini, C., Pallia, R. y Quiroz, N. (2016). Introducción a la neurobiología y neurofisiología del Trastorno del Espectro Autista. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11 (2), 28-33. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179348853008.pdf>
- Alcantud, F. (2013). Del autismo infantil precoz al trastorno de espectro autista. En J. Martos y M. Burgos (Ed.). *Trastornos del Espectro Autista. Detención, diagnóstico e intervención temprana*. (pp.17-33). Pirámide.
- Alvarado, J., Contreras, L. y Cruz, C. (2021). Experiencias familiares, estrategias de afrontamiento salud de madres y padres de niñez con autismo. *ECA: Estudios Centroamericanos*, 76 (764), 89-111. <https://doi.org/10.51378/eca.v76i764.4576>
- Álvarez, I. y Camacho, I. (2010). Bases genéticas del autismo. *Acta Pediátrica de México*, 31 (1), 22-28. <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640321006.pdf>
- Anchante, G., Burgos, L, Tarazona, S. y Ahumada, E. (2008). Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia. *Revista Enfermería Herediana*, 1 (1), 3-10. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2008/enero/v1n1a01.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría
- Armas, S., Cansignia, M. y Díaz, E. (2020). El vínculo figura cuidadora- niño en casos de autismo. *Revista Científica*, 5, 165-184. <https://urlcc.cc/w7qh5>
- Barrera, A. (2016). *Relación entre creencias irracionales y bienestar psicológico de padres y comportamientos positivos de niños con autismo*. [Tesis de maestría, Pontificia

- Universidad Javeriana]. Repositorio Digital Institucional AUSJAL  
<http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/7320>
- Benites, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura*, 24, 1-20.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701024>
- Benjumea, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13 (1), 137-146.  
<http://www.redalyc.org/pdf/714/71413119.pdf>
- Bonilla, K. (2021). *Participación de los padres en el cuidado al niño de la asociación autismo Chiclayo, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USSI. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/7848>
- Bueno, A., Cárdenas, M., Pastor, M. y Silva, Z. (2012). Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista. *Revista Enfermería Herediana*, 5 (1), 26-36.  
<https://urlcc.cc/bdj3o>
- Cabezas, H. y Fonseca, G. (2007). Mitos que manejan padres y madres acerca del autismo en Costa Rica. *Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”*, 7 (2), 1-18. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9262>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*.  
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Carrascón, C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. [conferencia]. *Curso de Actualización Pediatría*, Madrid, España. <https://urlcc.cc/qdrgrp>
- Castañeda, H., Miranda, Z. y Palomino, D. (2020). Procedimientos con evidencia en entrenamiento en manejo conductual a familias de niños con TEA mediante teleasistencia. *Revista Digital EOS Perú*, 8 (1), 37-54. <https://n9.cl/e9ihre>

- Colop, A. (2016). *Terapia racional emotiva- conductual y sentimiento de culpa*. [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio Digital Landivariano. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Colop-Alejandra.pdf>
- Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 127-143. <https://urlcc.cc/lz78c>
- Durán, M. (2006). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, 60, 57-73. <https://digital.csic.es/handle/10261/100683>
- Echevarría, L., Díaz, D. y Narzisi, A. (2020). Trastorno del espectro autista: pautas para el manejo durante el periodo de aislamiento social por el coronavirus (covid-19). *Cuadernos de neuropsicología*, 14 (1), 35-41. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/397>
- Escobar, M., Peñas, O. L., Torres, M. y Gómez A. M. (2008). *Lineamientos de trabajo con cuidadores en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Departamento de la Ocupación Humana, Grupo de Investigación Ocupación e Inclusión social.
- Estes, A., John, T. y Dager, S. (2019). What to Tell a Parent Who Worries a Young Child Has Autism. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1092-1093. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1234
- Gardener, H., Spiegelman, D. & Buka, S. (2009). Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195, (1), 7-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19567888/>
- Ghasemi, A. & Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab*, 10 (2), 486-489. 10.5812/ijem.3505

- Gómez, V. (2008). El debate en torno a la regulación de la igualdad de género en la familia. *Política y Sociedad*, 45 (3), 13-28. <https://urlcc.cc/5hegy>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa cualitativa y mixta*. Mc Graw-Hill S.A.
- Hernández, O., Risquet, D. y Pérez, N. (2010). Propuesta para mejorar la atención a niños y adolescentes autistas. *Medicentro*, 14 (4), 299-301. <https://urlcc.cc/kgf8j>
- Hidalgo, D. (2016). *Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (M-CHAT) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/618>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (19 de abril de 2015). *Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad*. <https://urlcc.cc/5zppt>
- Juul-Dam, N., Townsend, J. & Courchesne, E. (2001). Prenatal, Perinatal, and Neonatal Factors in Autism, Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified, and the General Population. *Pediatrics*, 107(4). <https://reference.medscape.com/medline/abstract/11335784>
- Labrador, F. (2008). Técnicas de modificación de conducta. En I. Carrasco e I. Espinar (Ed.). *Terapia racional emotivo- conductual y reestructuración cognitiva*. (pp.499-516). Ediciones Pirámide
- Lampert, M. (2018). *Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://urlcc.cc/5lbr2>

- Maitta, I., Lazo, M. y Moreno, K. (2020). Funcionalidad familiar y su relación con el área sensorial de los niños con trastorno del espectro autista. *Polo del Conocimiento*, 5 (10), 22-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7659436>
- Martínez, M. y Bilbao, L. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230. <https://urlcc.cc/bvzfi>
- Martos, J., Llorente, M., González, A., Ayuda, R. y Freire, S. (2019). *Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos* (9ª ed.). CEPE S.L.
- Ministerio de Educación (2018). *Proyecto de norma técnica para regular la organización y funcionamiento de los centros de educación básica especial (CEBE)*. <https://urlcc.cc/pbsxf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (1 de marzo de 2019). *Plan nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista 2019-2021*. <https://urlcc.cc/qhx8n>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (21 de abril de 2020). *Inscripciones en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (febrero 2020)*. <https://urlcc.cc/a3ryt>
- Ministerio de Salud (2016). *Perú; porcentajes de población por etapa de vida, año 2016*. <https://urlcc.cc/vo52i>
- Ministerio de Salud (1 abril de 2019). *El 81% de personas tratadas por autismo en Perú son varones*. <https://urlcc.cc/iy01e>
- Morales, N. (2013). *La experiencia del cuidador, un acercamiento al autismo basado en los relatos familiares*. <https://urlcc.cc/3yu9q>
- Muñoz, A. (2005). *Autoterapia: Guía para sanar las emociones*. Editorial Corona Borealis
- Organización Mundial de la Salud (30 de marzo de 2022). *Trastornos del espectro autista*. <https://urlcc.cc/7vpnx>

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*.  
[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230\\_spa.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf)
- Observatorio Nacional de la Discapacidad. (2016). *Informe Temático N°3 “Situación de las personas con Trastornos del Espectro Autista en el Perú”*. <https://urlcc.cc/5x4bl>
- Palomino, K., Vargas, M. y Vaiz, R. (2014). Relación entre el funcionamiento familiar y el cumplimiento del cuidador en la atención a personas con autismo. *Revista Enfermería Herediana*, 7 (2), 56-62. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1252>
- Paula, I. (2007). *¡No puedo más! Intervención cognitivo- conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. Wolters Kluwer España
- Pinto, N., Barrera, L. y Sánchez, B., (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Aquichan*, 5(1). <https://urlcc.cc/nwo5i>
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a metaanalysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), 250-267. <https://urlcc.cc/cuoa0>
- Piñeros, S. y Toro, S. (2012). Conceptos generales sobre ABA en niños con trastorno espectro autista. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60 (1), 60-66.  
<https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363538004.pdf>
- Prata, J., Lawson, W. & Coelho R. (2018). Parent training for parents of children on the autism spectrum: a review. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 5 (3), 1-8. <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2018.5.3>
- Ramos, E. (2 de abril de 2019). Autismo: 81% de personas tratadas en Perú son varones. *Andina*. <https://urlcc.cc/k13uh>



- Rey, C. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia Adolescencia y Familia*, 1(1), 61–84.  
<https://urlcc.cc/dxgp8>
- Reynoso, C., Rangel, M. y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica Instituto México Seguro Social*, 55(2), 214-222. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- Rojas, A. (2017). *Creencias erróneas y cumplimiento del cuidador en padres de niños con autismo de educación especial de Lima Sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.  
<http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/367>
- Ruíz, N., Antón, P. y González, E. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con trastorno del espectro autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (4), 1571- 1590.  
<https://urlcc.cc/30041>
- Sáenz, J. (2016). *Sobrecarga en cuidadores primarios de niños con trastorno del espectro autista*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional UAEM. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/68882>
- Salazar, A. (2013). *Nivel de conocimientos sobre autismo y su relación con la participación de los padres en el tratamiento en la asociación de padres y amigos de personas con autismo*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://urlcc.cc/vxgbc>
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños de la Investigación Científica*. Business Support Aneth SRL

- Seguí, J., Ortiz-Tallo, M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24 (1), 100-105. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16724112.pdf>
- Seperak, R. (2016). Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno de espectro autista. *Revista psicológica*, 6 (1), 25-48. <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/37/38>
- Simarro, L. (2013). *Calidad de vida y educación en personas con autismo*. Síntesis S.A.
- Valdés, A., Cisneros, M., Vales, J. y Martínez, E. (2009). Creencias Erróneas de Padres de Niños con Autismo. *Psicología Iberoamericana*, 7 (1), 15-23. <https://urlcc.cc/mu8qx>
- Valdés, A., Esquivel, L. y Artiles, K. (2007). *Familia y desarrollo. Estrategias de intervención en terapia familiar*. Manual Moderno. <https://urlcc.cc/3g1fj>
- Ventura, J. y Caycho, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (1), 625-627. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>
- Verissimo, D., Moreira, P. y Vieira, D. (2020). Excess weight and gastrointestinal symptoms in a group of autistic children. *Revista Paulista de Pediatria*, 38, 1-6. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019080>
- Yáñez, G. (2016). Trastornos del Espectro Autista. En A. Seubert. (Ed.), *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo*. (pp.61-82). El Manual Moderno. [https://www.academia.edu/36657019/Yan\\_ez\\_Tellez.\\_Neuropsicologia\\_de\\_los\\_trastornos\\_del\\_neurodesarrollo](https://www.academia.edu/36657019/Yan_ez_Tellez._Neuropsicologia_de_los_trastornos_del_neurodesarrollo)

## IX. ANEXOS

### *Anexo A. Consentimiento Informado.*

El propósito de esta ficha de consentimiento es informar al participante acerca de la naturaleza de la investigación, así como también respecto a su rol como participante en la misma.

Bajo dicha premisa, indicar que la presente investigación es realizada por SASKIA KRYSTEL QUISPE RAMIREZ, estudiante de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, identificada con D.N.I. 71488753. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre las creencias erróneas sobre el autismo y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le solicita responder todas las preguntas formuladas en los cuestionarios; lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Considere que su participación en este estudio es estrictamente voluntaria y que la información que se obtenga será confidencial y se usará exclusivamente para los propósitos de esta investigación. En ese sentido, agradezco anticipadamente su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante de Psicología SASKIA KRYSTEL QUISPE RAMÍREZ.

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre las creencias erróneas sobre el autismo y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con TEA en los CEBE de Lima Centro.

Me han indicado, además, que mi participación consiste en responder los cuestionarios recibidos, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

.....  
Firma del Participante

Fecha: .....

Anexo B. Ficha de datos sociodemográficos.

<b>Ficha de datos Sociodemográficos</b>			
CEBE:			
Grado de su menor hijo(a):			
Edad:		Género:	Femenino ( ) Masculino ( )
Grado de Instrucción:	Primario ( ) Secundario ( ) Superior no universitario ( ) Superior universitario ( )		
Tipo de familia:	<input type="checkbox"/> Nuclear (Constituida por los padres e hijos (as), ya sean consanguíneos o adoptados). <input type="checkbox"/> Monoparental (compuesta por un solo progenitor, ya sea la madre o el padre junto con el hijo). <input type="checkbox"/> Compuesta (integrada por los padres, abuelos e hijos) <input type="checkbox"/> Extendida (formada por los padres, hijos, abuelos, tíos y familiares distantes).		

*Anexo C. Ficha técnica y protocolo del Cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”.*

## **I. DESCRIPCION GENERAL**

### **1.1 Ficha técnica**

Autores: Valdés et al.

Año: 2009.

Procedencia: México.

Adaptación peruana: Rojas (2017) en Lima Sur.

Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: 15 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluar en los padres las creencias erróneas sobre el autismo.

### **1.2. Dimensiones**

- Etiología: 8 opiniones respecto a las causas que originan este trastorno sin fundamentarse en datos científicos.
- Características: 6 opiniones relativas a las cualidades que caracterizan dicho trastorno sin respaldarse en datos científicos.
- Tratamiento: 9 opiniones vinculadas a los tipos de tratamiento que ayudan a este trastorno, no estando justificadas en datos científicos.

## **II. NORMAS DE APLICACIÓN**

### **2.1. Instrucciones generales**

A cada participante se le proporciona una prueba con la siguiente instrucción:

A continuación, se presentan varias afirmaciones con respecto al autismo, elija la opción que mejor represente su opinión en base a la siguiente escala:

**TD** = *Totalmente en desacuerdo.*

**DS** = *En desacuerdo.*

**DA** = *De acuerdo.*

**CA** = *Completamente de acuerdo.*

Agregar que no hay respuesta buena ni mala, todas son importantes. Además, asegúrese de contestar a todas las preguntas.

## **2.2. Normas para la corrección y puntuación**

El cuestionario está compuesto por 23 ítems y pueden ser respondidos utilizando una escala con cinco opciones de respuesta:

**4** = *Completamente de acuerdo.*

**3**= *De acuerdo.*

**2**= *Indiferente.*

**1**= *En desacuerdo.*

**0**= *Completamente en desacuerdo.*

## **III. DESARROLLO Y VALIDACION**

### **3.1. Validación y confiabilidad en el país de origen.**

Las propiedades psicométricas del instrumento se determinaron a través de una muestra constituida por 40 padres (hombres y mujeres) de la Asociación Yucateca de Autismo (AYA) y del Consultorio Terapéutico Especializado en Desarrollo Infantil (CTEDI). Para la validez de contenido, se sometió a un juicio de expertos; y la confiabilidad se halló por el método de consistencia interna, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach con un valor de *.90* lo cual indica una alta consistencia interna del mismo.

### **3.2. Validación y confiabilidad en el Perú.**

La adaptación en nuestro medio fue realizada por Rojas en el año 2017, quien evaluó a 52 padres procedentes de tres centros especiales de Lima Sur, cuyas edades se ubicaban en un rango que comprendería los 18 y 50 años y que tenían algún hijo con autismo. El tipo de validez empleado fue el de contenido, alcanzándose un coeficiente V de Aiken mayor a .80 para todos los ítems, mientras que la confiabilidad se efectuó por el método de consistencia interna, encontrándose un coeficiente alfa de Cronbach de .823, siendo altamente fiable.

**Cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”.**

**Autores:** Valdés et al. (2009).

**Adaptado:** Rojas (2017).

A continuación, se presentan varias afirmaciones sobre el autismo. Elija la opción que mejor represente su opinión tomando en cuenta la siguiente escala:

**TD** = Totalmente en desacuerdo.

**DS** = En desacuerdo.

**DA** = De acuerdo.

**CA** = Completamente de acuerdo.

Agregar que no hay respuesta buena ni mala, todas son importantes. Además, asegúrese de contestar todas las preguntas.

		<b>TD</b>	<b>DS</b>	<b>DA</b>	<b>CA</b>
<b>EL AUTISMO SE ORIGINA POR:</b>					
1	Problemas en el parto.				
2	Vacunas.				
3	Trato frío por parte de los padres.				
4	Edad avanzada de los padres.				
5	Problemas psicológicos.				
6	Enfermedades del niño.				
7	Conflicto entre los padres.				
8	Factores genéticos.				
<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON AUTISMO:</b>					
9	Siempre están ensimismados.				
10	Por lo general, aprenden a hablar, leer y escribir.				
11	Fingen no escuchar para no comunicarse.				
12	Siempre tienen una inteligencia superior.				
13	Sus berrinches y conductas inadecuadas son producto de la malacrianza.				
14	Su comportamiento puede ser igual al de otro niño.				



<b>TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:</b>					
15	Es mejor que no reciban tratamiento.				
16	Se puede esperar que desaparezca por completo la discapacidad.				
17	En ciertos casos, necesitan medicación psiquiátrica.				
18	En ciertos casos, necesitan medicación psicológica.				
19	Deben integrarse a una escuela regular para que se comporten como los otros niños.				
20	Las dietas especiales.				
21	Las terapias del lenguaje corrigen los problemas de lenguaje.				
22	Las terapias con animales pueden eliminar la discapacidad.				
23	La medicina alternativa puede eliminar la discapacidad.				

*Anexo D. Ficha técnica y protocolo del “Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención”.*

## **I. DESCRIPCION GENERAL**

### **1.1 Ficha Técnica**

Autores: Palomino et al.

Año: 2014.

Procedencia: Perú.

Aplicación: Colectiva.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluar el cumplimiento del cuidador en la atención de las personas con autismo.

### **1.2. Dimensiones**

- Social: 5 ítems relacionados a la acción conjunta, iniciativa de interacciones y de estados emocionales ante actividades con los demás.
- Cognitiva: 5 ítems respecto al aprendizaje y adquisición de hábitos básicos para su independencia.
- Psicomotriz: 5 ítems sobre el conjunto de herramientas propuesto a fin incrementar el conocimiento del cuerpo en el contexto.

## **II. NORMAS DE APLICACIÓN**

### **2.1. Instrucciones Generales**

A cada participante se le proporciona un cuestionario con la siguiente instrucción:

A continuación, se presenta una serie de preguntas vinculadas a las actividades que quizás pueda realizar. Le recordamos que no existe respuesta buena ni mala; así que, le

agradeceríamos que responda con absoluta sinceridad, marcando con un aspa (X) la respuesta que usted considere.

## **2.2. Normas para la Corrección y Puntuación**

El cuestionario está compuesto por 15 ítems, los cuales son contestados utilizando una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta:

**1** = *Nunca*.

**2**= *A veces*.

**3**= *Siempre*.

## **III. DESARROLLO Y VALIDACION**

### **3.1. Validación y confiabilidad en el país de origen**

Las propiedades psicométricas fueron determinadas a partir de una muestra 31 cuidadores de las personas con autismo del CEBE Pedro José Triest, del distrito de Carabayllo. Para hallar la validez de contenido del instrumento, se sometió a un juicio de diez expertos; mientras que la confiabilidad se realizó a través del método por consistencia interna con un coeficiente de alfa de Cronbach de .95.

En una investigación del 2017 llevada a cabo por Rojas, se evaluó a 52 padres de tres centros especiales de Lima Sur; cuyas edades se ubicaban en un rango de edad correspondiente entre los 18 y 50 años y que tenían algún hijo con autismo. Se orientó a determinar la validez de constructo, encontrando correlaciones muy significativas ( $p < .001$ ) y la confiabilidad, por el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach de .841; denotando una alta fiabilidad

***Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención***

**Autoras:** Palomino et al.

**Año:** 2014

A continuación, se presenta una serie de preguntas vinculadas a las actividades que quizá pueda realizar. Le recordamos que no existe respuesta buena ni mala; así que, le agradeceríamos que responda con absoluta sinceridad, marcando con un aspa (X) la respuesta que usted considere.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. ¿Usted y su hijo realizan juegos en grupo?			
2. ¿Permite a su hijo(a) desenvolverse en lugares o espacios con independencia?			
3. ¿Adapta los juegos para su hijo (tareas escolares, dibujar, pintar)?			
4. ¿Usted realiza actividades recreativas con su hijo fuera del hogar?			
5. ¿Permite que su hijo se relacione con otros niños de su edad?			
6. ¿Refuerza a su hijo cuando realiza el aseo personal (lavado de manos)?			
7. ¿Refuerza la conducta de su hijo al intentar comer solo(a)?			
8. ¿Enseña a su hijo(a) cuáles son las partes del cuerpo?			
9. ¿Usted enseña a su hijo(a) ejercicios de lenguaje (pronunciación y canto)?			
10. ¿Usted enseña a su hijo(a) a vestirse y desvestirse solo?			
11. ¿Promueve en su hijo cuando realiza ejercicios de salto y volantines?			
12. ¿Usted realiza tareas con su hijo(a) como hacer bolitas de papel o hacer presión con la pelota?			
13. ¿Usted enseña a su hijo(a) a que realice trazos de papel?			
14. ¿Usted juega con su hijo(a) (pelota, u otros juguetes)?			
15. ¿Usted le enseña a su hijo(a) a que avise cuando quiere ir al baño?			

Anexo E.

**Tabla 1**

*Operacionalización de variables*

Variables	Dimensiones	Ítems	Indicadores	Instrumento de medición
Creencias erróneas sobre autismo	Etiología	1,2,3,4,5,6,7,8	Bajo	Cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo” de Valdés et al. (2009) y adaptado por Rojas (2017).
	Características	9,10,11,12,13,14	Moderado	
	Tratamiento	15,16,17,18,19,20,21,22,23	Alto	
Cumplimiento del cuidador	Social	1,2,3,4,5	Deficiente	“Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención” de Palomino et al. (2014).
	Cognitiva	6,7,8,9,10	Regular	
	Psicomotriz	11,12,13,14,15	Eficiente	

*Anexo F. Análisis de Propiedades psicométricas de los instrumentos de medición en la investigación.*

➤ **Creencias erróneas sobre el autismo**

**Fiabilidad**

La confiabilidad de las puntuaciones totales del cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”, fue determinada por los coeficientes de alfa de Cronbach ( $\alpha = ,784$ ) y el omega de McDonald ( $\omega = ,800$ ); a partir de los cuales se interpreta que el instrumento es confiable y mide la variable de estudio.

**Tabla 2**

*Análisis de confiabilidad para el cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”*

Dimensión	N de elementos	Alfa de Cronbach	Omega
Etiología	8	.780	.810
Características	6	.577	.587
Tratamiento	9	.671	.684
Total	23	.784	.800

**Validez**

En la tabla 3, se aprecia que los ítems 9, 15, 17,18 y 21 no miden lo que se busca medir en la muestra evaluada.

**Tabla 3**

*Análisis de validez de ítems/ cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”*

Ítems	<i>r</i>	<i>p</i>
1	.462	.000
2	.319	.008
3	.652	.000
4	.548	.000
5	.588	.000
6	.607	.000
7	.533	.000
8	.253	.037
9	.161	.190
10	.277	.022
11	.382	.001
12	.500	.000
13	.549	.000
14	.443	.000
15	.229	.061
16	.343	.004
17	.135	.272
18	.168	.170
19	.268	.027
20	.372	.002
21	.132	.282
22	.620	.000
23	.633	.000

En la tabla 4 se observa que, en la muestra evaluada, todos los ítems sí miden lo vinculado a su dimensión, por presentar un  $p < .05$ .

**Tabla 4**

*Análisis de validez de ítems/ dimensión del cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”*

Dimensión	Ítems	<i>r</i>	<i>p</i>
Etiología	1	.546	.000
	2	.548	.000
	3	.734	.000
	4	.681	.000
	5	.820	.000
	6	.700	.000
	7	.706	.000
	8	.434	.000
Características	9	.250	.040
	10	.607	.000
	11	.644	.000
	12	.673	.000
	13	.630	.000
	14	.543	.000
Tratamiento	15	.289	.017
	16	.458	.000
	17	.304	.012
	18	.303	.012
	19	.547	.000
	20	.569	.000
	21	.307	.011
	22	.649	.000
	23	.654	.000



En la tabla 5 se observa que, al efectuar el análisis correlacional entre las dimensiones, se encontraron relaciones bajas.

**Tabla 5**

*Correlación dimensión/ cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”*

	Características	Tratamiento	Total
Etiología	.282	.295	.731
Características		.300	.657
Tratamiento			.718

El baremo se efectuó tomando en cuenta dos cortes en la distribución de puntajes obtenido en la muestra evaluada.

**Tabla 6**

*Baremos del cuestionario “Evaluación de creencias erróneas de los padres y madres con respecto al autismo”*

	Etiología	Características	Tratamiento	Total
Bajo	0 – 5	1 -7	3-12	4-24
Medio	6 -9	8-9	13-14	25-31
Alto	10-19	10-15	15-26	32-49

## ➤ **Cumplimiento del cuidador**

### **Fiabilidad**

La confiabilidad de las puntuaciones totales del “Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención”, fue medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, ( $\alpha = .782$ ) y el omega de McDonald ( $\omega = .786$ ), los cuales indican que el instrumento es confiable y mide adecuadamente la variable de estudio.

**Tabla 7**

*Análisis de confiabilidad por consistencia interna para el cuestionario “Cumplimiento del cuidador en la atención”*

Dimensión	N de elementos	Alfa de Cronbach	Omega
Social	5	.505	.529
Cognitiva	5	.681	.684
Psicomotriz	5	.632	.667
Total	15	.782	.786

**Validez**

En la tabla 8 se visualiza que todos los ítems logran medir lo que pretenden medir en la muestra evaluada.

**Tabla 8**

*Análisis de validez de ítems/ cuestionario “Cumplimento del cuidador en la atención”*

Ítems	<i>r</i>	<i>p</i>
1	.372	.002
2	.560	.000
3	.483	.000
4	.379	.001
5	.290	.017
6	.409	.001
7	.517	.000
8	.460	.000
9	.488	.000
10	.466	.000
11	.511	.000
12	.530	.000
13	.592	.000
14	.525	.000
15	.554	.000

En la tabla 9 se observa que, en la muestra evaluada, todos los ítems miden lo vinculado

a su dimensión, por presentar un  $p < .05$ .

**Tabla 9**

*Análisis de validez de ítems/ dimensión del cuestionario “Cumplimiento del cuidador en la atención”*

Dimensión	Ítems	<i>r</i>	<i>p</i>
Social	1	.543	.000
	2	.678	.000
	3	.484	.000
	4	.602	.000
	5	.506	.000
Cognitiva	6	.511	.040
	7	.612	.000
	8	.575	.000
	9	.296	.014
	10	.609	.000
Social	11	.632	.000
	12	.723	.000
	13	.725	.000
	14	.644	.000
	15	.239	.050

En la tabla 10 se aprecia que, al efectuar el análisis correlacional entre las dimensiones, se encontraron relaciones bajas.

**Tabla 10**

*Correlación dimensión/ cuestionario “Cumplimento del cuidador en la atención”*

	Cognitiva	Psicomotriz	Total
Social	.431	.403	.749
Cognitiva		.395	.765
Psicomotriz			.778

El baremo se realizó en base a dos cortes en la distribución de puntajes obtenidos en la muestra evaluada.

**Tabla 11**

*Baremo del “Cuestionario del cumplimiento del cuidador en la atención”*

	Social	Cognitiva	Psicomotriz	Total
Deficiente	8 – 11	5 -13	6-11	24-35
Regular	12	14	12	36-39
Eficiente	13-15	15	13-15	40-45