

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Estrés parental y compromiso paterno percibido en madres
con hijos con trastorno del espectro autista**

**Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica que presenta:**

Paola Varinia Ccoya Goyzueta

Asesor:

José Amilcar Mogrovejo Sánchez

Lima, 2022

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis padres por acompañarme durante todo este proceso de investigación y amanecidas, por ser quienes me impulsaron y motivaron a culminar con la elaboración de mi tesis. Agradecerles por ser el ejemplo de paciencia, constancia, trabajo y superación que me transmiten -día a día- por medio del trabajo responsable y respetuoso que realizan para lograr sus metas. A mi padre, por guiarme con sus palabras de motivación y ser mi ejemplo de superación ante las adversidades; a mi madre, por brindarme sus muestras de afecto en todas las formas y transmitir esa fortaleza que me impulsa a alcanzar mis metas. Agradecerles, papá y mamá, porque sin su apoyo incondicional no sería la persona y la profesional que he llegado a ser.

Por otro lado, agradecer a mi asesor de tesis, José Mogrovejo, por su paciencia en este proceso de elaboración, reflexión y análisis. De igual manera, por sus palabras de confianza y empuje para dar solución a las dificultades que se presentaron durante la elaboración de mi investigación.

Agradecer a mis amigos de la PUCP, por ser ese soporte cuando mi familia se encontraba a kilómetros de mí. Ustedes fueron la segunda familia que me ha dado la universidad durante los años que pasé por el campus, que me ofreció su amor sincero e incondicional durante la etapa de pregrado. Y que, incluso hoy en día, esa amistad trasciende cualquier distancia.

No puedo dejar de agradecer a las instituciones especializadas por brindarme las facilidades para realizar mi investigación. Particularmente a las madres que participaron en mi investigación, gracias por su paciencia y disposición para compartir un poco sobre sus vivencias como cuidadoras y los retos que asumen ejerciendo este rol. Del mismo modo, agradecerles por mostrarme el valor y la fortaleza que una madre forja para ser el apoyo de sus hijos desde un amor incondicional que rebasa cualquier desaliento.

Resumen

La presente investigación analizó la relación entre el estrés parental y el compromiso paterno percibido en madres con hijos con trastorno del espectro autista (TEA). Para ello, se estudió a una muestra de 75 madres con hijos de 3 a 6 años que recibían su tratamiento en instituciones especializadas de Lima Metropolitana. Las edades de las madres oscilaron entre 23 y 48 años ($M=35.04$; $DE=6.20$). Para medir las variables de estudio, se utilizó el Cuestionario de estrés parental (PSI – SF) y la Escala de Compromiso Paterno (CP), en su versión para madres, que evaluó la percepción de compromiso paterno. Los resultados obtenidos mostraron niveles bajos de estrés parental y compromiso paterno, tanto en las escalas totales como en sus respectivos dominios. En cuanto al objetivo general, se hallaron correlaciones inversas y bajas entre las escalas totales del compromiso paterno y el estrés parental. A nivel dimensional, la dimensión Apertura al mundo del compromiso paterno se correlacionó inversamente con la dimensión Malestar Paterno y con el puntaje total del estrés parental. Con respecto a los objetivos específicos, se encontraron diferencias significativas en el dominio Evocación del compromiso paterno, entre el grupo de madres de niños entre 4 y 5 años y el de madres de niños entre 5 y 6 años. De manera similar, se observaron diferencias significativas en la dimensión Interacciones entre madres que tienen solo un hijo y las que tienen tres hijos a más.

Palabras Clave: estrés parental, compromiso paterno, trastorno del espectro autista.

Abstract

This research analyzed the relationship between parental stress and perceived parental commitment in mothers with children with autism spectrum disorder (ASD). To do this, a sample of 75 mothers with children between the ages of 3 and 6 who received their treatment in specialized institutions in Metropolitan Lima was studied. The ages of the mothers ranged between 23 and 48 years ($M=35.04$; $SD=6.20$). To measure the study variables, the Parental Stress Questionnaire (PSI – SF) and the Parental Commitment Scale (CP), –which value perceived parental commitment– in its version for mothers, were used. The results obtained showed low levels of parental stress and parental commitment, both in the total scales and in their respective domains. Regarding the general objective, inverse and low correlations were found between the total scales of parental commitment and parental stress. At the dimensional level, the Openness to the world dimension of parental commitment was inversely correlated with the Parental Discomfort dimension and with the total parental stress score. Regarding the specific objectives, significant differences were found in the Evocation of parental commitment domain between the group of mothers of children between 4 and 5 years old and that of mothers of children between 5 and 6 years old. Similarly, significant differences were observed in the Interactions dimension between mothers who have only one child and those who have three or more children.

Key Words: parental stress, parental commitment, autism spectrum disorder.

Tabla de contenido

1. Introducción	5
2. Método	17
2.1. Participantes	17
2.2. Medición	18
2.3. Procedimiento	21
2.4. Análisis de datos	22
3. Resultados	23
4. Discusión	27
5. Referencias	37
6. Apéndices	45
6.1. Apéndices A: Consentimiento informado	45
6.2. Apéndices B: Ficha sociodemográficos	46

Introducción

En los últimos años, el número de personas diagnosticadas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) se ha incrementado a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la prevalencia de casos con TEA es de 1 en cada 160 niños. Uno de los países con mayor prevalencia de esta condición ha sido Estados Unidos, la cual ha ido en aumento, de modo que – entre los años 2008 y 2010– tuvo un incremento del 30%, resultando diagnosticado 1 de cada 68 niños (Baio, 2014). Asimismo, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de este país, esta aumentó a 1 en cada 59 niños (Baio et al., 2018).

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2014) no cuenta con cifras exactas de las personas con TEA; ya que, dicha población está inscrita en el grupo de personas con discapacidad. Desde el 2004, el Consejo Nacional para la integración de personas con Discapacidad (CONADIS) es la institución encargada de registrar casos de TEA, de acuerdo con su tipificación; sin embargo, no toda la población con esta condición opta por incluirse en el registro. Por esta razón, en el 2014, con la aprobación de la Ley N° 301250 “Ley de protección de las Personas con TEA”, se establece criterios de detección y diagnóstico precoz, intervención temprana, capacitación profesional y protección de la salud.

En la misma línea, desde el 2016, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) trabajó en la validación de la “Guía práctica clínica para la atención de personas con TEA” considerando las modificaciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (DSM-V). A través de esta guía, el MIMP proporciona herramientas y capacitación a profesionales involucrados, lo cual facilitó la identificación de casos de TEA, generando que –entre los años 2016 y 2018– hubiera un incremento de 2,836 a 4,528 personas con TEA registradas en el CONADIS. Según el MIMP (2018), la mayor incidencia de casos de TEA se ubica en el departamento de Lima (1,981) y el distrito constitucional del Callao (85). A su vez, un 61.65% los casos de TEA registrados han sido clasificado como severos (MIMP, 2018). Sin embargo, estas estadísticas no son precisas, debido a que estas cantidades solo contemplan los casos diagnosticados y registrados por esta entidad.

Frente a esto, para responder las necesidades de esta población, instituciones nacionales encargadas del área de la salud crearon el “Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista 2017-2021”. Así, en el 2019, su ejecución ha considerado acciones sectoriales que generen equidad de oportunidades e inclusión social

(MIMP, 2017). Además, dicho Plan Nacional incorpora a las familias y la importancia de los roles para el desarrollo integral de la persona con TEA dentro del sistema familiar y, sobre todo, trabaja en capacitar y orientar sobre el cuidado del integrante con TEA.

En ese sentido, resulta importante precisar las particularidades de este trastorno. Uno de los pioneros en caracterizar esta población fue Leo Kanner (1943), quién propuso que entre las características del TEA están el aislamiento social, intolerancia al cambio, memoria de repetición, ecolalia demorada, hipersensibilidad a los estímulos, limitaciones para su actividad espontánea, buen potencial cognitivo y variaciones en la inteligencia (Valdez, 2011). Seguidamente, Eisenberg y Kanner (1956) establecieron que los síntomas compartidos por las personas con TEA son el aislamiento social, intolerancia al cambio, insistencia por la rutina y ausencia de comunicación (Happé, 2007; Webb & Jones, 2009).

No obstante, se destaca la dificultad para delimitar las características del autismo; por lo que autores posteriores acordaron catalogarlo como un trastorno del desarrollo. En 1988, Wing evaluó conveniente utilizar el término “espectro autista” para caracterizar a aquella persona que presenta características compatibles con el TEA, como las complicaciones para sociabilizar, expresar y controlar sus conductas (Happé, 2007). La concepción de “espectro” alude a que la intensidad de los síntomas corresponde a un continuo que iría desde el autismo al “Síndrome de Asperger”; es decir, desde áreas con mayor dificultad para su desenvolvimiento hasta aquellas áreas afectadas que no limitan su funcionamiento (Mendoza, 2014; Pineda, 2012; Wing, 2011).

Por otro lado, de acuerdo con el DSM-IV, Pichot (1995) incorpora el trastorno autista como un trastorno generalizado del desarrollo (TGD), el cual considera alteraciones del desarrollo de la persona a nivel comportamental, social y de comunicación. A su vez, dichas características se pueden observar en niños y jóvenes al ser una condición de por vida. En el 2014, la *American Psychiatric Association* (APA) publicó el DSM-V; el cual presentó una reestructuración en la denominación y clasificación de la categoría TGD que se estableció anteriormente en el DSM-IV. Dicha modificación consistió en la agrupación de cuatro de los cinco trastornos –hasta entonces considerados como TGD– en una misma categoría, la cual se denominó trastorno de espectro autista (TEA).

A partir de entonces, en el DSM-V (APA, 2014), el TEA es considerado como un trastorno del neurodesarrollo que conlleva complicaciones persistentes de comunicación e interacción social en diversos contextos, además de ciertos patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas o repetitivas. De manera similar, la OMS (2018) indica que las personas con TEA manifiestan alteraciones a nivel del comportamiento social, comunicación y lenguaje, y se caracterizan por un repertorio de intereses y actividades

restringido, estereotipado y repetitivo. Así, el conjunto de síntomas limita el funcionamiento cotidiano; sin ser explicado por discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo (APA, 2014). Además, dichos criterios se presentan durante la primera infancia, prevaleciendo cuatro veces más en los niños que niñas (OMS, 2018).

En consecuencia, se estableció tres características básicas de la persona con TEA: deterioro de la actividad social, problemas en la comunicación, y conductas restringidas y estereotipadas (Hervás et al., 2012), siendo el área social la más comprometida (APA, 2002; Hastings et al., 2005). Además, según el DSM-V, las deficiencias para las relaciones socioemocionales generan comportamientos variados desde un acercamiento anormal hasta el fracaso para iniciar interacciones sociales; de igual modo, se presenta la dificultad para ajustarse, conservar y comprender las relaciones en diversos contextos que representan un reto (APA, 2014; Tereuncán & Treimún, 2016).

Otra de las áreas afectadas con mayor notoriedad es la comunicación. Ello se evidencia en un inicio con el retraso del leguaje; en la emisión de los primeros balbuceos o palabras a edades por encima de lo esperado; e, incluso, en la ausencia del desarrollo del habla. Asimismo, esta afectación de la comunicación se puede evidenciar en la presencia de un discurso estereotipado y repetitivo, la creación de palabras nuevas o neologismos (Kanner, 1943; Tereuncán & Treimún, 2016), o la alteración de la prosodia: entonación, volumen y ritmo (Pineda, 2012).

La siguiente área comprometida por el TEA es la conductual y se caracteriza por la presencia de un comportamiento estereotipado y repetitivo, el cual está vinculado a un pensamiento rígido. En ese sentido, los niños con TEA presentan dificultades en sus funciones ejecutivas para adaptarse a diversos contextos (Happé, 2007; Sigman et al., 2006). Además, el niño con esta condición experimenta enfado, agitación o excitación hacia algún objeto (Tereuncán & Treimún, 2016). Adicionalmente, los comportamientos repetitivos, la práctica de rituales y la hipersensibilidad a los cambios pueden presentarse con mayor afectación en algunos casos (Happé, 2007; Sigman et al., 2006).

Sumado a ello, el DSM-V incluye grados de afectación como parte de la clasificación; para lo cual, considera el nivel de desarrollo de la comunicación social y la intensidad de los comportamientos restringidos y repetitivos. Dichos grados varían de acuerdo a la severidad de afectación, de modo que se clasifica de la siguiente manera: grado 1 “necesita ayuda”, dificultad para iniciar interacciones y emitir respuestas inusuales e inflexibilidad comportamental que interfiere ligeramente; grado 2 “necesita ayuda notable”, las interacciones son limitadas y hay reducción en sus respuestas e inflexibilidad comportamental que dificulta cambiar comportamientos estereotipados; y grado 3 “necesita ayuda muy notable”, las interacciones son muy limitadas y emite

respuestas mínimas, también la inflexibilidad de comportamiento, y extrema dificultad para cambiar las conductas estereotipadas (APA, 2014).

Considerando esta caracterización, se ha observado que tener un hijo con TEA altera los roles de los integrantes de la familia, pues conlleva asumir y/o renunciar a diferentes funciones, con la finalidad de que favorezcan al equilibrio familiar. No obstante, se suele mantener los roles de género tradicionales: la mayoría de los padres reafirman su labor como proveedores y se implican menos en el tratamiento de sus hijos con TEA (Hernández et al., 2012), mientras que las madres son las cuidadoras y encargadas de la crianza de los hijos (Dávalos, 2015). Ello generaría un reto más desafiante para la madre, pues se enfrenta a mayores demandas a nivel personal: ser esposa y madre (Dávalos, 2015). Además, diversos estudios coinciden en que la mayoría de las madres se ven obligadas a renunciar a sus profesiones para dedicarse al cuidado de sus hijos y el hogar a tiempo completo, dejando de lado su desarrollo académico-laboral (Bueno-Hernández et al., 2012; Pineda, 2012; Demos, 2015). Esta situación se intensifica para las mujeres cuando uno de sus hijos es diagnosticado con TEA.

Consecuentemente, el proceso de cambio familiar debido al diagnóstico de TEA se inicia cuando los cuidadores detectan alteraciones en el desarrollo de su hijo, tales como el observar indicadores de rechazo al contacto afectivo, ausencia de respuesta y de contacto visual ante estímulos verbales (Jiménez, 2016). Estos pueden variar en intensidad y complejidad, y se pueden presentar de distintas formas de acuerdo con los casos particulares (Kinnear et al., 2016). Ante esta situación, algunos padres y/o madres presentan una actitud positiva y activa frente al diagnóstico temprano, mientras que otros lo evalúan negativamente al no contar con las capacidades psicológicas de ajuste emocional o estrategias para modular su comportamiento al cuidado del niño con TEA (Reed et al., 2016).

Es importante resaltar que las diferentes características de la condición del TEA y su grado de complejidad se asociarían con la carga de cuidado que asumen los padres y que estaría afectando su salud mental. En este sentido, se ha encontrado que los comportamientos de una persona diagnosticada con TEA son buenos predictores del estrés parental de los cuidadores. De manera particular, Bitsika y Sharpley (2017) encontraron que el comportamiento repetitivo, ritualista y de autoaislamiento de personas con esta condición se asociarían con mayores niveles de ansiedad y depresión en las madres. Asimismo, Miranda y col. (2019) concluyeron que los padres experimentan mayor estrés al percibir estigma por parte del entorno hacia sus hijos con TEA, a raíz de su déficit en el desarrollo de habilidades sociales.

Asimismo, se ha encontrado que la gravedad del TEA se relaciona con

psicopatología materna (Tomeny, 2017), ya que las madres experimentan niveles altos de estrés, sentimientos de culpa y resignación; los cuales podrían disminuir sus niveles de autoeficacia en su rol materno, que afecta a la percepción que tiene de sí misma y cómo perciben que los demás evalúan su rol de madre (Pérez, 2017). Sin embargo, otros estudios indicaron que no existe una relación entre la gravedad de los síntomas de la persona con TEA y el estrés que pudiera presentarse en los padres (Ben-Sasson et al., 2013; Giovagnoli et al., 2015). Esto se explicaría debido a que el diagnóstico de TEA –al ser una condición de por vida– generaría que los padres no perciban cambios significativos en el comportamiento de sus hijos; por ende, sus niveles de estrés parental no presentarían cambios al pasar los años (Pozo & Sarriá, 2014).

Según Belsky (1984), el estrés parental considera tres factores: los recursos psicológicos de cada padre (personalidad y actitud respecto a la crianza), las características del niño (género, edad y temperamento) y el contexto de las fuentes de estrés y de apoyo. De lo último, el autor consideró relevante la fuente de apoyo externo para reducir sus niveles de estrés, ya que tener un niño con esta condición modifica el clima familiar y las relaciones existentes entre ellas en un intento de adaptarse a la nueva situación (Tereucán & Treimún, 2016).

De este modo, Lazarus y Folkman (1986) plantean que el estrés es un proceso de evaluación ante la interacción entre la persona y su ambiente, el cual contempla la presencia de tres fases. La primera fase se basa en la evaluación, la cual puede ser: a) negativa, cuando se percibe a la situación como amenazante o de pérdida; o b) positiva, si esta es considerada un reto que implica ganancia. La segunda fase incorpora el afrontamiento entendido como “los esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales para manejar demandas internas o externas” (Lazarus y Folkman, 1986, p.157), el cual determinaría la respuesta frente a la situación. Por último, la tercera fase es la reevaluación de las etapas iniciales, la cual permite modificar las mismas.

Posteriormente, Abidin (1992) se enfoca en el estrés parental y propone un nuevo modelo que resalta el rol de los componentes de la personalidad en la evaluación de las situaciones como estresantes, por encima de los factores ambientales. Por ende, el rol del cuidador se ve influenciado por las creencias y expectativas acerca de sus funciones, así como su historia afectiva y sus expectativas sobre el futuro; las cuales intervienen en el proceso de evaluación (positiva o negativa) de una situación. En consecuencia, el estrés parental experimentado por los cuidadores será el resultado negativo de una serie de evaluaciones hechas sobre su nivel de compromiso con su rol.

Asimismo, con el propósito de complementar factores que influyen en el estrés, Abidin (1995) formula el modelo multidimensional de estrés por la crianza. En dicho

modelo, menciona que existen factores tanto externos como internos de los cuidadores que influyen en su labor frente a la responsabilidad de la crianza del niño. Así, propone que los factores intrínsecos de los padres serían las competencias y la personalidad, mientras que los factores extrínsecos estarían conformados por las características, necesidades y adaptabilidad de sus hijos, así como por la relación padre-hijo (Abidin, 1995; Abidin & Loyd, 1985; Deater-Deckard, 2004; Pérez & González, 2007).

Sumado a esta propuesta, según Belloch y colaboradores (1995), se deben considerar otros factores vinculados al estrés. Uno de estos sería la cantidad de estrés experimentado, a partir del cual se puede identificar dos estados: a) hipoestrés, niveles bajos de estrés que propicia despreocupación y falta de motivación; y b) hiperestrés, niveles altos de estrés que la persona no puede manejar y llega a sentir sobrecarga. Otro factor que influiría en la experiencia del estrés sería su tipificación: agudo o crónico. Por un lado, el estrés agudo surge de las presiones y consecuencias de un evento traumático en un pasado reciente (Calzada et al., 2012). Por otro lado, el estrés crónico es la acumulación de eventos estresantes que son penetrantes y duraderos en el tiempo (Rodríguez-Fernández et al., 2012).

En esta línea, se evidencia que tanto factores internos como externos estarían influyendo en la experiencia de estrés de las personas y, sobre todo, de los cuidadores de personas diagnosticadas con TEA. En esta línea, uno de los principales factores que estaría influyendo en el estrés parental sería precisamente la condición de TEA de su hijo: el grado de afectación de su funcionalidad se asociaría con mayores niveles de estrés en los padres (Lyons et al., 2010). En base a esto, en un estudio comparativo en padres de hijos con TEA de 3 a 5 años, se reportó que la gravedad del trastorno y la sintomatología del TEA guardaban relación con el estrés parental (Fernández et al., 2014). Por otra parte, las investigaciones revisadas han evidenciado que la mayor exploración del estrés parental se ha realizado con madres y son pocos los estudios que consideran a los padres, como población objetivo. Esto sugiere una diferencia a nivel de género con referencia a la crianza y el cuidado del hijo, pues las madres son quienes reportan mayores niveles de estrés y depresión en comparación con los padres (Ludlow et al., 2011).

Asimismo, se debe considerar que la modificación del rol materno y el estrés que manifiestan las madres se encuentran sujetos a algunos indicadores sociodemográficos. En un estudio respecto a madres en situación de riesgo social, se ha indicado que —a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género y la edad de los hijos— el estrés parental se correlacionó de manera positiva y estadísticamente significativo al área del cuidado de los hijos (Pérez et al., 2014).

Otra variable vinculada con la experiencia del estrés parental ha sido la edad del

niño diagnosticado con TEA. En un estudio realizado en padres con hijos diagnosticados con TEA de 2 a 5 años, se halló niveles elevados de estrés en ambos padres, siendo las madres quienes reportaron mayores niveles de estrés en todas las áreas, como interacción disfuncional padre-hijo, malestar paterno y cuidado del niño. Asimismo, otro hallazgo encontrado fue que los padres de niños con mayor edad, entre 4 o 5 años, presentaron mayor estrés. Por último, los autores concluyeron que, a mayor edad de los niños, los padres presentan mayor preocupación por la transición a la que ingresan sin haber alcanzado las competencias esperadas para su edad (Rivard et al., 2014).

De igual manera, Gong y col. (2015) encontraron resultados similares en su investigación y reportaron que los padres de los niños mayores informaron mayor estrés en comparación con los padres de niños pequeños. Ello se explicó por el comportamiento anormal de los hijos a medida que van creciendo, ya que los déficits en la sociabilización y cuidado personal son más notorios con el transcurso del tiempo; lo cual, genera mayor preocupación en los padres hacia el futuro de sus hijos. Además, se encontró que la edad, los problemas de conducta, el nivel de funcionamiento de los niños con TEA y los síntomas afectivos de los padres se asociaron también al estrés de los padres.

Asimismo, es importante evaluar a la cantidad de hijos como factor externo que influye en el estrés. Al respecto, Sánchez-Griñan (2015) encontró que las madres que manifestaron tener entre dos o más hijos registraron mayor estrés parental, en comparación con aquellas que tenían un único hijo. Además, se reportó que las madres se enfrentan a mayor presión, pues tienen que trabajar para ser proveedoras –además de ejercer su rol como cuidadoras–, y que el estrés parental en el área del cuidado del niño tuvo una relación significativa con el número de hijos. Cabe destacar que las madres presentaron mayor estrés cuando el niño tenía alguna dificultad en el desarrollo de su conducta, cognición y afecto (Sánchez-Griñan, 2015).

En la población en específico de padres con hijos con TEA, Albarracín y col. (2014) observaron que tanto los padres como las madres que tenían más hijos utilizaron estrategias de evitación para modular sus niveles de estrés; los cuales, se incrementaban precisamente por la carga de cuidar a más hijos, a la par de responder a sus obligaciones familiares y laborales. Este dato resulta particularmente relevante, ya que se encontró que los cuidadores que no presentan conductas adaptativas estaban más propensos a experimentar estrés y problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad (Bueno-Hernández et al., 2012).

Por otro lado, la participación de los padres o el involucramiento paterno en la crianza del niño con TEA también influiría en la experiencia del estrés parental. Esto se propone debido a que se ha encontrado que un infante con padres involucrados desarrolla

mejor sus capacidades de lenguaje y habilidades sociales, lo que facilita una mayor funcionalidad y disminuye el riesgo de experimentar estrés parental. Además, un rol activo de estos colabora con la regulación emocional y comportamental, generando seguridad y confianza para la exploración. Así, los hijos empiezan a percibir recursos potenciales importantes en los padres (Stevenson & Crnic, 2012). Por lo tanto, tener a ambos padres altamente involucrados puede mejorar el sistema familiar en general (Rankin et al., 2019), y favorecer un ambiente menos estresante para los padres.

A partir de esto, el involucramiento paterno se define como la participación directa del padre en actividades del cuidado y crianza de sus hijos (Bermúdez, 2015; Palkovitz, 1994). Diversos autores coinciden que este constructo es multidimensional y se forma a lo largo de la vida según disposiciones sociales que estructuran la concepción de la familia y el rol de cada integrante, lo que incluye el comportamiento del padre en su hogar (Day & Lamb, 2004; Domecq, 2010; Paquette et al., 2000; Reaño, 2018).

De este modo, el involucramiento parental se compondría de tres dimensiones que son la interacción, accesibilidad y responsabilidad (Day & Lamb, 2004; Lamb et al., 1987; Pleck, 2010). Por un lado, la interacción alude a un trato directo entre el padre y su hijo por medio de actividades que realizan de manera conjunta, tales como bañarlo, leerle un cuento, entre otros. Por otro lado, la accesibilidad hace referencia a la disponibilidad que tiene el padre para compartir actividades junto a su hijo, ya sea directa o indirectamente. Por último, la responsabilidad hace referencia a las funciones que el padre asume para hacerse responsable del cuidado y bienestar de su hijo: llevarlo al médico si se enferma, darle comida, educación, entre otros (Arrieta, 2017; Reaño, 2018).

De manera particular, Palkovitz (1997) se enfocó en comprender y explicar el comportamiento del padre específicamente, por lo que propuso un modelo de involucramiento paterno que agrupaba tanto los comportamientos observables, como los componentes afectivos, cognitivos y éticos de un padre. Para lo cual, se evalúa la comunicación, monitoreo, intereses, protección y soporte emocional. Por su parte, Hawkins y col. (2002) establecieron un modelo de compromiso paterno de nueve factores, que fueron añadidos sobre los ya planteados por Lamb y col. (1987). Estos fueron los siguientes: el apoyo a la madre, disciplina y enseñanza de la responsabilidad; ayudarlos con las tareas y alentar el éxito en la escuela; dar afecto, pasar tiempo juntos y conversar; estar atentos a la vida diaria de sus hijos; alentarlos a desarrollar sus talentos; y proveerlos de necesidades básicas (Reaño, 2018, pp. 3).

En el contexto peruano, Domecq (2010) realizó un estudio para evaluar el compromiso paterno. Cabe precisar que, para ello, se basó en lo formulado por Paquette y col. (2000), el cual considera seis áreas del compromiso paterno: estimulación afectiva,

apertura al mundo, cuidados básicos, juego, evocaciones y disciplina. A continuación, se describirá estas áreas para un mejor entendimiento.

La primera área, “estimulación afectiva”, alude a los comportamientos que el padre ejecuta para demostrarle al niño que lo quiere y protege. Luego, la “apertura al mundo” se refiere a la manera en que el padre introduce al niño a nuevas experiencias. En tercer lugar, el área denominada “cuidados básicos” comprende la atención del menor y sus necesidades básicas como la alimentación y limpieza. En relación con el “juego”, se considera a las interacciones lúdicas padre – hijo, que podrían ser expresadas por medio de cosquillas o risas. Las “evocaciones” aluden a cuán presente cognitivamente tiene el padre al hijo al momento de comentar aspectos positivos de su hijo o de las experiencias compartidas. Finalmente, la “disciplina” consiste en qué medidas utilizará el padre para corregir conductas inadecuadas o enseñar conductas adecuadas (Domecq, 2010; Paquette et al., 2000)

En ese sentido, el padre juega un rol importante y único en el desarrollo del niño, diferenciándolo de las funciones de la madre. Según Maldonado y Lecannelier (2008), el juego en la relación padre-hijo promueve la regulación de emociones y establece bases para las futuras relaciones interpersonales. Por esto, no se debe considerar al padre como reemplazo de la madre, sino que cada cuidador maneja una interacción distinta y única al momento de relacionarse con su hijo (Arrieta, 2017). De acuerdo con Oiberman (2013), la paternidad tendrá un desarrollo potencial tanto para el hijo como para su padre.

A la actualidad, el rol del padre atraviesa una transición que incorpora la ejecución de actividades en la crianza del hijo. Así, la nueva paternidad evalúa un cuidador con involucramiento más afectivo con sus hijos y con responsabilidades equitativas con la madre (Lamb, 2010). Su rol parental tiene que ver con alimentación, cuidado y educación del menor y el acompañamiento afectivo (Arrieta, 2017). De manera adicional, el compromiso paterno se evalúa de acuerdo con la calidad de tiempo. Por ello, la sensibilidad, la calidez, el afecto y la cercanía en la relación padre-hijo son incluidos por su calidad cualitativa (Adamsons, 2018; Opondo et al., 2016). A pesar de este cambio en el rol paterno, se ha encontrado que cifras internacionales (Brown et al., 2012) y nacionales (Domecq, 2010; Ramírez, 2014) reportan un bajo involucramiento paterno con respecto a los hijos en etapa preescolar de 3 a 5 años.

Algunas investigaciones hallaron que el involucramiento paterno se da en distintos campos. Por un lado, se observa una mayor presencia del padre en actividades relacionadas al juego u ocio. En contraste, tendrían menor involucramiento ante actividades directas o indirectas; por ejemplo, el comprarle ropa, dar alimentos, entre otros realizados por las madres (Monteiro et al., 2010; Torres et al., 2014). Así, pese a los

cambios sociales por incorporar una imagen más activa del padre en la crianza, la madre limita su participación al tener mayor ejercicio en el cuidado del hijo (Brown et al., 2012). Esto se evidencia en otros estudios en los que se obtuvo una relación negativa entre el rol destacado de la madre y la participación del padre (Gaunt & Scott, 2014; Sharabi & Marom, 2018).

En esa misma línea, otras investigaciones refieren que el involucramiento paterno se encuentra limitado por falta de promoción y acceso por parte de las madres, para permitir ejercer el rol paterno. Ello debido a que la percepción que los padres tienen sobre su participación y compromiso es influida por el contraste que realizan con la percepción y el juicio valorativo de la madre sobre su comportamiento (Planalp & Braungart-Rieker, 2016). Del mismo modo, Sary y Turnio (2015) comentan que, al haber una percepción valorativa positiva y retroalimentación por la participación del padre, se obtendrá mayor involucramiento paterno. Mientras tanto, las madres que creen tener mejores capacidades para el cuidado de niños menores de seis años generan actitudes negativas hacia el padre, propiciando que disminuya el involucramiento paterno (Tremblay & Pierce, 2011).

La participación del padre en la crianza se ha valorado crecientemente en los últimos años, debido al cambio cultural de la sociedad actual, dado en la forma de pensar y actuar con respecto a la responsabilidad en la crianza y el cuidado de los hijos. La evidencia confirma que una presencia activa del padre impacta positivamente en los diferentes ámbitos de la vida de los hijos. Por ende, el compromiso paterno es relevante en el desarrollo saludable de los miembros de la familia, ya que presentarán mayor participación que antes estaba socialmente destinado a las mujeres y, de esta manera, menor estrés parental (Castillo et al., 2018). Frente a esto, en el contexto peruano, Domecq (2010) realizó un estudio para evaluar el compromiso paterno, en el que encontró que la percepción de las madres respecto al involucramiento de sus parejas no tenía mucha variación en relación con la autopercepción de los padres sobre su rol en la crianza del niño.

Otro de los factores que influyen en el involucramiento parental es la condición de desarrollo típico o atípico del niño, ya que las demandas en cada caso serán distintas. En este sentido, se ha encontrado que la presencia de un desarrollo atípico por parte del niño diagnosticado con TEA influiría en el nivel de participación en el cuidado del hijo de las madres y padres. De este modo, se ha evidenciado que las madres han tenido mayor participación con sus hijos con TEA por medio del juego, en comparación con los padres (Behrani y Shah, 2016). Así, el TEA impacta en el niño diagnosticado y en quienes se encuentran a su alrededor; principalmente sobre los que ejecutan el rol de cuidador principal (Hoffman et al. 2009).

En base a lo expuesto anteriormente, se evidencia la posible existencia de una relación entre el estrés parental y el compromiso paterno percibido por las madres. Al respecto, Harmon y Perry (2011) mencionan que el estrés en las madres se reduce cuando reciben reconocimiento por sus parejas respecto a sus funciones. Por el contrario, cuando no perciben esta valoración o carecen de apoyo de su pareja, sus niveles de estrés aumentan. Adicionalmente, algunas investigaciones han reportado que las madres tienden a percibir baja participación de sus parejas al compararlas con su rol, lo cual propicia que las expectativas en torno al desempeño de los padres no sean satisfechas (Delgado, 2017). Por último, se reportó una asociación entre compromiso paterno y salud mental materna (Opondo et al., 2016).

De manera general, resulta de suma importancia el estudio del estrés parental en las madres de niños diagnosticados con TEA, debido a que en la práctica se ha observado la alta vulnerabilidad de esta población a padecer de problemas en su salud mental, sobre todo cuando existe mayor compromiso en el cuidado de los hijos. En la práctica, esta predisposición al estrés parental ha sido observada desde el momento del diagnóstico; sin embargo, también se ha identificado que la asistencia profesional ayuda a disminuir los niveles de estrés. Por esto, se resalta la relevancia de contar con evidencia empírica que permita visibilizar la importancia de la intervención psicosocial en esta población.

Adicionalmente, la revisión de la literatura para el desarrollo del presente estudio evidenció que no existen muchas investigaciones que aporten información sobre su relación. Por ello, existe una falta de identificación de sus componentes con una base empírica sólida y un buen valor predictivo que permita el abordaje oportuno en esta población. De esta manera, comprender su concepto posibilitaría la creación de programas de promoción y prevención que permitan a los padres presentar una salud mental adecuada que les permita darle una mejor calidad de vida a sus hijos con TEA (Castillo et al., 2018; Hoffman et al. 2009).

En consecuencia, la presente investigación tiene como objetivo principal examinar la relación entre el estrés parental y el compromiso paterno percibido en madres con hijos diagnosticados con trastorno del espectro autista. De manera específica, se pretende determinar si existen diferencias en la relación entre las variables según el número de hijos y edad de los mismos. Cabe mencionar que, para realizar este análisis, se realizó la recolección de información en un solo momento y a un único grupo de personas respetando los estándares éticos correspondientes.



Método

Participantes

El presente estudio estuvo conformado por 75 madres con hijos diagnosticados con TEA que asistían a instituciones especializadas en tratamiento de esta condición - de TEA- ubicadas en Lima Metropolitana. Las edades de las participantes oscilaron entre 23 y 48 años ($M=35.04$; $DE=6.20$). El 57.3% era de Lima, mientras que el 42.7% nació en provincia. Asimismo, el 33.3% contó con estudios universitarios completos y el 28% con estudios técnicos completos. Sin embargo, el 68% del total reportó no trabajar, siendo el 61.3% amas de casa. En consecuencia, solo el 10.7% reportó contratar un cuidador(a) adicional para la atención del hijo con TEA. En cuanto a su estado civil, el 68% eran convivientes y el 32% estaban casadas. En torno al número de hijos, estos variaron entre 1 (40%), 2 (45.3%) y de 3 a más (14.7%). Además, el 12% de las madres reportó tener otro hijo con un diagnóstico psiquiátrico.

En cuanto a los hijos diagnosticados con TEA (78.7% masculino), estos se encontraron entre 3 y 6 años ($M=4.56$; $DE=1.04$). El tiempo de diagnóstico varió entre 1 y 36 meses ($M=18.29$; $DE= 10.47$). El grado de TEA reportado varió entre grado 1 (57.3%), grado 2 (34.7%) y grado 3 (8%). En relación con las terapias llevadas por los hijos, el 72% llevaba terapia ocupacional, el 84% terapia del lenguaje y el 65.3% terapia de modificación conductual.

Asimismo, el primer criterio de inclusión de las madres se estableció a partir de su asistencia a una de las instituciones especializadas en TEA ubicadas en Lima Metropolitana. El segundo criterio fue que acompañen a sus hijos a las sesiones terapéuticas o talleres grupales. Por último, otros criterios incluidos fueron el ser mayor de edad, residir en Lima, y tener al menos un hijo diagnosticado con TEA entre 3 a 6 años. En contraste, los criterios de exclusión fueron presentar algún deterioro cognitivo y/o analfabetismo, y no tener una pareja.

Posteriormente, al verificar que las madres cumplieran con los requisitos y aceptar participar, se les informó sobre los objetivos del estudio, así como que el uso de la información recabada sería para fines académicos y su participación sería anónima y voluntaria. Una vez informadas y aceptando el proceso, se les solicitó firmar el consentimiento informado (ver Apéndice A1) en una habitación alejada de ruido y con adecuada iluminación, luego procedieron a llenar la ficha sociodemográfica (ver Apéndice A2) y los dos cuestionarios que evaluaron los constructos de estrés parental (PSI-SF) y el compromiso paterno (CP).

Medición

Estrés parental (PSI – SF)

El primer instrumento utilizado fue el Cuestionario de estrés parental PSI – SF (*Parenting Stress Index, Short Form*) (Abidin, 1995). Inicialmente, Abidin (1983) fue el creador del instrumento de la versión en inglés, el cual tiene la finalidad de identificar y medir el grado de estrés percibido por parte del padre y la madre con respecto a su rol como cuidadores. Posteriormente, Abidin y Loyd (1985) se encargaron de la revisión del cuestionario estrés parental completo (PSI) conformado por 120 ítems. Luego, Abidin y Solis (1991) se encargaron de la traducción y adaptación al español. Para ello, se evaluó las respuestas de 233 madres y se analizó las 13 subescalas del instrumento original. A partir de este análisis, los autores redujeron la cantidad de ítems e identificaron tres subescalas representativas: las características de los padres, características de los niños e interacción padre-hijo. Finalmente, se evaluó la validez de esta nueva versión adaptada y se encontró una correlación de 0.94 con la versión original en inglés (Pozo et al. 2006).

El PSI-SF consta de 36 ítems y tiene un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. El puntaje global se calcula por medio de tres subescalas. La primera es el malestar paterno (ítem 1 al 12), la cual establece el estrés de los padres desde su función como cuidadores principales, la limitación de su competencia, dificultad para su desarrollo personal, inconvenientes con la pareja y precario apoyo social. La segunda escala es la interacción disfuncional padre – hijo (ítem 13 al 24), esta aborda la percepción de los padres respecto al logro de sus hijos y el refuerzo que recibe por parte de los mismos. La última escala se encarga de evaluar el cuidado del niño (ítems 25 al 36), es decir, las expectativas de los padres respecto al manejo de las conductas de sus hijos (Díaz et al., 2010).

Además, la prueba cuenta con ítems para evaluar la deseabilidad social, es decir, para identificar si hay un intento por transmitir una imagen más favorable de sí mismos o minimizar el problema de estrés en la relación padre-hijo. Para dicho fin, se suma los valores de las respuestas de los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 11 (Díaz et al., 2010). Las puntuaciones pueden ir desde 0 a 10, aquellas pruebas que obtengan un mayor puntaje serán motivo para considerar algunas hipótesis, tales como las madres busquen transmitir la imagen de tener una pareja como comprometida con su rol paterno; no identifican su rol materno y no experimenta las presiones vinculadas al cuidado del niño o el padre es competente con su rol de padre y pareja (Díaz et al., 2010).

La versión abreviada se empleó en diversas investigaciones manteniendo su

confiabilidad y validez. En el 2010, Díaz y col. realizaron un estudio conformado por 129 madres españolas; y, al correr un análisis factorial confirmatorio para tres factores, encontraron que la estructura del cuestionario difería del propuesto por Abidin (1995). Por ello, los investigadores decidieron iniciar un análisis factorial exploratorio identificando que la solución de dos factores explicaba el 48.77% de la varianza. En consecuencia, optaron por fusionar los dominios interacción disfuncional y estrés derivado del cuidado del niño. Así, la consistencia interna de la prueba fue de 0.90 para el dominio estrés derivado del cuidado del niño, 0.87 para malestar paterno y 0.91 para la escala total (Díaz et al., 2010)

En Perú se cuenta con un antecedente de un estudio que aplicó la versión corta del Cuestionario de Estrés Parental respetando las tres dimensiones de la escala original. Esta escala reportó una consistencia interna adecuada con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93 para la escala global. En relación al área de malestar parental se obtuvo el valor de 0.84; el área de interacción disfuncional consiguió 0.82 y el área de estrés en relación a las características del cuidado del niño fue de 0.87 (Pineda, 2012). Otro estudio, realizado por Mendoza (2014) registró un análisis de consistencia interna para la escala total; de acuerdo a este, el coeficiente alfa de Cronbach resultó ser 0.92. En cuanto a cada una de las áreas, el malestar parental obtuvo 0.85, la interacción disfuncional con 0.80 y el estrés derivado del cuidado del niño 0.88.

Para este estudio también se aplicará la versión corta con las tres dimensiones planteadas por Abidin (1995). Se obtuvo índices de confiabilidad adecuados para las dimensiones de estrés parental: Malestar Paterno ($\alpha=.81$), Interacción disfuncional ($\alpha=.77$) y Cuidado del niño ($\alpha=.74$). Para la escala completa, se obtuvo un alfa de Cronbach de .87.

Compromiso paterno (CP)

Para medir la percepción del compromiso paterno de las madres participantes, se utilizó la Escala Compromiso Paterno (CP), en su versión para madres, de Domecq (2010). Para la elaboración del cuestionario, Domecq se basó en el “Questionnaire déngagement paternel-QEP” planteado por Paquette y col. (2000), el cual tuvo como propósito examinar el nivel de interacción entre padres e hijos por medio de seis áreas: Estimulación afectiva, Apertura al mundo, Cuidados básicos, Juego, Evocaciones y Disciplina.

Asimismo, Domecq (2010) creó nuevos ítems y ejecutó la redefinición de las áreas, para adaptar el cuestionario a nuestro contexto. Así, este instrumento consta de 45 ítems distribuidos en seis áreas. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 1 a 5 y presenta seis áreas. De manera complementaria, la autora añadió ocho ítems a modo de

frases incompletas, las cuales tiene como finalidad conocer la percepción de los padres varones respecto a su paternidad y desempeño de su rol. Sin embargo, para el propósito de esta investigación, solo se considerará la versión para madres que plantea Domecq (2010), la cual no incorpora las frases incompletas.

Las áreas del compromiso paterno –propuestas por Domecq (2010)– están constituidas por las siguientes: soporte emocional y afectivo (7 ítems), cuidados básicos (8 ítems), apertura al mundo (6 ítems), interacciones (9 ítems), evocaciones (7 ítems), y disciplina (8 ítems). En primer lugar, el soporte emocional y afectivo evalúa las acciones que el padre realiza para manifestar afecto a su hijo, ser una figura de confianza y soporte emocional. En segundo lugar, los cuidados básicos incluyen las conductas del padre en relación al cuidado de niño, como la provisión de alimentación, higiene y vestimenta. La apertura al mundo considera la iniciativa y disposición del padre para motivar a su hijo a que conozca y realice nuevas actividades de ocio o de descubrimiento. Las interacciones se refieren a la manera en que el padre establece contacto con su hijo: la disposición del padre para compartir tiempo con su hijo y realizar actividades con este. Las evocaciones se refieren a la acción del padre de tener pensamientos sobre su hijo, que se pueden manifestar con comentarios a los demás, y que evidencia el mantenimiento del recuerdo y la presencia del niño. Por último, la disciplina involucra la percepción de respeto a la imagen de autoridad del padre que tiene su hijo(a), la cual ayuda a impartir límites, enseñándole a través de ejemplos (Domecq, 2010).

Además, en el estudio de Domecq (2010), la Escala de Compromiso Paterno reportó alta confiabilidad de consistencia interna, obteniendo el alfa de Cronbach de 0.90 en padres y 0.93 en madres. Con relación a la validez del constructo, se realizó un análisis factorial de componentes principales de seis factores, con rotación Varimax. Los resultados mostraron que la prueba alcanzó un 46% de varianza explicada. Dicha validez, se encuentra apoyada por áreas de la escala que obtuvieron correlaciones positivas y significativas. Asimismo, para determinar la validez convergente, se correlacionó los puntajes de la adaptación de la prueba de Satisfacción de Diener y col. (1985) y la puntuación de la escala global de compromiso paterno. El análisis reportó una correlación significativa, moderada y positiva. Finalmente, este autor propone tres niveles de compromiso paterno: compromiso bajo con puntajes menores a 166; compromiso medio con puntajes entre 166-179, y compromiso alto con puntajes mayores a 179 (Domecq, 2010).

En el contexto peruano, la investigación de Ramírez (2014) utilizó la escala de Domecq y obtuvo altos niveles de confiabilidad, siendo el coeficiente de alfa de Cronbach de 0.94. A nivel dimensional, se obtuvieron coeficientes alfas de Cronbach de 0.64 (disciplina), 0.68 (evocaciones), 0.72 (apertura al mundo), 0.79 (cuidados básicos, e

interacción) y 0.80 (Soporte Emocional y Afectivo).

Asimismo, Arrieta (2017) realizó una investigación en una muestra de 40 parejas de padres limeños, en la cual obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.87 para la escala global, es decir, halló una alta confiabilidad del instrumento. De manera similar, las puntuaciones a nivel dimensional también mostraron una alta confiabilidad: Soporte Emocional y Afectivo, 0.68; Cuidados Básicos, 0.72; Apertura, 0.69; Interacciones, 0.69; Evocaciones, 0.72; y Disciplina, 0.68.

Finalmente, cabe mencionar que, en el presente estudio, se eliminaron los ítems 2, 7, 26, 28, 34 y 42, debido a que correlacionaban de manera negativa con las dimensiones a la que pertenecen. Posteriormente, las dimensiones de la escala de compromiso paterno presentaron los siguientes índices de confiabilidad: Soporte emocional y afectivo ($\alpha=0.82$), Cuidados básicos ($\alpha=0.67$), Apertura al mundo ($\alpha=0.79$), Interacciones ($\alpha=0.86$), Evocaciones ($\alpha=0.81$) y Disciplina ($\alpha=0.80$). La escala completa presentó un alfa de Cronbach de 0.95.

Procedimiento

En primera instancia, se estableció contacto con las autoridades de las instituciones; se explicó el propósito académico de la investigación y las consideraciones éticas. Luego de obtener su autorización se aplicó los cuestionarios a aquellas madres que voluntariamente decidieron participar. La aplicación se coordinó y realizó por dos modalidades: a) de manera grupal, cuando los hijos de las madres asistían a talleres grupales, y b) de modo individual, cuando los niños asistieron a terapia individual. Cabe mencionar que esta también se dio en los centros de tratamiento especializado para el TEA y en los Centros de Educación Especial (CEBES), en los cuales se dio mientras los menores asistían a clases. En todos los casos, se buscó un espacio tranquilo y libre de distracciones.

Al iniciar la aplicación, se explicó a las madres sobre el propósito del estudio y los lineamientos éticos. Posteriormente, se le presentó un consentimiento informado a cada participante, en el cual se les explicaba sus derechos relacionados con la confidencialidad de los datos recaudados. Luego de aceptar el consentimiento y brindar su disposición para realizar las pruebas, se les pidió llenar una ficha sociodemográfica, y, seguidamente, los dos cuestionarios (primero el de estrés parental y segundo el de compromiso paterno).

La aplicación se realizó hasta recabar los casos necesarios para la investigación, cada una tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos. Es relevante mencionar que se ha contemplado la posibilidad de realizar un taller sobre el manejo estrés para las

madres que participaron y realizar un informe institucional con los hallazgos encontrados, a modo de devolución de resultados a las instituciones involucradas.

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos obtenidos, se utilizó el programa estadístico SPSS, en su versión 26. Antes de iniciar con el análisis propiamente, se evaluó la confiabilidad de los instrumentos utilizados a nivel global y dimensional, por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Posteriormente, se obtuvo los estadísticos descriptivos para el estrés parental y el compromiso paterno, tanto global como dimensionalmente.

Por consiguiente, se evaluó la normalidad de los puntajes globales y dimensionales de ambas variables. Para ello, se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov y se analizó la curtosis y asimetría de las puntuaciones. En base a ello, se decidió utilizar estadísticos paramétricos para realizar los análisis correspondientes. En este sentido, para responder al objetivo principal, se realizó un análisis de correlaciones de Pearson, entre las áreas de las pruebas y el puntaje total del compromiso paterno y el estrés parental. Por su parte, para responder a los objetivos específicos, se utilizó el análisis de ANOVA con prueba post hoc de Scheffé para los contrastes de media correspondientes a las áreas de las pruebas y los datos sociodemográficos.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en esta investigación en función de los objetivos planteados previamente. En primer lugar, se presentará los puntajes alcanzados en la escala estrés parental y sus dominios. En segundo lugar, para dar respuesta al objetivo principal se presentará los resultados de correlación entre el estrés parental y el compromiso paterno percibido. Finalmente, para responder a los objetivos específicos se describirá los hallazgos obtenidos respecto a las diferencias en el nivel de estrés parental y compromiso paterno según la cantidad de hijos y la edad del hijo con TEA.

En referencia a la variable estrés parental y sus dominios, malestar paterno (MP), interacción disfuncional padre – hijo (ID P-H) y cuidado del niño (CN), se obtiene que la muestra de madres en su mayoría presenta una significancia clínica baja tanto en la escala general (26.7%) y en las dimensiones que la comprenden (MP= 34.7%; ID P-H= 24%; CN= 24%) (ver Tabla 1).

Tabla 1
Estrés Parental y sus dominios

		Total	
		F	%
Estrés Parental	Rango Normal	47	62.7
	Alto	8	10.7
	Significación clínica	20	26.7
MP	Rango Normal	43	57.3
	Alto	6	8.0
	Significación clínica	26	34.7
ID P-H	Rango Normal	52	69.3
	Alto	5	6.7
	Significancia clínica	18	24.0
CN	Rango Normal	45	60.0
	Alto	8	16.0
	Significancia clínica	20	24.0
Total		75	100

Nota. MP=Malestar Paterno, ID P-H=Interacción Disfuncional, CN=Cuidado del Niño
N=61

Específicamente, en la variable estrés parental, las participantes presentaron niveles medios en cada una de sus dimensiones “malestar paterno”, “interacción disfuncional padre-hijo” y “cuidado del niño”. En relación con las dimensiones del compromiso paterno, se observó puntajes altos en “interacciones”, “disciplina” y “cuidados básicos”. En contraste, se obtuvo un puntaje bajo en la dimensión “apertura al mundo” (ver Tabla 2).

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

		Min	Max	M	DE
Estrés parental	Malestar Paterno	21.00	57.00	37.24	7.62
	Interacción Disfuncional	16.00	48.00	30.53	7.01
	Cuidado del Niño	18.00	52.00	35.68	6.64
	Estrés Parental global	74.00	148.00	103.45	16.87
Compromiso Paterno	Soporte Emocional	9.00	34.00	25.28	4.43
	Cuidados Básicos	12.00	35.00	27.35	4.14
	Apertura al Mundo	8.00	26.00	18.55	4.23
	Interacciones	15.00	42.00	30.01	7.13
	Evocaciones	8.00	33.00	23.56	4.97
	Disciplina	11.00	36.00	26.17	4.69
	Compromiso Parental global	63.00	198.00	150.92	24.13

Asimismo, los puntajes totales y clasificados según el nivel de compromiso de las pruebas evidencian que la mayoría de las madres perciben un compromiso paterno bajo por parte de sus parejas (puntajes menores a 166), como se observa en la Tabla 3. A diferencia de ello, un pequeño grupo de madres percibieron compromiso paterno alto (puntajes mayores a 179) por parte de sus parejas

Tabla 3
Niveles de compromiso paterno

	F	%
Compromiso Bajo (CP < 166)	56	74.7
Compromiso Medio ($166 \leq CP \leq 179$)	12	16
Compromiso alto ($179 < CP$)	7	9.3

En cuanto a las dimensiones del compromiso paterno, según se observa en la tabla 4, todas se encuentran en un nivel medio.

Tabla 4
Estadísticos descriptivos de las dimensiones del compromiso paterno

	Min	Max	M	DE
Soporte Emocional	1.29	4.86	3.61	.63
Cuidados Básicos	1.57	4.86	3.61	.66
Apertura Mundo	1.33	4.33	3.09	.70
Interacciones	1.67	4.67	3.33	.79
Evocaciones	1.14	4.71	3.37	.71
Disciplina	1.38	4.50	3.27	.59

En cuanto al objetivo principal, en la tabla 5, se puede observar que existen correlaciones inversas y pequeñas entre la dimensión Apertura al mundo y la dimensión Malestar Paterno ($r = -.24, p < .05$), y el puntaje total del Estrés Parental ($r = -.25, p < .05$).

Tabla 5

Correlaciones entre estrés parental y compromiso paterno

	Estrés Parental	Malestar Paterno	Interacción Disfuncional	Cuidados del Niño
Compromiso Paterno	-.13	-.11	-.14	-.06
Soporte Emocional Afectivo	.01	.01	-.02	.03
Cuidados Básicos	-.17	-.17	-.12	-.11
Apertura al mundo	-.25	-.24	-.20	-.14
Interacciones	-.10	-.10	-.12	-.03
Evocaciones	-.18	-.13	-.19	-.12
Disciplina	.03	.05	-.02	.04

En torno a los objetivos específicos, se encontró que existían diferencias significativas –en cuanto a la edad del hijo con TEA– en la dimensión Evocaciones ($F=4.01$, $p=.01$) de la variable compromiso paterno. En el análisis post hoc, se observó que existen diferencias entre las madres con niños de 4 años ($M=24.60$; $DE=4.50$) y las madres con hijos de 6 años ($M=20.06$; $DE=4.97$), así como entre las madres con niños de 5 años ($M=24.27$; $DE=4.40$) y las madres con niños de 6 años ($M=20.06$; $DE=4.97$).

Asimismo, se encontró diferencias en relación al número de hijos en la dimensión Interacciones ($F=3.66$, $p=.03$) de la variable compromiso paterno. En el análisis post hoc, se observó que existen diferencias significativas entre las madres que solo tienen un hijo ($M=32.50$; $DE=6.57$) y las madres con 3 hijos a más ($M=26.73$; $DE=7.72$), a nivel de la dimensión mencionada.



Discusión

A continuación, se discutirán los resultados encontrados en la presente investigación. En primer lugar, se empezará analizando los bajos niveles de estrés parental encontrados en las participantes del presente estudio, así como el bajo nivel de compromiso paterno percibido. Posteriormente, respondiendo al objetivo principal del estudio, se discutirán la relación negativa encontrada entre el estrés parental y el malestar paterno con la dimensión Apertura al mundo del compromiso paterno. Finalmente, con relación a los objetivos específicos, se profundizará en las diferencias significativas halladas en las dimensiones Interacción y Evocación del compromiso paterno, según el número total de hijos y la edad de los niños diagnosticados con TEA, respectivamente.

Respecto al primer hallazgo, las madres de niños con TEA presentaron bajos niveles de estrés parental, a pesar que estudios previos reportan lo contrario (Basa, 2010; Baker-Ericzén et al., 2005; Campos & Nieto, 2021; Davis & Carter, 2008; Herring et al., 2006; Mendoza, 2014; Pineda, 2012). Este hallazgo resulta contrario, ya que se esperaba que presentaran mayor estrés debido a la gran demanda de atención y cuidados que un niño en estas condiciones necesita (Pineda, 2012; Mendoza, 2014). No obstante, cabe resaltar que hubo, dentro de la población de estudio, un grupo de madres de niños con TEA que sí manifestaron niveles de estrés clínicamente significativos.

El resultado anterior se podría explicar a partir de aspectos contextuales como la asistencia a una institución especializada en el tratamiento del TEA por parte de las participantes y sus hijos. En otras palabras, las intervenciones integrales de las cuales se beneficiaron tanto las madres participantes como sus hijos pudieron haber influido en los niveles de estrés bajos encontrados.

Con relación a ello, el trabajo terapéutico que ofrecen estos centros no solo va dirigido hacia la persona que presenta esta condición, sino que también involucra a la familia y —en especial— a las madres, ya que suelen ser las más perjudicadas a corto y largo plazo (Cabanillas, 2010). Por este motivo, la intervención institucional busca que las madres adopten un rol de agente activo en el tratamiento, por medio de charlas psicoeducativas, conversatorios, visitas a otros centros y actividades integradoras (Martos & Llorente, 2013).

De este modo, los centros especializados en el tratamiento del TEA son considerados por las progenitoras como un soporte formal, ya que les proporciona más información sobre el trastorno de sus hijos y les enseña nuevas estrategias para tratar con ellos (Pineda, 2010; Ruiz, 2020). Además, son reconocidos como fuentes de soporte social (Basa, 2010), ya que las actividades integradoras generan espacios de intercambio

de experiencias entre las madres. Ello les permite ampliar sus redes de apoyo y contar con personas para expresar sus miedos y dudas sobre el diagnóstico de sus hijos (Sumalavia, 2019), lo cual disminuye los síntomas de depresión, ansiedad e ira, mejora la calidad de vida y aumenta el bienestar de las madres (Casimiro, 2016; Da Paz & Wallander, 2017; Pozo, 2010). De manera integral, Sumalavia (2019) señala que un mayor conocimiento de la condición del TEA y el fortalecimiento del apoyo social entre las madres se vincula con menores niveles de estrés parental, lo cual explicaría los niveles encontrados en la muestra estudiada.

En este sentido, se ha encontrado que las madres que reciben atención institucional personalizada, continua e integradora —durante el tratamiento de sus hijos— presentan mayores niveles de bienestar, en comparación con las que participan en actividades generales y poco interactivas (Casimiro, 2016). De manera particular, dichos centros ayudarían a reducir los niveles de estrés en las madres y los integrantes de la familia por medio de la aplicación de programas de habilidades sociales y de comunicación asertiva (Mulas et al., 2010). Por ende, resulta lógico pensar que la intervención institucional estaría influyendo positivamente en el bienestar de las madres, lo cual se expresaría en los niveles reducidos de estrés parental identificados en las participantes.

Por otro lado, los bajos niveles de estrés encontrados en la población estudiada también podrían relacionarse con las características particulares de los hijos con TEA de las madres participantes. En esta línea, se plantean cuatro factores asociados con estas características que podrían explicar los niveles bajos de estrés encontrados en la muestra estudiada: a) la intervención de las instituciones especializadas en niños con TEA; b) su tiempo de diagnóstico; c) la intervención temprana a la que accedieron, y d) el grado de afectación de estos.

Con respecto al primer factor, es importante mencionar que el rango de edad de los hijos de las madres participantes osciló entre los 3 y 6 años, lo que podría sugerir que —al estar en una edad más avanzada— las madres de cierta manera han podido establecer vínculos con sus hijos que les permitan tener un mayor control sobre la situación estresante que conlleva las características de sus hijos, como estudios anteriores han concluido (Gong et al., 2015).

Con relación al tiempo de diagnóstico de TEA, Reed y col. (2016) señalan que, inicialmente, los progenitores califican el diagnóstico como algo negativo, pues están poco informados sobre este y consideran no tener las capacidades ni las estrategias para adaptar su conducta al cuidado de sus hijos. Sin embargo, las participantes de este estudio se caracterizaron por tener hijos que habían sido diagnosticados hasta 3 años atrás y que —desde entonces— habían recibido tratamiento especializado y apoyo institucional. Por lo

tanto, estas ya estarían atravesando un proceso de aceptación a la nueva condición de sus hijos y habrían desarrollado ciertas habilidades para responder a sus necesidades, lo que reduciría sus niveles de estrés. Cabe mencionar que —si bien la presente investigación no tuvo como objetivo específico analizar la relación entre el tiempo de diagnóstico de TEA de los hijos y los niveles de estrés de las madres participantes—, se optó por realizar este análisis estadístico. Sin embargo, los resultados no mostraron relación entre las variables, por lo que se hace necesario seguir explorando dicha asociación sobre todo en muestras más representativas.

Respecto al tercer factor asociado con las características de los hijos con TEA, Mulas y col. (2010) señalan que la atención temprana les permite a los niños con TEA desarrollar sus áreas débiles y obtener mayor independencia en su vida diaria, logrando cambiar pronósticos negativos. Sobre esto, la mayoría de los hijos de las madres encuestadas pertenecían a la edad preescolar y ya venían trabajando en el desarrollo de sus habilidades desde una edad temprana. Ello no solo les permite a los hijos mejorar su funcionamiento en la vida diaria, sino que les genera mayor tranquilidad a las madres, lo que posiblemente estaría reduciendo sus niveles de estrés parental. Así, una intervención temprana favorece a disminuir los niveles de estrés en las madres (Estes et al., 2014).

Con respecto al cuarto factor, una menor gravedad del TEA en niños, expresada en menos conductas mal adaptativas, se relaciona con niveles más bajos de estrés en las madres (Tomenv, 2017). De esta manera, un mejor manejo de dichas conductas por parte de las madres se asociaría con una percepción de mayor autoeficacia y capacidad para tratar con sus hijos (Keen et al., 2010). En esta línea, la mayoría de los hijos con TEA de las madres encuestadas tuvieron un grado de afectación entre 1 y 2, lo que significa que —si bien aún requieren de ayuda y supervisión parental— no llegan a representar una complejidad mayor como en el caso de los niños de grado 3. Cabe mencionar que se realizó este análisis encontrándose que existe una relación entre grado de TEA del hijo y el estrés parental, específicamente en malestar paterno, esto podría sugerir que quienes tengan hijos con mayor nivel de afectación TEA, experimenten más malestar paterno.

En este sentido, un niño con alta complejidad es dependiente permanente de los diferentes cuidados y necesitará actividades guiadas con un acompañante constante. Por lo tanto, podría existir una interferencia significativa en su funcionamiento en uno o más contextos, lo que podría generar mayor carga y estrés en los cuidadores principales del mismo. Por ello, el tener un hijo con mejor funcionamiento en su vida diaria reduciría la carga de trabajo de las madres, lo que favorecería a la disminución de sus niveles de estrés (Keen et al., 2010; Tomenv, 2017).

Con respecto a la otra variable de estudio, se encontró que las participantes

percibían un bajo compromiso paterno por parte de sus parejas. Investigaciones anteriores de corte nacional (Domecq, 2010; Ramírez, 2014) e internacional (Brown et al., 2012) ya habían encontrado resultados similares, sobre todo en casos de padres cuyos hijos se encontraban en etapa preescolar (de 3 a 5 años). Este bajo compromiso paterno percibido por las madres podría relacionarse con los roles sociales que se le asignan de manera diferenciada a padres y madres.

Por un lado, las madres asumen el rol de cuidadoras principales de los hijos, siendo su principal función la crianza de estos (Dávalos, 2015). Ello generaría que, al comparar su labor con el de sus parejas, tiendan a minimizar los esfuerzos paternos para cuidar a sus hijos y los consideran insuficientes comparados con los que ellas realizan (Delgado, 2017). En contraste, los roles sociales impuestos a los padres delimitan sus funciones en la crianza, ya que se espera que estos se centren en ser proveedores y se impliquen menos en el cuidado de los hijos (Hernández et al., 2012). Esta dinámica parental se replicaría e incrementaría en las familias con hijos con TEA: las madres asumen como tarea principal velar por el bienestar del niño y acompañarlo en su tratamiento, mientras que los padres se enfocan en brindar soporte económico.

Sumado a ello, esta baja percepción de compromiso paterno podría vincularse con las habilidades parentales que se desarrollan a raíz de la intervención de las instituciones especializadas en el tratamiento del TEA. En este sentido, como parte del tratamiento, se busca enseñarles —a los progenitores de los niños con TEA— estrategias y habilidades para responder adecuadamente ante situaciones conflictivas o difíciles, así como para estimular el desarrollo de sus hijos; por ello, ellas percibirían bajo compromiso paterno ya que las "forman" para que sean quienes asuman todas las responsabilidades de su cuidado (Martos & Llorente, 2013). De este modo, se han creado programas individuales y grupales de intervención temprana dirigidos especialmente a las madres por ser las cuidadoras principales, los cuales buscan brindarles apoyo y orientación para mejorar sus habilidades de cuidado, incrementar su autoeficacia y conocer más sobre las características de la condición (Da Paz & Wallander, 2017).

Así, las madres perciben bajo compromiso paterno porque las "entrenan/forman" para que sean ellas quienes realicen todo, ya que se les exigen adoptar un patrón de "cuidado" dentro del seno familiar debido a las diferencias culturales y biológicas. Esto las hacen más propensas a ser más receptivas y sensibles a las vivencias del hogar en comparación a los hombres. Por ende, las mujeres suelen sentir mayor estrés por temas vinculados a la crianza de los hijos, lo que hace que tenga un mayor compromiso con la vida de familiar (Taylor et al., 2000).

Por consiguiente, la madre —al percibirse como mejor capacitada y con mayores

habilidades para el cuidado de sus hijos con TEA— tendería a limitar la participación del padre en el ejercicio del cuidado (Brown et al., 2012) y a tener actitudes negativas hacia su pareja (Tremblay & Pierce, 2011). Así, algunos padres consideran que la madre es suficiente para satisfacer las necesidades del cuidado y la crianza del niño; y esperan que ellas faciliten el involucramiento con sus hijos (Perry et al., 2017). Ello las llevaría a considerar a sus parejas como poco activos en la crianza y el tratamiento de sus hijos, lo cual explicaría el bajo compromiso paterno percibido.

Con respecto al objetivo principal, no se encontró relación entre los puntajes globales de los constructos, el estrés parental y el compromiso paterno percibido por las madres participantes. Este hallazgo contrasta con lo observado a nivel práctico en la dinámica familiar frente al tratamiento de los niños y las niñas con TEA en las instituciones intervención especializada: las madres comprometidas con el cuidado de sus hijos con TEA que no contaban con el apoyo de sus parejas ni de sus familias —a tal punto de participar solas en las actividades de los centros—, mostraban mayor estrés parental por la carga de cuidadoras que asumían. Estos resultados contradictorios podrían deberse a la influencia mediadora de otras variables, como la presencia de otros agentes de soporte social además de la pareja, el grado de gravedad del TEA, la edad del hijo, etc. A partir de esto, se sugiere que futuras investigaciones puedan explorar la relación de los constructos, teniendo en cuenta la posible influencia de estas otras variables.

No obstante, se encontró que las madres experimentaban mayor estrés parental cuando percibían que sus parejas mostraban baja apertura al mundo, es decir, menos disposición e iniciativa para incentivar a su hijo con TEA a participar en actividades lúdicas o experiencias nuevas que favorezcan su desarrollo. Este hallazgo resulta lógico, ya que esta percepción las llevaría a asumir mayor responsabilidad en el tratamiento de sus hijos, lo que les exigiría desarrollar más herramientas para responder adecuadamente a sus necesidades.

Ello estaría reforzado por los roles tradicionales asignados a los progenitores mencionados anteriormente. De manera que, al ser las madres las encargadas del cuidado de los hijos tienen la tarea de acompañarlos directa y constantemente en su tratamiento, estimulándolos a experimentar nuevas vivencias a través del juego. Por su parte, los padres desempeñarían principalmente la función de proveedores de la familia, lo que los llevaría a dejar de lado su participación en el tratamiento del TEA (Hernández et al., 2012). De esta manera, la responsabilidad del cuidado del niño con TEA se designa únicamente a la madre (Dávalos, 2015; Perry et al., 2017), lo cual influiría en la experiencia de mayores niveles de estrés parental.

Sumado a esto, debido a la intervención institucional, las madres se adaptarían con

facilidad a la nueva condición de sus hijos, lo que les permitiría reorganizarse y desarrollar nuevas herramientas para fomentar la apertura al mundo de estos (Martínez & Bilbao, 2008). Paralelamente, adquirirían una mayor sensación de control y seguridad para integrar el trabajo terapéutico realizado por los centros especializados, así como para influir y promover el desarrollo de sus hijos (Ministerio de Sanidad y Política, 2009). Todo ello generaría que las madres se perciban como mejor instruidas para fomentar la apertura al mundo en ellos —a diferencia de los padres—, lo que las llevaría a reforzar la asunción del rol de cuidadora principal e influiría en los niveles de estrés encontrados.

Por otra parte, también se halló que la percepción de apertura al mundo por parte de los padres hacia los hijos con TEA se relacionaba inversamente con los niveles de malestar paterno en las madres. En base a ello, por un lado, ello sugiere que una percepción baja de apertura al mundo por parte de los padres se asociaría con mayor malestar paterno experimentado por las participantes. Al respecto, se ha encontrado que las madres tienen una mayor participación en las tareas de cuidado y estimulación del niño con TEA, a diferencia de los padres (Behrani & Shah, 2016), lo que les reduciría el tiempo de atención para satisfacer sus propias necesidades. Por ello, tendrían que renunciar a sus metas y aspiraciones personales para poder cumplir con sus funciones de cuidadoras principales (Hernández et al., 2012; Pineda, 2012; Demos, 2015); lo cual, se desencadenaría en una experiencia de mayor malestar paterno.

Además, este rol de cuidadoras principales —posiblemente asumido por la ausencia de participación de los padres— también estaría impactando negativamente en el ámbito social de las madres. De acuerdo con Hernández y col. (2012), las mujeres con hijos con TEA buscarían ejercer este rol de manera eficiente, dedicando la mayor parte de su tiempo a cumplir las necesidades de estos últimos, pero al renunciar a sus actividades personales, disminuir el tiempo destinado a la interacción con otros miembros de la familia o amigos. Ello debilitaría sus redes de apoyo y aumentaría sus niveles de malestar.

Por el contrario, cuando las madres perciben una mayor apertura por parte de los padres para entender el diagnóstico de sus hijos y conocer la manera más adecuada de interactuar y convivir con ellos, tienden a percibir menor malestar paterno. Esto podría deberse a que los padres —al tener mejor comprensión de la situación de sus hijos con TEA— asumirían también un rol de cuidado y promover experiencias nuevas que beneficien en el tratamiento de estos, facilitándoles a las madres poder adecuarse a sus roles y labores tanto personales como profesionales con el fin de desarrollarse a sí mismas.

Por otro lado, el hallazgo mencionado también sugeriría que, ante un menor malestar paterno experimentado por las madres, estas percibirían un mayor nivel de

apertura por parte de los padres hacia el cuidado de sus hijos con TEA. Se sugiere que una posible explicación para ello sería que menores niveles de malestar les permitiría a las mujeres con hijos con TEA brindar mayor confianza hacia sus parejas para que puedan intervenir en el cuidado de los menores, de modo que estos desarrollarían así una mayor apertura y compromiso en este rol.

Con respecto a los objetivos específicos, en primer lugar, se encontró que las madres identificaron menor grado de Evocación. Por ello, desde la percepción de las madres, con el paso del tiempo, los padres tienden a pensar menos en sus hijos cuando estos están ausentes, conservan menos recuerdos y disminuyen la frecuencia con la que comparten las experiencias vividas con ellos. Asimismo, estudios anteriores ya habían identificado menor evocación por parte de los padres sobre todo cuando los hijos se encontraban en edad preescolar (de 3 a 5 años) (Brown et al., 2012; Domecq, 2010; Ramírez, 2014).

Igualmente, ello podría asociarse a que la madre tiene dificultad para conocer de forma exacta la presencia psicológica que tiene su hijo en las cogniciones paternas; debido a que los padres tienden a ser reservados para sí mismos respecto de estos pensamientos y no los comparten necesariamente con las madres (Callirgos, 1998; Domecq, 2010). Además, la percepción de las madres sobre la baja evocación del padre respecto a sus hijos en edad pre-escolar se daría en situaciones en las que padre e hijo se encuentran separados; mientras la madre se encuentra junto a este último (Delgado, 2017).

En segundo lugar, aquellas madres que tenían más hijos percibían menor disposición por parte de sus parejas para compartir tiempo con ellos o realizar actividades interactivas. Al respecto, Arrieta (2017) propuso que la interacción padre-hijo disminuye a mayor número de hijos, puesto que los progenitores —al ser proveedores— disponen de poco tiempo y se encuentran agotados para interactuar con los hijos; por lo que se ven forzados a reducir y fraccionarlo cuando estos son más.

Otra posible explicación para este resultado podría vincularse con las diferentes interpretaciones que tendrían —tanto padres como madres— sobre lo que significa involucrarse con los hijos. Según Charles y col. (2016), mientras que las madres evalúan el involucramiento de sus parejas por medio de acciones o conductas más directas de interacción con su hijo (tales como jugar, contarle cuentos o darle de comer), los padres lo expresan a través de la asunción de responsabilidades como el brindar recursos para satisfacer sus necesidades (trabajar, proveer de dinero, etc.).

Por otro lado, con respecto a las limitaciones del presente estudio, una de estas sería la dificultad para establecer contacto con la población de madres con niños con TEA.

Como señala Sumalavia (2019), las instituciones especializadas en TEA, en su mayoría, son privadas y suelen presentar restricciones para el acceso a la muestra. Asimismo, una segunda limitación se relacionaría con el número de participantes del estudio, ya que los hallazgos podrían resultar ser no representativas para la población que se ha buscado investigar. En esta línea, se sugiere que futuras investigaciones consideren ampliar el tamaño de la muestra.

Además, es importante considerar que las características particulares de la muestra pudieron haber influido en los hallazgos encontrados. Primero, los hijos diagnosticados con TEA de la muestra se encontraban en etapa preescolar, lo cual no solo influye en la dinámica familiar y la crianza (Hernández et al., 2012; Dávalos, 2015), sino también en el trabajo terapéutico que se le brinda tanto al niño como a los cuidadores (Da Paz & Wallander, 2017; Mulas et al., 2010). Segundo, el tiempo de diagnóstico de los hijos también podría haber influido en las reacciones y estrategias que las madres tienen ante el estrés parental y el cuidado de sus niños, como se ha sugerido anteriormente. Es importante resaltar que –en este estudio– este tiempo fue de máximo tres años, y no se hizo una diferenciación entre las madres que habían recibido la noticia del diagnóstico recientemente y quienes ya tenían años conociéndola. Tercero, las madres contaron con el apoyo y orientación socioemocional de centros especializados en el tratamiento del TEA, lo cual afectaría la experiencia de estrés de las madres, situación que no ocurriría en casos en que no existe este apoyo institucional. Como señala Pineda (2012), sería recomendable incluir en la investigación a madres que no pertenezcan a una institución especializada. Por todo ello, se sugiere que estudios posteriores incluyan en su análisis estos factores, con el fin de comprender mejor la relación entre el estrés parental y el compromiso paterno.

Otra limitación identificada se relacionaría con las escalas de medición empleadas para evaluar los constructos estudiados. Si bien estas han demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas internacionalmente, se requiere de investigaciones que validen y adapten su uso en población peruana. Esto con el fin comprender mejor las variables estudiadas y, en función a ello, elaborar intervenciones más eficientes que reflejen las verdaderas necesidades de este grupo de madres (Pineda, 2012; Mendoza, 2014).

En conclusión, los hallazgos de la presente investigación sugieren que la salud mental de las madres de niños con TEA podría verse afectada por la falta de compromiso paterno percibido por parte de sus parejas hacia sus hijos. Ello evidenciaría la necesidad de promover intervenciones no solo centradas en las cuidadoras principales —en este caso, las madres—, sino también en la revalorización de las funciones paternas y el trabajo de la familia en conjunto como parte del tratamiento del TEA.

Sumado a ello, se resalta la importancia del rol de las instituciones especializadas como fuente de apoyo a las madres durante el proceso de adaptación a la nueva condición de su hijo. En esta línea, la intervención institucional funcionaría como un amortiguador para que las madres no perciban la baja participación de sus parejas en el cuidado de sus hijos con TEA, lo cual se expresaría en los bajos niveles de estrés general encontrados en las participantes.





Referencias

- Abidin, R. & Loyd, B. (1985). Revision of parenting stress index. *Journal of Pediatric Psychology, 10*(2), 169-177.
- Abidin, R. & Solis, M. (1991). The spanish version parenting stress index: A psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*(4), 372-378.
- Abidin, R. (1992). The spanish versión parenting stress index: *A psychometric study. Journal of Clinical Psychology, 20*(4), 372 – 378.
- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index short form (PSI-SF). Professional manual* (3rd ed.). Psychological Assessment Resources. <https://www.parinc.com/>
- Adamsons, K. (2018). Quantity versus quality of nonresident father involvement: Deconstructing the argument that quantity doesn't matter. *Journal of Child Custody, 15*(1), 26–34. <https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1437002>
- Albarracín, A.; Rey, L. & Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 42*, 111-126. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>
- Arrieta, T. I. (2017). *Compromiso Paterno y con la pareja en una muestra de padres con hijos de 1 a 4 años* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica del Perú.
- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). *DSM IV – TR*.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-V*. Médica Panamericana.
- [Basa, J. \(2010\). *Estrés parental con hijos autistas. Un estudio comparativo. \(Tesis de Licenciatura\). Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”, Argentina. http:// bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/estres-parental-con-hijos-autistas.pdf*](http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/estres-parental-con-hijos-autistas.pdf)
- Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010 morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries, 63*, 1-21.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D., Maenner, M., Daniels, J., Warrens, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson, C., White, T., Durkin, M., Imm, P., Nikolau, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R., Hewitt, A. ... Dowling, N. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries, 67*(6), 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Behrani, P., Shah, P. (2016). The coping patterns of fathers and mothers of children with disability: *A comparative study. Indian Journal of Health & Wellbeing, 7*, 535–539.
- Bekhet, A., Johnson, N. & Zauszniewski, J. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(10), 650-656. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671441>
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill.
- Belsky, J. (1984). Determinants of parenting: A process model. *Child development, 55*, 83-96. Universidad de Pensilvania. <https://doi.org/10.2307/1129836>

- Ben-Sasson, A., Soto, T. W., Martínez-Pedraza, F., & Carter, A. S. (2013). Early sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders as a predictor of family impairment and parenting stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(8), 846-853.
- Bermúdez, M. (2015) *El rol del padre y el desarrollo de los hijos: Contribuciones de papá y mamá al bienestar infantil y a la seguridad emocional de los niños*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bitsika, V., & Sharpley C. F. (2017). The association between autism spectrum disorder symptoms in high-functioning male adolescent and their mother's anxiety and depression. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(3) 461–473. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9537-1>
- Brown, G., Mangelsdorf, S. & Neff, C. (2012). Father involvement, paternal sensitivity, and father-child attachment security in the first 3 years. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 421-430. <https://doi.org/10.1037/a0027836>
- Bueno-Hernandez, A., Silva-Mathews, Z., Pastor-Zamalloa, M., & Cárdenas-Gutiérrez, M. (2012). Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista. *Revista Enfermería Herediana*, 5(1), 26-36. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/enero/04%20padres%20ante%20el%20cuidado%20de%20su%20hijo%20autista.pdf>
- Cabanillas, P. M. (2010). *Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastorno del espectro autista: un estudio multidimensional* [Tesis de Doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Cachia, R., Anderson, A. & Moore, D. (2016). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0193-8>.
- Callirgos, J. (1998). *Sobre héroes y batallas: los caminos de la identidad masculina*. Lima, Perú: Escuela para el Desarrollo.
- Calzada, A., Oliveros, Y., & Acosta, Y. (2012). Trastorno por estrés agudo: presentación de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 27-31. <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v18n1/original1.pdf>
- Cancina, España, Hernandez, Sánchez & Silva (2015). Proceso de duelo familiar ante el diagnóstico de trastorno del espectro autista.
- Casimiro, F. (2016). *Bienestar psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres [Tesis de Licenciatura]*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima.
- Catillo, A., Espinoza, M. & Luengo, L. (2018). Compromiso paterno y la relación con sus conductas promotoras de salud. *Revista de Salud Pública*, 20 (5), 541-547. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.72033>
- Charles, P., Spielfogel, J., Gorman-Smith, D., Schoeny, M., Henry, D., & Tolan, P. (2016). Disagreement in parental reports of father involvement. *Journal of Family Issues*, 39(2) 1-24. <https://doi.org/10.1177/0192513X16644639>
- Dávalos, M. B. (2015). *Miedo, mitos y cambios que ocurren en los padres con hijos diagnosticados con trastorno del Espectro Autista* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de las Américas. <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3448/1/UDLA-EC-TPC-2015-01%28S%29.pdf>
- Da Paz, N. & Wallander, J. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: *A narrative review*.

- Clinical Psychology Review*, 51, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.006>.
- Day, R.D. & Lamb, M.E. (2004). Conceptualizing and measuring father involvement: Pathways, problems and progress. En R.D. Day & M.E. Lamb (Eds.), *Conceptualizing and measuring father involvement* (pp. 1-15). Lawrence Erlbaum Associates.
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting Stress*. New Haven, CT: Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/yale/9780300103939.001.0001>
- Delgado, C.M. (2017). Involucramiento del padre en la crianza y seguridad del apego en niños (as) preescolares [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9940/Delgado_Jara_Involucramiento_padre_crianza1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Demos, A. (2015). *Representaciones del autismo en padres de hijos autistas* [Tesis de licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Díaz, A., Brito de la Nuez, A., López, A., Pérez, J. & Martínez, M. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction of Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Domecq (2010). *Construcción y validación de una escala para medir el Compromiso Paterno* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fitzpatrick, A., Elder, L., Greenson, J., Rogers, S. (2014). The impact of parent delivered intervention on parents of very young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 353-365. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1874-z>.
- Eisenberg, L., y Kanner, L. (1956). Esquizofrenia infantil: Simposio, 1955: 6. Autismo infantil temprano, 1943-55. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26 (3), 556-566. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1956.tb06202.x>
- Fernández, I., Pastor, G. & Botella, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familiar de hijos con trastorno de espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 425-434. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.630>
- Gaunt, R., & Scott, J. (2014). Parents' involvement in childcare: Do parental and work identities matter? *Psychology of Women Quarterly*, 38(4), 475-489.
- Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L. M., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena L., et al. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 45-46, 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.08.006>
- Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., Pickles, A. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet*, 375(9732), 2152-2160. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60587-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60587-9).
- Happé, F. (2007). *Introducción al autismo* (M. Núñez, Trad.). Alianza Editorial.
- Harmon, D., & Perry, A. (2011). Fathers' unaccounted contributions: Paternal involvement and maternal stress. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(3), 176-182. <https://doi.org/10.1606/1044->

3894.4101

- Hastings, R. Kovshoff, H., Ward, N., Degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 356-364.
- Hayes, S. & Watson, S. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>.
- Hawkins, A. Bradford, K., Palkovitz, R., Christiansen, S., Day, R., & Call, V. (2002). The inventory of father involvement: A pilot study of a new measure of father involvement. *The Journal of Men's Studies*, 10(2), 183-196.
- Hernández, V.L., Calixto, B., & Aguilar, I. E. (2012). Aspectos psicológicos de familiares de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 73-90.
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sánchez, I. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 26(10), 780-794.
- Hoffman, C., Sweeney, D., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. & Looney, L. (2009). Parenting Stress and Closeness: Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178- 187. <https://doi.org/10.1177/1088357609338715>
- Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L. M., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena L., de Rose, P., Vicari, S., Mazzone, L. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 45-46, 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.08.006>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Estado de la Población Peruana 2014*. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
- Jiménez, E. (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con Trastorno del Espectro Autista* [Tesis Doctoral]. <https://core.ac.uk/download/pdf/71061744.pdf>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-50.
- Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics. Early Childhood Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 416-426.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S. y Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.09.009>
- Kinnear, S., Link, B., Ballan, M., & Fischbach, R. (2016). Understanding the experience of stigma for parents of children with autism spectrum disorder and the role stigma plays in families' lives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 942–953. <http://doi.org/10.1007/s10803-015-2637-9>
- Lamb, M. (2010). *The role of the father in child development fifth edition*. John Willey & Sons Inc.
- Lamb, M., Pleck, J., Charnov, E., & Levine, J. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. *Parenting across the life span: Biosocial dimensions*, 111-142. <https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?>

referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1070&context=biol_fsp

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roc S.A.
- Ludlow, A., Skelly, C. & Rohleder, P. (2011). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 702-711. <https://doi.org/10.1177/1359105311422955>
- Lyons, A., Leon, S., Roecker Phelps, C. & Dunleav, A. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping style. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 516- 524. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9323-5>.
- Maldonado-Durán, M., & Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana, 22*(2), 145-154.
- Martínez, M. A. & Bilbao, L. C. (2008). Approaching the children' families with autism. *Psychosocial Intervention, 17*(2), 215-230. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200009
- Martos-Peréz, J. y Llorente-Comí, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología, 57*(1), 185-191.
- Mendoza, X. (2014). *Estrés parental y optimismo en padres de niños con trastorno del espectro autista* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B. & Baixauli, I. (2019). Parenting Stress in Mothers of Childres With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Frontiers in psychology, 10*, 464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00464>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP (2018). Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) 2019 – 2021. https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/02/PLAN_TE_A_2019-2021.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP (2017). Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) 2017-2021. https://www.mimp.gob.pe/normatividad/normaspdf/server/php/files/rm_114_2017_mimp.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política (2009). Guía Práctica Clínica (GPC): Manejo de pacientes con TEA información para padres tras un diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA). https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_paciente_diagnostico.pdf
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Vaughn, B., Santos, A., Torres, N., & Fernandes, M. (2010). The organization of children's secure base behaviour in two-parent Portuguese families and father's participation in child-related activities. *European Journal of Developmental Psychology, 7*(5), 545-560. <https://pdfs.semanticscholar.org/0577/c8804f7ca13ed5a574da17340dadb7bb1f31.pdf>
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L. & Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología, 50*(3), 77-84.
- Oiberman, A. (Ed.). (2013). *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal* (1a ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.

- OMS (2018). Trastorno del Espectro Autista. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Opondo, C., Redshaw, M., Savage-McGlynn, E., & Quigley, M. (2016). Father involvement in early child-rearing and behavioural outcomes in their pre-adolescent children: evidence from the ALSPAC UK birth cohort. *BMJ open*, 6(11), e012034. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012034>
- Palkovitz, R. (1997). Reconstructing “involvement”: Expanding the conceptualizations of men's caring in contemporary families. En A. J. Hawkings, & D. C. Dollahite (Eds.), *Generative fathering beyond deficit perspective* (pp. 200-216). Sage.
- Paquette, D.; Bolté, C.; Turcotte, G.; Dubeau, D.; Bouchard, C. (2000). A new typology of fathering: defining and associated variables. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 9(4), 213-230.
- Pérez, A. L. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Pérez, G. & González, M. (2007). *Crianza y desarrollo infantil en la familia yoreme-mayo en el norte de Sinaloa* [Tesis de licenciatura]. <https://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Licenciatura/42.pdf>
- Pérez, J., Menéndez, S., & Hidalgo, M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familiar en riesgo usuarias de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 23, 25-32. <http://dx.doi.org/10.5093/in2014a3>
- Perry, A., Rollins, A., Grooms, W., & Sabree, R. (2017). Mothers' and fathers' report of coparenting relationship quality, attitudes toward father involvement, and paternal prioritized roles. *Urban Social Work*, 1(2), 165-182. <https://doi.org/10.1891/2474-8684.1.2.165>
- Pichot, P. (Coord.) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSMIV). Barcelona: Masson.
- Pineda, D. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Planalp, E., & Braungart-Rieker, J. (2016). Determinants of father involvement with young children: Evidence from the early childhood longitudinal study-birth cohort. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 135-146.
- Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. En M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 58-93). John Wiley.
- Pozo, P. (2010). Adaptación psicológica en madres y padres de personas con Trastorno del Espectro Autista: Un estudio multidimensional. Universidad Nacional de Educación a Distancia. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-Mppozo>
- Pozo, P., Sarriá, E. & Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastorno del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347.
- Pozo, P., & Sarriá, E. (2014). A global model of stress in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 180-191.

- Ramírez, C. L. (2014). *Compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer de entre tres a cinco años de edad* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Rankin, J., Paisley, C., Tomeny, T., & Eldred, S. (2019). Fathers of Youth with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Impact of Fathers' Involvement on Youth, Families, and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(4), 458-477. 10.1007/s10567-019-00294-0
- Reaño, D. (2018). *Compromiso paterno percibido y bienes en madres primerizas* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Reed, P., Picton, L., Grainger, N. y Osborne, L. A. (2016). Impact of Diagnostic Practices on the Self-Reported Health of Mothers of Recently Diagnosed Children with ASD. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 888. <https://doi.org/10.3390/ijerph13090888>
- Rivard, M.; Terroux, A.; Parent-Boursier, C. & Mercier, C. (2014). Determinants of Stress in Parents of children with Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Dev Disord*, 44 (7), 1609–1620. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-2028-z>.
- Rodríguez-Fernández, J., García-Acero, M y Franco, P. (2012). Neurobiología del Estrés Agudo y Crónico: Su Efecto en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y la Memoria. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21(1-3), 78-90. <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231029998005.pdf>
- Romero-Martínez, A., Ruiz-Robledillo, N., Sariñana-González, P., de Andrés-García, S., Vitoria-Estruch, S. & Moya-Albiol, L. (2017). A cognitive-behavioural intervention improves cognition in caregivers of people with autism spectrum disorder: A pilot study. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 165-170. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.06.002>.
- Ruiz, N. (2020). *Estrés parental en padres de niños con y sin Trastorno del Espectro Autista en dos instituciones educativas de Los Olivos, 2019* (Tesis de licenciatura). Repositorio de la Universidad Privada del Norte. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11537/25027>
- Sánchez-Griñan, M. G. (2015). *Cuestionario de estrés parental: características psicométricas y análisis comparativo del estrés parental en padres de familia con hijos e hijas de 0 a 3 años de edad de Lima moderna* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Lima. http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3384/Sanchez_Gri%C3%B1an_Gracia.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Sary, M., & Turnip, S. (2015). Attitude difference between fathers and mothers toward father's involvement in child rearing activities among couples with 0-12 months old babies. Community based study in a primary health care setting. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.921>
- Santo, E., Gaiva, M., Espinosa, M., Barbosa, D. & Belasco, A. (2011). Cuidado del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. *La Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 9. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_10.pdf
- Sharabi, A. & Marom, D. (2018). Social Support, Education Levels, and Parents' Involvement: A with Autism Spectrum Disorder. *Topics in Early Childhood Special Education*, 38(1) 54–64.
- Sigman, M., Spence, S. & Wang, T. (2006). Autism from dedevelopmental and neuropsychological perspectives. *The anual review of psychology*, 2, 327-355.

- Sumalavia, M. (2019). *Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Perú: Lima.
- Stevenson, M. & Crnic, K. (2012). Active fathering predicts later children's behavior dysregulation and sociability. *Early Child Development and Care*, 183, 774-790. DOI:10.1080/03004430.2012.72344.
- Taylor, S., Klein, L., Lewis, B., Gruenewald, T., Gurung, R., & Updegraff, J. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411-429. doi:10.1037/0033-295x.107.3.411
- Tereucán, P. & Treimún, N. (2016). *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en familias de niños(as) con trastorno del espectro autista* [Tesis de licenciatura]. Universidad Austral de Chile.
- Tomeny T. S. (2017). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism* 21 (7), 907-911. <https://doi.org/10.1177/1362361316655322>
- Torres, N., Veríssimo, M., Monteiro, L., Ribeiro, O., & Santos, A. (2014). Domains of father involvement, social competence and problem behavior in preschool children. *Journal of Family Studies*, 20(3), 188-203. <https://doi.org/10.5172/jfs.2014.5237>
- Tremblay, S., & Pierce, T. (2011). Perceptions of fatherhood: Longitudinal reciprocal associations within the couple. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(2), 99-110. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022635>
- Valdez, D. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. Paidós.
- Webb, S. & Jones, E. (2009). Early Identification of Autism. Early Characteristics, Onset of Symptoms, and Diagnostic Stability. *Infants & Young Children*, 22(2), 100-118.
- Wing, L. (2011). *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. Paidós

APÉNDICES

APÉNDICE 1 Consentimiento Informado

Yo, _____, acepto participar en la investigación “Estrés parental y compromiso materno percibido en madres con hijos con trastorno espectro autista”, poniendo en conocimiento que esta será llevada a cabo por la alumna Paola Varinia Ccoya Goyzueta del onceavo semestre de la Facultad de psicología, especialidad clínica, de la Pontificia Universidad Católica del Perú como parte de su proceso de Licenciatura en el curso Seminario Preliminar de Tesis en Psicología Clínica, a cargo de José Amilcar Mogrovejo Sanchez, quién para efectos de la investigación, queda como supervisor.

De igual manera, confirmo haber sido informado sobre que dicho proceso consiste en la aplicación de una ficha sociodemográfica; en la que se busca recabar la información necesaria para fines de la presente investigación y dos cuestionarios. El primero, respecto a la sobrecarga que puede experimentar al cuidar a su hijo desde su función como cuidadora; y, el segundo, en relación a su apreciación del rol del padre de su hijo. Estos documentos serán aplicados dentro del Instituto para el Desarrollo Infantil – ARIE, Asociación de Padres y Amigos de personas con Autismo (ASPAU) y dos CEBES de Lima Metropolitana. La aplicación será por dos modalidades, de manera individual y grupal de acuerdo a la disponibilidad de las participantes y la investigadora.

Asimismo, queda notificado que la información brindada será conservada en anonimato; ya que, la alumna se compromete a no revelar la identidad de los niño/as ni la de las madres en ningún momento de la actividad o posterior a ella. De igual manera, al tratarse de una participación voluntaria, usted puede retirarse del estudio al momento que evalué conveniente.

Después de considerar lo expuesto anteriormente, si está de acuerdo con lo expuesto, firme en el espacio indicado y se le brindará una copia firmada por la investigadora.

Firma de la madre

Firma de la investigadora

APENDICÉ 2
Ficha Sociodemográfica

Datos personales:

1. Edad: _____
2. Lugar de nacimiento: _____
3. Estado civil:
 - Soltera () Casada ()
 - Separada () Divorciada ()
 - Conviviente () Viuda ()
4. Número de hijos: _____
 - Edad de los hijos: _____
 - o _____
5. Alguno de los demás hijos ha recibido un diagnóstico psicológico o psiquiátrico
 - Sí () No ()
6. Marque con un aspa su grado de instrucción
 - Primaria incompleta () Primaria completa ()
 - Secundaria incompleta () Secundaria completa ()
 - Técnica Superior incompleta () Técnica Superior completa ()
 - Estudios universitarios incompletos () Estudios universitarios completos ()
7. Actualmente trabaja: Sí () No ()
8. Ocupación: _____

Datos sobre su hijo (a):

1. Edad (años y meses): _____ Fecha de nacimiento: _____
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Diagnóstico: _____
4. Tiempo del diagnóstico (meses y años): _____
5. Conoce el grado de T.E.A. que presenta su hijo: Sí () No ()
 - Si marco afirmativo maque con una "X" el grado correspondiente:

Grado 1: "Necesita ayuda"	
Grado 2: "Necesita ayuda notable"	
Grado 3: "Necesita ayuda notablemente"	