



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Validación de la escala de ansiedad ASC-ASD (Versión para padres) de
menores con TEA de Lima Metropolitana en el 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología**

AUTORA:

Castañeda Mikrukova, Elsa Manuelevna (ORCID: [0000-0002-0837-1047](https://orcid.org/0000-0002-0837-1047))

ASESOR:

Mg. Velarde Camaqui, Davis (ORCID: [0000-0001-9064-7104](https://orcid.org/0000-0001-9064-7104))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría

CALLAO – PERÚ

2021

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación se lo dedico a todas las familias con hijos e hijas dentro del espectro autista. A su vez a mi pequeña musa que ha guiado mi trabajo hacia la neurodiversidad desde que llegó a mi vida.

Agradecimiento

Agradezco el apoyo de todas las madres y padres de familias que participaron en el presente estudio, por su gentileza e implicancia para recomendar a otras familias; a su vez a las instituciones que trabajan por los derechos de los chicos y chicas dentro del espectro como ASPAU, Soy autista y qué, así mismo instituciones privadas como Alcanzando, profesoras de educación especial del estado, a Rosio Rojas, directora de Persevera.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de Tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	13
3.1 Tipo y Diseño de investigación	13
3.2 Variables y operacionalización	13
3.3 Población, muestra y muestreo	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5 Procedimientos	17
3.6 Método de análisis de datos	18
3.7 Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	28
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	33
ANEXOS	38

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1 Distribución de la muestra según participación	16
Tabla 2 Opinión de Jurados sobre correspondencia de ítems en dimensiones AE, AI, AS y AA	19
Tabla 3 Análisis descriptivos de los ítems	23
Tabla 4 Prueba de KMO y Barlett	24
Tabla 5 Matriz de cargas factoriales	24
Tabla 6 Análisis de confiabilidad de las dimensiones	25
Tabla 7 Análisis de confiabilidad por dimensión	26
Tabla 8 Percentiles por dimensión	27
Tabla 9 Baremos por dimensión por puntaje	28
Tabla 10 Frecuencia de ansiedad en menores con TEA de Lima Metropolitana del 2020 (reporte de padres)	28

Índice de figuras

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de la muestra según edad	15

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista es una condición clínica poco estudiada en nuestro país y a consecuencia de ello contamos con pocos instrumentos validados para nuestra población. Internacionalmente se han llevado a cabo estudios donde se reporta moderada prevalencia de ansiedad clínica en este tipo de población, hecho que muchas veces se enmascara con la sintomatología propia de la condición. El presente estudio busca validar la Escala de Ansiedad en niños, niñas y adolescentes con TEA (Trastorno del Espectro Autista) su versión para padres a fin de determinar la presencia de ansiedad clínica. La escala está compuesta de 14 reactivos organizados en 3 dimensiones: Ansiedad de ejecución, Arousal ansioso y Ansiedad frente a la incertidumbre. Se determina la validez y propiedades psicométricas a través de la aplicación de la prueba a un grupo de 91 menores entre 6 a 18 años de Lima Metropolitana encontrándose un valor alfa de McDonald's de 0.814 para la dimensión de Ansiedad de Ejecución, 0.858 de Ansiedad frente a la Incertidumbre y de 0,734 de Arousal Ansioso así como valores factoriales mayores a 0.40 y determinación de tres baremos: sin ansiedad clínica, con ansiedad y con ansiedad clínica.

Palabras clave: *propiedades psicométricas, ansiedad, autismo*

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a clinic condition poor studied in Perú in consequence there are few tools to evaluate this population group. People with ASD have higher experiences of clinical anxiety in accordance with several international studies, that reports moderate prevalence, in some cases are not even reported maybe by been masked by the ASD's own symptoms. The purpose of the present study is to validate the psychometric properties of the ASC-ASD (parental version) towards to children between 6 to 18 years old in Lima Metropolitana. The adapted scale is compound into 14 items regrouped into 3 dimensions: Uncertainty anxiety, Performance anxiety and Arousal anxiety. The present scale contains good McDonald's alpha values, being 0.814 for the Performance Anxiety dimension, 0.858 for Uncertainty anxiety and 0,734 for Anxious Arousal as well as good factor values, more than 0.40 y establishing three sub scales: without anxiety, with anxiety and with clinical anxiety.

Keywords: autism spectrum disorder, anxiety, psychometric tools

I. INTRODUCCIÓN

El TEA clínicamente es considerado como una alteración en el neurodesarrollo que conlleva a una manera singular de pensamiento, caracterizado por variaciones en el desarrollo del lenguaje, maneras poco coloquiales de relacionarse con el entorno social, así como respuestas o comportamientos inusuales frente a ciertos estímulos (APA, 2014). Ello en muchas ocasiones impacta en la regulación emocional de las personas dentro del espectro (Prizant, 2015) y en el estado emocional de aquellas a cargo de sus cuidados (Jimenez 2016, citado por Gonzales y Anicama 2017).

Distintos estudios en Perú se han dirigido a prestar atención a los niveles de ansiedad y estrés de las personas a cargo, sin embargo, poco se ha investigado, en nuestro país sobre la salud mental, la ansiedad o depresión en las personas que están dentro del espectro. En el contexto internacional se estima que más del 50% de la población con TEA presenta ansiedad clínica (Kern et al., 2020; Lecavalier et al, 2019; Rodgers y Ofield, 2018), por lo que llevamos a inferir que la situación podría ser similar en el Perú.

Por otro lado, la conceptualización de la ansiedad en personas dentro del espectro autista podría ser un reto a consecuencia de las características mismas de la condición que, frente a un entorno no adaptado, eventualmente la desencadena (Paula, 2015; INS Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2019) en consecuencia es importante tener presente que pueden existir comportamientos que no necesariamente corresponden a criterios establecidos en el DSM V como parte de la ansiedad clínica y que, siendo interpretados como tal, puedan ser respuestas inherentes al TEA.

En ese sentido y a la luz de lo antes expuesto en Perú no se cuenta con información sobre el estado de la salud mental de las personas dentro del espectro autista porque además no existen muchos instrumentos adaptados a la población. De otro lado posiblemente se da una situación similar en prevalencia de ansiedad clínica en este tipo de población por ello ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de Ansiedad ASC-ASD versión para padres de menores con Trastorno del Espectro Autista en Lima Metropolitana?

La justificación teórica para el presente trabajo es que existen pocos estudios en población peruana y en particular sobre los problemas psicológicos y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes con TEA peruanos. Se busca validar un instrumento desarrollado por Jacqui Rodgers respaldado por un marco teórico sobre la ansiedad en el autismo.

A su vez la justificación social, considerando la prevalencia que viene presentando el TEA y en particular de la ansiedad en este tipo de población, es importante contar con un instrumento adaptado a la realidad peruana y a la población en estudio que permita visibilizar un problema que no se está considerando y poder tomar acciones en temas de salud mental para mejorar la calidad de vida de las personas dentro de este grupo de estudio.

De otro lado, la justificación práctica es que este instrumento será útil para psicólogos profesionales en el acompañamiento terapéutico a niños y adolescentes con TEA. Permitirá separar las conductas que pueden entenderse como inherentes a la condición de conductas consecuentes a problemas de ansiedad clínica.

Finalmente, como justificación metodológica podemos señalar que es importante evaluar mediante instrumentos adaptados a la realidad en la que va a ser aplicada. Este proyecto permitirá contar con un instrumento de diagnóstico validado a la población de Lima Metropolitana.

Con referencia al objetivo general del presente trabajo es determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ASC-ASD versión para padres a fin de poder diagnosticar ansiedad clínica en menores entre 6 a 18 años con TEA en Lima Metropolitana.

A su vez, como objetivos específicos del presente estudio se busca determinar: (1) la validez con evidencia del contenido de la escala ASC-ASD-P de menores con TEA en Lima Metropolitana (2) la evidencia de validez basada en la estructura interna de la escala ASC-ASD-P de menores con TEA en Lima Metropolitana (3) determinar la confiabilidad de la escala ASC-ASD-P de menores con TEA en Lima Metropolitana; (4) determinar los baremos de la Escala ASC-ASD-P de menores con TEA en Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

En un reciente estudio a 254 padres de menores con TEA en Irán para validar las propiedades psicométricas de la escala ASC-ASD-P a través del análisis factorial exploratorio y concluyen que la misma posee buenas propiedades psicométricas sin embargo ven conveniente adaptar la escala de 4 originales a 3 dimensiones (antes Ansiedad de ejecución, Ansiedad ante la incertidumbre, Arousal ansioso y Ansiedad de separación y ahora sólo las tres primeras) así como eliminar 4 reactivos. (Ali, McConkey y Rodgers, 2020)

En otro estudio sobre la prevalencia de ansiedad en Singapur se aplicó Escala ASC-ASD, versión para padres a 91 padres y madres de menores con TEA y se obtuvo una consistencia interna entre satisfactoria y deseable (0.74 - 0.92), concluyendo que las puntuaciones de la escala se asociaban positivamente con los síntomas inherentes al TEA (Soh, Goh, Magiati y Sung, 2020).

Meses antes Ambrose, Adams, Simpson y Keen (2020) llevan a cabo un estudio para determinar perfiles de ansiedad explorando dos grupos de 24 niños y 24 niñas entre 9 a 12 años con TEA con niños de control y concluyen que sí presentan diferencias entre los perfiles de ansiedad de los niños con y sin TEA, a su vez ambos grupos tenían puntuaciones similares en los componentes de la escala, salvo en la dimensión de Arousal Ansioso.

Adams, Clark y Keen (2019) llevan a cabo un estudio usando la escala ASC-ASD en su versión de autoinforme a 71 niños entre 6 a 13 años y para determinar en qué medida la ansiedad afecta la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que lo presentan y concluyen que aquellos que puntuaron más alto en los niveles de ansiedad también presentaban deficientes niveles de calidad de vida en las esferas del funcionamiento social, emocional, físico y escolar.

En un estudio transdiagnóstico realizado por Carmen Beneytez a un grupo de 87 niños españoles entre 6 a 18 años concluye que el desarrollo de la ansiedad está vinculada a factores de riesgo compartidos con la población de control, pero también con las características inherentes a la condición (Beneytez, 2019) en este mismo se plantea el uso del instrumento ASC-ASD, versión de

reporte de padres y tutores para la evaluación de ansiedad de niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años con TEA.

A su vez en investigaciones sobre ansiedad en personas con TEA concluyen que la ansiedad puede caracterizarse de forma diferente en población TEA en comparación con la que no lo presenta (Rodgers, 2018).

De otro lado, la prevalencia problemas en la salud mental y otras dificultades concomitantes también se presentan en las personas con TEA tales como hiperactividad y déficit de atención, problemas de conducta, ansiedad o depresión (Matson y Williams, 2013; Brookman-Frazee et al., 2018; Stavropoulos, Bolourian, Blacher, 2018; Lecavalier et al., 2019). Para el caso de la ansiedad se estima en promedio que poco más de la mitad de la población con TEA lo presenta (Rodgers y Ofield, 2018; Lecavalier et al., 2019). De otro lado el TEA al ser una condición que conlleva a una manera singular de procesamiento y pensamiento (Cohen, 2008; Prizant, 2015; Paula, 2015) eventualmente dificulta la identificación y evaluación de la ansiedad (Paula, 2015; Rodgers y Ofield, 2018) en tanto que las conductas inherentes a la condición terminan en algunos casos confundiendo con la sintomatología de la ansiedad (por ejemplo, con el Trastorno Obsesivo) generando un sobrediagnóstico (Paula, 2015).

Finalmente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2019) la prevalencia de autismo es de 1 por cada 160 personas, datos que varían de acuerdo a cada país por ejemplo, en Estados Unidos varía en 1 de cada 54 personas (Red de Monitoreo de Discapacidades del Desarrollo y Autismo, 2020) así como en Italia para niños entre 7 a 9 años es de 1 en 87 casos (Narzisi et al., 2018).

En Perú se encontraron trabajos en la línea de investigación: psicometría, autismo y ansiedad y se hallaron algunos trabajos como la validación de un instrumento de psicomotricidad vivenciada de Alvarez Toro (Guerra, 2020) o la aplicación del M-CHAT para la detección de TEA en infantes (Hidalgo, 2016; Porras et al., 2019; Talavera, 2020) pero de ansiedad en TEA no.

Se buscaron estudios en los repositorios institucionales así como en las revistas científicas a través del Google Scholar, relacionados al conocimiento psicológico - clínico de las personas que se encuentran dentro del espectro autista en el Perú (validación, estandarización, evaluación, diagnóstico,

comorbilidad con otras entidades clínicas, salud mental, ansiedad, depresión y tratamiento) en los últimos 4 años encontrándose trabajos en su mayoría relacionados con el conocimiento del proceso de adaptación de los padres de hijos diagnosticados con TEA (Gonzales y Anicama, 2017; Sumalavia, 2019; Tafur, 2019) así como el manejo emocional en ellos (Reyes, 2019) o conocer los estilos de afrontamiento y ansiedad en madres de niños con TEA (Arphi, Sanchez y Vásquez, 2017; Pérez de Velasco, 2017; Gómez, 2019; Chuchón, 2019; Lu, 2020), evaluación del nivel de estrés parental, la implementación de programas conductuales, psicoeducativos y alternativos para el tratamiento (Lizana, 2016; Taboada, 2018; Cortez, 2018; Ñahuis, 2018; Prudencio, 2019; Ibarra, 2020; Murrugarra, 2020) así como declaraciones en medios de prensa sobre la prevalencia sin embargo investigaciones para el diagnóstico del TEA en nuestro marco sociocultural, así como el conocimiento sobre la salud mental, la validación de instrumentos que lo explore en población peruana con TEA es escasa, circunstancia que no sólo sucede en nuestro país sino a nivel hispanoamericano (Echevarría-Ramirez, Díaz-Reyes y Narzisi, 2020).

De acuerdo con las cifras publicadas por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) señalan que se encuentran 7,058 personas acreditadas bajo el diagnóstico de TEA y que, haciendo un análisis sobre la cantidad de inscripciones, presenta un aumento significativo cada año, es así que tomando de base el año 2015 donde se reportan 494 inscripciones, en el año 2016 aumenta a 588, al siguiente a 873 inscripciones, en el año 2018 a 1282, en el año 2019 a 1447 inscripciones y a Marzo del presente año ya van registrándose 461 (CONADIS, 2020) a estos datos se añaden que los registros contemplan el diagnóstico y el nivel de severidad sin embargo datos relacionados a la salud mental de esta población no (CONADIS, 2019)

La ansiedad, según el DSM 5, está caracterizado por el miedo frente a determinadas circunstancias y los trastornos asociados a la ansiedad tales como el Trastorno de Ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de pánico, Trastorno de ansiedad generalizada y los que se encuentran caracterizados por definiciones como miedo en exceso e inapropiado para el

desarrollo, persistente en el tiempo presentando en todos los casos malestares físicos y pensamientos interferentes (APA, 2014).

El miedo es una emoción bastante común sin embargo en ocasiones suele entenderse de forma negativa seguramente por lo desagradable que se hace al sentirlo sin embargo, es un mecanismo mental que permite al ser humano poder adaptarse a las situaciones amenazantes (Beneytez, 2019; Tirapú, 2020) y de otro lado la ansiedad es una “activación del cuerpo relacionada con una emoción” (Tirapu, 2020). Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) la definen como “la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales” separando el miedo como una perturbación ante un estímulo presente de la ansiedad como perturbación ante el evento no presente o futuro, resaltando su carácter anticipatorio (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003), a su vez y sin desconocer la función de ambos, tanto el miedo como la ansiedad son indispensables en tanto procesos adaptativos siempre y cuando no conlleven al deterioro en el funcionamiento, persistencia (frecuencia y duración), intensidad, o provoquen inadaptabilidad en la ocupación humana (Clarck y Beck, 2012), de presentarse ello estaríamos eventualmente frente a sintomatología propia de la ansiedad clínica.

Por otro lado, algunas orientaciones sobre la ansiedad han considerado que este es un rasgo que constituye la estructura de la personalidad siendo así que existe, según lo planteado por Eysenk, Gray, Sandín y Endler, (citados por Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) que ciertas personas presentan una tendencia natural hacia una *personalidad neurótica* que responde de manera ansiosa frente a distintas situaciones. En esa misma línea Barlow (2002) (citado por Clarck y Beck, 2012) describe individuos vulnerables a la desarrollar ansiedad por factores hereditarios llegando a describir con neuroticismo y afectividad negativa.

La ansiedad se puede evidenciar por una serie de síntomas somáticos agrupados en neuromusculares (dolores y cefaleas), digestivos (dolores abdominales, náuseas, vómitos y diarreas), respiratorios (sensación de ahogo, disnea y opresión torácica), cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, palidez, rubor) y neurovegetativos (sequedad en la boca, sudoración, lipotimia y midriasis) y su presencia en niños no es excluyente sin embargo la

sintomatología en este tipo de población varía en función a la edad, desarrollo cognitivo y emocional (Mardomingo, 2001)

El sistema límbico es un conjunto de áreas ubicadas subcorticalmente que trabajan junto con otros sistemas del cuerpo para procesar la información de tipo emotiva y dar respuesta frente a las circunstancias. La principal estructura que la compone es la amígdala (responsable de identificar el valor de los estímulos y transmitir a través del hipotálamo y los núcleos del tronco respuestas vegetativas y conductas dirigidas). Para ello este sistema cuenta con dos vías: la vía directa (de llegada desde el núcleo talámico con información sensorial, de respuesta inmediata frente a estímulos aversivos) y la vía indirecta (información proveniente de corteza sensorial y de otras áreas corticales que permiten evaluar con mayor complejidad el contexto, el valor y la anticipación de posibles daños) (Martínez, 2020).

El hipotálamo por otro lado recibe y opera por indicación de la amígdala para activar otras áreas responsables del nivel de vigilancia, entre una de ellas el *locus coeruleus* quien permite mayor transmisión de noradrenalina en el cerebro aumentando así la alerta general ello conocido como *arousal*, asegurando así una atención plena hacia la amenaza (Martinez, 2010).

A su vez la amígdala conecta con el cuerpo estriado y áreas del tronco responsables de ejecución motora tales como el núcleo motor facial (expresión de emociones). Además, en conjunto con el núcleo basal (llamado también amígdala extendida) conecta con el hipocampo, estrechamente relacionados con el miedo inespecífico, es decir el que sin tener el evento o estímulo presente la persona lo registra. (Martinez, 2020).

Otra estructura importante es la corteza, integrada principalmente por la cíngulada anterior, corteza motora, corteza orbitofrontal, corteza prefrontal dorsolateral, corteza prefrontal medial, corteza prefrontal ventromedial y corteza sensorial que, en conjunto y/o acorde a las demandas registran, integran y ejecutan la información del medio visto en los procesos cognitivos necesarios para valorar, anticipar y guiar la conducta (Martínez, 2020).

Los autores Clarck y Beck (2012) sugieren 5 criterios para considerar la ansiedad como sintomatología propia de cuadro clínico y no de un estado normal y adaptativo de ansiedad: (1) cogniciones disfuncionales (tendencia a evaluar

como amenazante ante una situación sin esta serlo, error en la valoración (2) deterioro en el funcionamiento (suele interferir en la ocupación así mismo en la sensación de satisfacción de la vida) (3) persistencia (la persona tiene la sensación de aprensión de forma más constante y en ocasiones sólo con recordarlo) (4) falsas alarmas (la persona en ausencia de “amenaza” presenta episodios de miedo o pánico visible) (5) hipersensibilidad a los estímulos (suelen sobredimensionar, en particular ciertos estímulos relacionados con sus miedos).

Por otro lado, de acuerdo a la clasificación de los trastornos mentales establecidos en el DSM V (2014) estos se clasifican en Fobia social (caracterizado por la evitación de situaciones sociales en las que se sienten observados y juzgados), Trastorno de Ansiedad Generalizada (preocupación excesiva ante la vida), Fobia específica (miedo persistente ante un estímulo en concreto), Trastorno de pánico, Trastorno por estrés post traumático y la Ansiedad de separación siendo esta última el único trastorno sólo considerado para la población infantil antes de los 6 años y suele ir disminuyendo cerca de los 12 (Mardomingo, 2001; Clarck y Beck, 2012).

Se pueden agrupar en tres orientaciones principales para el estudio de la ansiedad clínica: (a) modelos cognitivos, entienden el origen y tratamiento de la ansiedad por la presencia de sesgos o distorsiones en el pensamiento (Clarck y Beck, 2012) (b) modelos Tras diagnóstico (Beneytez, 2019), sostienen que la ansiedad contiene aspectos cognitivos, conductuales y neurobiológico que conllevan a un procesamiento alterado (modelo de triple vulnerabilidad propuesta por Barlow la que sugiere que existen tres variables en la ansiedad clínica la vulnerabilidad biológica, la psicológica general y la psicológica específica (c) modelos neuropsicológicos donde estudian los efectos de la ansiedad en los procesos neuropsicológicos tales como la calidad de la atención o la flexibilidad cognitiva.

El Trastorno del Espectro Autista, a definición y Clasificación en el DSM-5 (2014), es una alteración en el neurodesarrollo caracterizado por los siguientes síntomas: (1) déficits persistentes en la comunicación social e interacción que comprende dificultades en la reciprocidad socio emocional tanto verbal como no verbal, así como en el inicio y desarrollo en la relación social (2) presencia de patrones de comportamiento repetitivos entendidos como conductas

estereotipadas, deseo de invarianza e intereses restringidos, hiper o hipo reactividad frente a estímulos sensoriales cuya gravedad interfiere en su adaptación al contexto en el que se encuentra (3) estos síntomas están presentes desde la infancia temprana y permanecen a lo largo de la vida (4) Todo lo expuesto limita la adaptación de la persona que lo presenta (5) estas características no se explican ni por discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.

El TEA a la fecha es tratado mediante modelos sociales y conductuales que, si bien en sus inicios no excluían el sustrato neural, su comprensión aún era limitada. La integración de las distintas perspectivas, social conductual y neurobiológica, conllevan a generar mayor conocimiento en tanto que por un lado los modelos conductuales y sociales sirven de base para la determinación de algunas variables de estudio, por el otro los hallazgos de las perspectivas neurobiológicas permiten hacer ajustes a las intervenciones, a la medida de la realidad del TEA.

Teoría de la Mente (ToM) (Premack y Woodroof, 1978; Leslie y Happé, 1989; Baron Cohen 1995-2000) mediante este marco teórico comprendemos a la ToM como un mecanismo mental que nos faculta, en las situaciones derivadas de la relación social, a entender, atribuir y predecir el comportamiento ajeno. Esta capacidad significativa nos permite inferir que “el otro” (toda persona ajena a uno mismo) posee intenciones y pensamientos independientes al nuestro. Se estima que cerca de los 48 meses el promedio las personas ya contamos con Teoría de la Mente sin excluir que durante los años anteriores tenemos representaciones primarias evidenciada a través del contagio atencional (8 a 12 meses) o las representaciones a través de los juegos (entre los 18 a 38 meses). En el caso de las personas con TEA se ha evidenciado a través de múltiples estudios que presentan dificultad para inferir sobre el otro siendo motivo para presentar características singulares durante la interacción social. (Cohen, 2008)

Teoría de la Coherencia Central Débil (Utah Frith 1989; Francesca Happé 1999): propone que la mente humana tiende a explicar las partes desde un todo, integrando la información en representaciones globales similar al enfoque Gestalt. Las personas con TEA tienden a pensar en cada elemento como tal por ello, a pesar de que presentan especial atención a los detalles de algunos elementos,

tienen dificultad para integrarlo en un todo (marco general), generalizarlo en otras circunstancias o establecer relaciones entre ellos. Como consecuencia poseen a la luz de este enfoque un estilo particular de pensamiento con una comprensión sesgada con dificultades en la pragmática y la contextualización impactando en el desarrollo del lenguaje y de las relaciones sociales. Por otro lado, algunos comportamientos estereotipados podrían explicarse bajo la rigidez del pensamiento, poco flexible, y adaptado a las nuevas circunstancias, dificultades en la integración de las partes en un todo. (Cohen, 2008)

Teoría sobre la atención conjunta y la motivación social (Seibert, Hogan y Peter Mundy, 1982) mediante este marco teórico se entiende que las dificultades resultantes de la interacción social que presentan las personas con TEA son a causa de alteraciones en el sistema que permite atender, integrar y alternar información visual circundante (objetos, eventos o ideas) con otras personas y la nuestra. La atención conjunta es el resultado de un sistema de procesamiento neural, análogo a las funciones ejecutivas, de genética no especificada aún, pero necesaria para el desarrollo del pensamiento, el desarrollo social y el lenguaje (Mundy, Sigman y Kasari, 1994) Plantean sobre la base de una orientación socio constructivista, que existen tres redes neurales principales que interactúan de forma conjunta. La primera descrita como “por defecto” y responsable de procesos auto organización, el sistema dorsal que atiende la información externa y la red frontoparietal o ejecutiva que regula la integración o expresión de las dos redes antes descritas.

Teoría del déficit en funciones ejecutivas (Miyake): A diferencia de los modelos anteriormente citados que fueron pensados a la luz del TEA como modelos explicativos, el marco teórico con relación a las funciones ejecutivas se plantea sobre la hipótesis de que el TEA al ser una alteración en el neurodesarrollo conlleva a una disfunción en los procesos ejecutivos. En consecuencia este marco teórico más que fundamentar las causas permite entender algunos procesos subyacentes a la disfunción y al igual que las otras orientaciones plantear criterios y variables de investigación así como criterios en las intervenciones psicoeducativas. (Tirapu y Sánchez-Cubillo I., 2012)

Modelos psicobiológico: El TEA clínicamente está considerado como una alteración en el neurodesarrollo y los estudios epidemiológicos y de base

neurocientífica proponen niveles para su comprensión desde un enfoque fisiológico tales como la presencia de genes implicados en los procesos de formación del sistema nervioso durante los primeros meses de gestación, variabilidad en la neurogénesis y el desarrollo de las estructuras corticales y subcorticales (Martínez Morga, 2019), proponiendo recientemente este año inclusive la posibilidad de subcategorizar el TEA teniendo características comunes topográficas y conductuales (Hong, 2020)

Según Jacqui Rodgers (2018) la ansiedad en algunas personas dentro del espectro autista se presenta de manera diferenciada en comparación con aquellas sin TEA distinguiendo algunos elementos compartidos con los grupos sin autismo tales como “sesgos negativos, pensamientos automáticos inútiles y excitación fisiológica” y exclusivos como “confusión social, dificultad para leer las emociones en los demás (aleximia), sensibilidad sensorial, interacciones sociales negativas con los demás, rigidez e insistencia en la igualdad”.

Diferencias neurobiológicas que conllevan a formas singulares de responder a los estímulos puede ser entendido bajo el enfoque transdiagnóstico y neuropsicológico como un tipo de vulnerabilidad biológica (Norton y Paulus, 2017) como consecuencia de las variaciones neurológicas y bioquímicas de las personas dentro del espectro (Avino et al., 2018 Hong et al. 2018; Lombardo 2019)

A su vez los factores psicosociales que desencadenan la ansiedad en algunos casos para las personas fuera del espectro autista pueden ser amenazantes y para las personas con TEA no o viceversa, por ejemplo, para algunas personas dentro del espectro les puede causar ansiedad entender circunstancias, pensamientos y sentimientos en contextos sociales que para las personas que no presentan TEA no. En tal sentido y como coincide también Isabel Paula (2015) para evaluar ansiedad en niños con TEA se deberá considerar que los factores psicosociales o del entorno no son iguales para niños sin TEA.

La escala ASC-ASD versión para padres es un instrumento adaptado de la escala de medición de ansiedad y depresión (RCADS) (Chorpita, Yim, Morffitt, Unemoto y Francis, 2000) a cargo del equipo de Jacqui Rodgers (2016) el cual a través de un estudio y aplicación a 170 niños con TEA entre 6 a 16 años ajusta

los 37 ítems iniciales que evaluaban el componente ansiedad del RCADS en 24 preguntas que se contestan en estaca Likert de 4 puntos (nunca 0 a siempre 4) las cuales se organizan en cuatro dimensiones: Ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad, separación, arousal ansioso y ansiedad de ejecución (Rodgers et al., 2016). A su vez, en el año 2019 Carmen Beneytez lleva a cabo la traducción y validación en un grupo de 87 menores con TEA entre 6 a 18 años concluyendo en una alta confiabilidad entre la escala original planteada por Rodgers y lo aplicado a su grupo de estudio.

La Ansiedad de ejecución (AE) se da a consecuencia de la ejecución de actividades y tareas presentando anticipación negativa de los resultados a causa de su natural deseo de invarianza y poca flexibilidad (Rodgers, 2016) así como ideación negativa sobre lo que piensan los otros sobre ellos burla o desaprobación, hecho también relacionado con las dificultades para interpretar las demandas del ambiente (Paula, 2015; Rodgers, 2016)

La Ansiedad ante la incertidumbre (AI) se da a partir de la carencia del conocimiento de algo que está por venir (Paula, 2020) y considerando las pobres habilidades predictivas resultantes del estilo de pensamiento de las personas dentro del espectro conllevan a preocupación por los eventos que puedan suceder inesperados o no planificados. La autora plantea tres supuestos a considerar en la dimensión: incertidumbre (poca capacidad de predecir y ajuste), poca seguridad (hay riesgos dentro de esta circunstancia o lugar desconocidos) y desconocer qué eventos sucederán (tendencia hacia pensamientos negativos) (Rodgers, 2020)

La Ansiedad por separación (AS) se presenta frente a la separación de los miembros o las personas importantes para el menor (APA, 2014). Particularmente en el espectro autista, conscientes muchos chicos de sus limitaciones para afrontar situaciones por las dificultades para comprender y ajustarse a los ambientes y en ocasiones el rechazo social, presentan preocupación excesiva al separarse en tanto que entienden que sólo estas personas pueden entender sus necesidades (Rodgers, 2016)

Arousal Ansioso (AA) se relaciona con la activación fisiológica que se visibiliza en una hipervigilancia al medio con palpitaciones, sudoraciones,

temblores, es decir una sobre reactividad frente a los estímulos del ambiente en el que el menor se encuentre (Rodgers, 2016)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación elegido para la presente es de tipo aplicado en tanto que contribuye a generar estándares para el estudio de la ansiedad en menores con TEA; es no experimental y de corte transversal en tanto que los datos serán obtenidos en un solo momento y sin generar ningún cambio o interacción con la muestra de estudio (Hernández, Fernández y Batista, 2014). Así mismo el diseño elegido es de tipo psicométrico en tanto que busca conocer las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de un instrumento (Alarcón, 1991)

3.2 Variables y operacionalización

Ansiedad:

La ansiedad es el miedo de forma permanente frente a ciertas circunstancias presentes o futuras con fuerte carácter anticipatorio. La ansiedad en personas con TEA difiere de las que no están dentro del espectro autista, ello relacionado a los factores psicosociales (Paula, 2015) como consecuencia la autora ha considerado 4 dimensiones principales (1) Ansiedad de ejecución: Miedo relacionado al desarrollo de nuevas tareas, como consecuencia del deseo de invarianza y del nivel de precisión (poca flexibilidad frente al error y la valoración de los otros) (Rodgers, 2016) (2) Ansiedad de separación: Preocupación y rechazo excesivo por separarse de las figuras parentales o de apego o lugares nuevos (Rodgers, 2016), relacionado a que los padres facilitan la mediación con el entorno (3) Ansiedad ante la incertidumbre: Miedo relacionado con la percepción del sujeto frente a circunstancias inciertas y ambiguas (Rodgers, 2016) (4) Arousal ansioso: Se relaciona con el hiperaousal e hipervigilancia relacionados con la sobre reactividad frente a ciertos estímulos sensoriales y que impactan en las reacciones emocionales (Rodgers, 2016)

3.3 Población, muestra y muestreo

La población, definida por Lepkostki (2008) citada por Hernandez Sampieri (2014) como " el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones". Para la presente investigación se tomará en cuenta a todo padre, madre de familia o cuidador principal de un niño, niña o adolescente diagnosticado por un médico colegiado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de Lima Metropolitana. Como antes se especificó la condición se sub agrupa en tres grados: Grado 1: necesita ayuda; Grado 2: necesita ayuda notable y Grado 3: necesita ayuda muy notable, sin embargo, considerando que hasta el 2013 el diagnóstico clínico del TEA excluía al antes denominado "asperguer" y el subgrupo denominado como "Alto funcionamiento", algunas familias consideraban a sus hijos dentro de estos dos subgrupos, pero para efectos de procesamiento de la información, se procede a considerar el grado 1.

Por otro lado, la muestra, siguiendo la definición de Hernandez, Fernandez y Baptista (2014) se considera como el subconjunto de elementos que puedan reflejar las especificaciones que caracterizan a la población en estudio, a su vez refiere que aquellos que no siguen un criterio estadístico para la generalización se les consideran muestras no probabilísticas. Para el presente se consideró este tipo de muestreo además que, al ser padres, madres o cuidadores primarios de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, siendo una población poco numerosa y accesible a estudiar el tipo de muestra se recabó por cadena, es decir una vez contactado un cuidador, padre o madre se procedió a solicitar la recomendación con otro padre o madre que cumplan con los mismos criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Padres de niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.

Criterios de exclusión

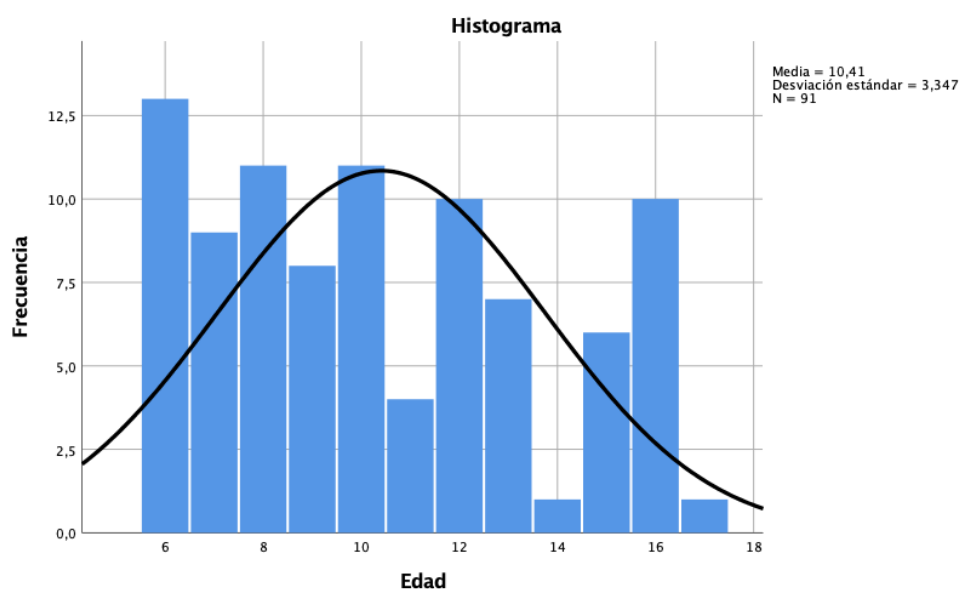
Padres de niños, niñas y adolescentes que viven fuera de Lima metropolitana y menores de 6 o mayores de 18 años.

Padres de niños, niñas y adolescentes que no estén diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.

Para el presente estudio se llegó a contar con 108 participaciones sin embargo considerando los criterios de exclusión sólo se consideraron 91 participantes, distribuidos como a continuación se detalla:

Figura1

Distribución de la muestra según edad



Nota: 91 participantes con hijos e hijas entre 6 a 18 años.

Como antes se mencionó se consideró los dos subgrupos “Antes Asperguer” e “Indicado como Alto funcionamiento” para la fácil identificación de los padres, sin embargo, para efectos de Análisis se considerará estos dos dentro del Grado 1 siendo así que 72 participaciones son de niños y adolescentes de Grado 1 (69.2%), 19 de Grado 2 (20.9%) y grado 3 (99%).

Tabla 1

Distribución de la muestra según participación

Necesidad de Apoyo	Frecuencia	% Valido
Grado 1: Necesita Ayuda	27	29.7
Antes Asperger	19	20.9
Indicado Alto funcionamiento	17	18.7
Grado 2 Necesita Ayuda notable	19	20.9
Grado 3 Necesita ayuda muy notable	9	9.9

Nota: Grado 1, antes Asperguer y Alto funcionamiento.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la presente investigación la técnica usada fue mediante encuesta virtual y llamadas telefónicas así mismo la Escala de Ansiedad ASC-ASD versión para padres (Rodgers, 2016), es un cuestionario autoadministrable que mide los síntomas de la ansiedad niños niñas y adolescentes entre 8 a 16 años diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista a través de las respuestas de los padres. Este instrumento es la adaptación de la escala de Ansiedad y Depresión Infantil RCADS diseñado por el equipo de Bruce Chorpita (2000) y adaptada por el grupo de investigación sobre autismo a cargo de Jacqui Rodgers, catedrática de Psicología y Salud Mental de la Universidad Newcastle. Esta primera adaptación consideró los componentes de ansiedad para población dentro del espectro, contemplando preguntas correspondientes a situaciones que, además de indicar presencia de ansiedad, responden a cuestiones propias del estilo singular de pensamiento de las personas dentro del espectro. A su vez en el 2019 se lleva a cabo su traducción al castellano y validación en 87 menores diagnosticados con TEA entre 6 a 18 años de diferentes asociaciones de personas con autismo en España, a cargo de Carmen Beneytez.

La escala está constituida por 24 ítems en una escala Likert de 0 a 3 donde nunca = 0, algunas veces =1, frecuentemente = 2 y siempre =3 teniendo sí una puntuación máxima de 72; los 24 ítems están planteadas de forma aleatoria pero categorizados en 4 dimensiones: Ansiedad de ejecución 5 ítems (2, 4, 7, 15 y 17),

Arousal Ansioso 6 ítems (1, 3, 8, 12, 13 y 22), Ansiedad por Separación 5 ítems (11, 18, 19, 20, 24) y Ansiedad frente a la incertidumbre 8 ítems (5, 6, 9, 10, 14, 16, 21 y 23).

Sobre los resultados e interpretación, cuando el puntaje total es mayor o igual a 20 indica la presencia de niveles significativos de ansiedad, no especifica baremos por dimensión.

3.5 Procedimientos

Definidos los aspectos teóricos y elegida la prueba se procedió a solicitar la autorización mediante correo electrónico a la autora Jacqui Rodgers y a su vez a la traductora Carmen Beneytez. Luego de ello se contacta a tres especialistas en materia de Desarrollo infantil y Autismo los cuales a través de videollamada con cada uno revisamos las dimensiones planteadas en la escala y los ítems. Una vez culminado el proceso se procedió a llenar a través del Google Forms la escala contemplando algunos datos demográficos, el consentimiento informado y luego de ello la aplicación a través del wassap en 20 madres de familia que reunían los criterios de inclusión para ver la percepción de ellas frente a la prueba, siendo esta positiva.

Una vez culminado ello se procedió a tomar contacto con las asociaciones, centros de atención, profesionales independientes, centros educativos especiales del estado y privados para que compartan a través de sus redes sociales y contactos mediante llamada telefónica y wassap la escala.

Considerando las condiciones de pandemia por el COVID, las restricciones para acceder a la muestra así mismo como antes se indicó la misma posee características particulares que conllevan a recolectar los datos de dos formas: la primera convocando a los colectivos de padres de personas con autismo así como centros terapéuticos que vengán trabajando con este tipo de población para que a través de sus redes sociales realicen la difusión; la segunda a través de la recomendación de los padres contactados y el contacto directo del investigador a través de la llamada telefónica. Una vez aceptada la participación se procedía a enviar el formulario el cual contenía el consentimiento informado, datos demográficos generales y la escala ASC-ASD -P.

3.6 Método de análisis de datos

Luego de 4 semanas y considerando el tiempo determinado para el presente estudio se procede a dar cierre de la convocatoria y a continuación se exportan las respuestas a un formato Excel arrojando 108 participaciones de las cuales 17 de ellas no serán consideradas porque 1 de ellas el menor no estaba diagnosticado por un médico y las 16 participantes no reunían los criterios de inclusión por edad, finalmente se consideró 91 participaciones. Lugo de ello se procesa la información estadística mediante el programa Statical Package for Social (SPSS) y Jamovi.

3.7 Aspectos éticos

Para la presente investigación se hace referencia a los artículos 81, 84, 85 y 87 del código de ética profesional (Colegio de Psicólogos); que por la naturaleza del grupo de estudio elegido y además considerando las limitaciones durante la realización del presente estudio se vio conveniente el trabajo estrecho y transparente con los padres participantes. En ese sentido si bien la difusión se llevó a cabo mediante redes sociales se dio la posibilidad de tener contacto con la investigadora a fin de aclarar cualquier duda, manteniendo la confidencialidad de los datos proporcionados.

Así mismo se brindó la opción libre a que los que deseen recibir los resultados de la presenten indiquen sus correos electrónicos a fin de remitir los resultados del estudio.

Finalmente, el presente estudio no conllevó a gasto o compromiso alguno entre el participante y el evaluador, en tanto que el fin de la presente es netamente académico.

IV. RESULTADOS

Evidencia de validez con evidencia del contenido

Para determinar la validez del instrumento que mida las variables de ansiedad en el autismo, considerando además que es un concepto teórico poco estudiado en el Perú, se toma como referencia metodológica lo planteado por

Hernandez, Fernandez y Baptista (2014) sobre el uso de expertos o “face validity” para que a través de Psicólogos colegiados y con experiencia en atención clínica o publicación de artículos sobre el tema examinen junto con el investigador cada ítem y su correspondencia con la dimensión de la variable a estudiar.

La prueba consta de 24 ítems correspondientes a 4 dimensiones de la variable ansiedad: Ansiedad de ejecución (AE), Arousal ansioso (AA), Ansiedad de separación (AS) y Ansiedad frente a la incertidumbre (AI) y el objetivo es analizar cada reactivo y determinar qué dimensión debería corresponder a criterio de experto.

Tabla 2

Opinión de Jurados sobre correspondencia de ítems en dimensiones AE, AA, AS y AI.

Item	Jur. 1	Jur. 2	Jur. 3
1 Mi hijo de repente se asusta cuando no hay nada de que asustarse	AA	AE	AA
2 A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él, por ejemplo, que él es diferente	AE	AS	AI
3 El corazón de mi hijo de repente empieza a latir demasiado rápido, sin que haya ninguna razón para ello	AA	AA	AA
4 Mi hijo, cuando tiene que hacer un examen, siente miedo de cometer errores o de no entender las preguntas	AE	AE	AI
5 A mi hijo le preocupa que la gente accidentalmente le pueda llegar a empujar o tocar cuando está en lugares concurridos	AI	AI	AA
6 A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cine, autobuses, zonas de juego concurridas) por si está separado de su familia	AS	AI	AI
7 A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio	AE	AE	AE
8 A mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar, sin que haya ninguna razón para ello	AA	AA	AA

9	A mi hijo le dan miedo las cosas nuevas, la gente nueva los lugares nuevos	AI	AI	AI
10	A mi hijo le da miedo entrar en una habitación que está llena de gente	AI	AA	AA
11	Mi hijo se inquieta cuando está en la cama de noche porque no le gusta estar lejos de sus padres o de su familia	AS	AS	AS
12	Cuando mi hijo tiene un problema se siente tembloroso	AA	AA	AA
13	Mi hijo de repente empieza a temblar, sin que haya ninguna razón para ello	AA	AA	AA
14	Sentirse indeciso impide a mi hijo hacer la mayoría de las cosas	AI	AE	AE
15	Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa.	AE	AE	AI
16	Mi hijo siempre necesita estar mentalmente preparado antes de que las cosas sucedan.	AI	AE	AE
17	Mi hijo siente miedo de hacer el ridículo delante de la gente.	AE	AE	AS
18	A mi hijo le preocupa estar separado de mí.	AS	AS	AS
19	A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia.	AS	AA	AI
20	A mi hijo le da miedo estar fuera de casa, porque sus padres son los que conocen su rutina a la hora de ir a dormir.	AS	AS	AS
21	A mi hijo le preocupa ir a ciertos sitios porque podría haber demasiados ruidos, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.	AI	AA	AA
22	Mi hijo de repente se siente mareado o desfallecido, Sin que haya ninguna razón para ello.	AA	AA	AA
23	Mi hijo se preocupa si no sabe lo que va a pasar, por ejemplo, si cambian los planes.	AI	AI	AI
24	A mi hijo le inquieta que algo malo pueda sucederle.	AS	AI	AI

Nota: AI: ansiedad frente a la incertidumbre, AS, Ansiedad por Separación, AA Arousal Ansioso y AE Ansiedad por Ejecución

Como se puede observar existen 11 coincidencias de los jurados por la pertenencia de las dimensiones de la ansiedad y han presentado 13 discrepancias de las cuales 11 de ellas coincidieron 2 jurados y las dos restantes sin coincidencias.

Con referencia a la coincidencia se pudo observar que 5 de ellas fueron de la dimensión de *Arousal* ansioso (AA) de 6 las preguntas (1, 3, 8, 12, 13 y 22) planteadas por la autora; los jurados pudieron identificar que los ítems reflejaban síntomas característicos de la ansiedad, no exclusivos a la población con TEA, sino a aspectos psicossomáticos generales de alguien que esta con ansiedad clínica. Algo similar podría decirse de la segunda dimensión “mejor identificada” por parte del jurado que la Ansiedad por separación (AS) con 3 coincidencias en el jurado de las 5 planteadas por la autora (6, 11, 18, 19 y 20), recordando así mismo que acorde a lo planteado por el DSM V es un criterio de ansiedad clínica (APA, 2014)

Por otro lado, la Ansiedad por incertidumbre (AI) se identificaron 2 coincidencias de las 8 planteadas por la autora (5, 6, 9, 10, 14, 16, 21, 24 y 23) y 1 de la dimensión de Ansiedad de ejecución (AE) de los 5 planteados (2, 4, 7, 15 y 17) aspectos que podrían explicarse desde la comprensión del pensamiento singular de la persona dentro del espectro autista y su tendencia por no variar, poca flexibilidad, tener intereses restringidos (Criterio 2: patrones y comportamientos repetitivos o estereotipados , APA, 2014).

El jurado experto a su vez brindó algunas recomendaciones que se contemplaron relacionados con la redacción del ítem; a su vez uno de los jurados manifestó que algunos ítems reflejaban características inherentes al TEA y no a un cuadro de ansiedad clínica propiamente, ello muy relacionado por lo expuesto por Paula (2015), señalando que existe una invisibilización de la ansiedad clínica porque se asume que ciertos comportamientos son propios de la condición.

Análisis a la validez con evidencia en la estructura interna de la escala

Para llevar a cabo el análisis factorial correspondiente y determinar la estructura interna se consideraron dos supuestos: el primero relacionado a que la escala ASC-ASD versión para padres fue elaborada en Inglaterra y traducida en España, en entornos socio culturales distintos al peruano en consecuencia se opta por llevar a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por ser primera aplicación en Perú. El segundo supuesto es que acorde con las recomendaciones generales para el Análisis Factorial Confirmatorio, considerando que la muestra es de 91 padres, madres o cuidadores de menores con TEA en Lima Metropolitana, es recomendable que esta sea a razón de 10 personas por reactivo (Schumacker y Lomax, 2016) y siendo la prueba de 24 originales daría con ello al menos una muestra de 240 personas como mínimo.

Haciendo uso del programa estadístico SPSS se procesan los resultados para determinar los estadísticos descriptivos determinando así que los reactivos 6, 14, 16, 18 y 23 presentan mayor valor de media en comparación con los reactivos 22 y 13. Así mismo se observa que el valor de asimetría de los reactivos casi en su totalidad, salvo el primer reactivo es positiva; los valores de curtosis también mayores en los reactivos 8 y 13.

Tabla 3

Análisis descriptivo de los ítems

	Media	Des. Desviación	Asimetría	Curtosis
A1	,69	,552	-,005	-,596
A2	,55	,793	1,272	,716
A3	,55	,719	1,474	2,562
A4	,99	,863	,552	-,352
A5	,78	,917	,986	,072
A6	1,00	,966	,680	-,485
A7	,82	,902	,823	-,235
A8	,40	,713	2,070	4,353
A9	,98	,954	,907	,046
A10	,89	,888	,707	-,309
A11	,75	,902	1,084	,369
A12	,79	,837	,995	,607
A13	,29	,543	1,778	2,306
A14	1,04	,868	,643	-,076
A15	,99	,901	,582	-,455
A16	1,45	,922	,366	-,728
A17	,58	,804	1,170	,419
A18	1,27	,920	,210	-,775
A19	,88	,941	,737	-,494
A20	,67	,857	1,239	,911
A21	,93	,892	,803	,038
A22	,15	,420	2,823	7,780
A23	1,25	,961	,466	-,657
A24	,82	,877	,859	,011

Nota: reactivos con mayor valor de media: 6, 14, 16, 18 y 23

Previo a establecer el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se comprobó a través del estadístico de KMO y Esfericidad de Barlett las intercorrelaciones de los reactivos y se concluye que el KMO está por encima de lo esperado, de 0.70 y la esfericidad muestra valor significativo (p menor a 0.05)

Tabla 4

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo.		0.793
Prueba de Esfericidad Aprox. Chi-cuadrado		537,242
de Bartlett	Gl	91
	Sig.	0,000

Nota: KMO de 0.793 y valor de Esfericidad de 0.000

Considerando los valores expuestos se procede a hacer el AFE y a continuación se observa que las cargas factoriales de los reactivos superaran el valor recomendado de 0.40 para explicar su dimensión. A su vez se observa el ajuste de 4 dimensiones originales que la autora propone a 3, Ansiedad de ejecución, Ansiedad frente a la incertidumbre y Arousal ansioso.

Tabla 5

Matriz de cargas factoriales

	Ansiedad frente a la incertidumbre	Ansiedad de Ejecución	Arousal Ansioso
ítem 9	,942		
ítem 10	,795		
ítem 6	,663		
ítem 5	,640		
ítem 16	,526		
ítem 21	,487		
ítem 15		,778	
ítem 7		,749	
ítem 4		,658	
ítem 17		,646	
ítem 2		,605	
ítem 22			,798
ítem 13			,694
ítem 3			,473

Nota: Los reactivos muestran valores superiores a 0.40 pero los reactivos de la dimensión con mayor carga factorial son los relacionados a la Ansiedad frente a la incertidumbre.

Asimismo, se eliminan 10 reactivos, los 5 correspondientes a Ansiedad frente a la separación y los ítems 1, 8 y 12 de Arousal ansioso, el 14 y 23 de la dimensión Ansiedad frente a la Incertidumbre.

Validez y confiabilidad

Una vez revisada las respuestas se procede a determinar mediante el uso del JAMOVI la confiabilidad por dimensión en tanto que, al haberse realizado un AFE, no es posible realizar un cálculo para el total de la prueba sin embargo si fue posible por cada dimensión.

Tabla 6

Análisis de confiabilidad de las dimensiones

Dimensión	Alfa de Cronbach	Alfa de McDonald's
Arousal ansioso	0.681	0.734
Ansiedad ante la incertidumbre	0.858	0.860
Ansiedad de ejecución	0.814	0.816

Nota: Valores superiores a 0.70 para el Alfa de McDonald's

A su vez la confiabilidad por dimensión observando además buenos valores, ninguno por debajo de lo esperado.

Tabla 7

Análisis de confiabilidad por dimensión

Ansiedad frente a la incertidumbre		Ansiedad de ejecución			Arousal Ansioso			
	Alfa C.	Alf. McDon		Alfa C.	Alf. McDon		Alfa C.	Alf. McDon
A5	0.838	0.84	A2	0.798	0.806	A3	0.723	0.738
A6	0.827	0.831	A4	0.785	0.787	A13	0.46	0.511
A9	0.811	0.812	A7	0.766	0.769	A22	0.601	0.618
A10	0.831	0.833	A15	0.742	0.747			
A16	0.84	0.844	A17	0.791	0.8			
A21	0.857	0.858						

Nota: A: ítem o reactivo, Alfa C.: Alfa de Cronbach, Alfa McDon: Alfa de McDonaldon's

Baremos de la escala

La prueba ha sido diseñada para determinar la presencia de ansiedad clínica en menores con TEA a través del reporte de los padres y cuando el puntaje general de la prueba era igual o mayor a 20 significaba que el niño presentaba ansiedad clínica, sin embargo no consideraba niveles en caso de haber ansiedad clínica o el desglose por dimensión. Para el presente estudio se vio conveniente realizar los baremos en concordancia con 3 las dimensiones resultantes del Análisis Factorial Exploratorio.

En un principio se determinan los percentiles por dimensión de estudio.

Tabla 8

Percentiles por dimensión

		Ansiedad ejecución	Ansiedad incertidumbre	Arousal Ansioso
		91	91	91
		0	0	0
Media		3,9341	6,0330	,9890
Des. Desviación		3,23111	4,23858	1,34573
Mínimo		,00	,00	,00
Máximo		12,00	18,00	6,00
Percentiles	10	,0000	1,0000	,0000
	20	,0000	2,0000	,0000
	30	1,6000	3,0000	,0000
	40	3,0000	4,8000	,0000
	50	4,0000	5,0000	1,0000
	60	5,0000	7,0000	1,0000
	70	6,0000	8,0000	10000
	80	7,0000	9,0000	2,0000
	90	9,0000	12,8000	3,0000

Nota: valor mínimo 0, valor máximo de ansiedad de ejecución de 12, de ansiedad frente a incertidumbre de 18 y de arousal ansioso de 06.

Y finalmente se determinan los baremos correspondientes por dimensión, es decir no se considera una puntuación general de la prueba como la planteó la autora, sino el desglose por cada una.

Tabla 9

Baremos por dimensión por puntaje

	Sin ansiedad	con ansiedad	con ansiedad clínica
Ansiedad de Ejecución	0-3	4-5	5 en adelante
Ansiedad frente a la Incertidumbre	0-3	4-6	7 en adelante
Arousal Ansioso	0	1	2 en adelante

Nota: expresado en puntajes basados en escala Likert de 0: nunca, 1: algunas veces, 2: con frecuencia y 3: siempre.

Finalmente, como resultado del presente estudio y considerando la evaluación a través de la escala ASC-ASD para menores de Lima Metropolitana los padres reportan que la dimensión con mayor prevalencia de ansiedad clínica es la de Ansiedad ante la incertidumbre presentando el 34.1% de la muestra, luego siguiendo con un 28.6% de Ansiedad de ejecución y finalmente el arousal ansioso con 25,3%.

Tabla 10

Frecuencia de ansiedad en menores con TEA de Lima Metropolitana 2020 (reporte de padres)

	Ansiedad de Ejecución		Ansiedad ante incertidumbre		Arousal Ansioso	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Sin ansiedad	44	48,4	30	33,0	45	49,5
Con ansiedad	21	23,1	30	33,0	23	25,3
Con ansiedad clínica	26	28,6	31	34,1	23	25,3
Total	91	100,0	91	100,0	91	100,0

Nota: Frec: frecuencia; Porc: porcentaje

V. DISCUSIÓN

En principio a pesar de que la escala fue diseñada para menores entre 8 a 16 años, se toma como referencia el trabajo realizado para la traducción y validación en España y su aplicación a niños desde los 6 hasta los 18 años, ello siendo posible también para la población de padres y tutores de menores con TEA de Lima Metropolitana.

Los objetivos del presente estudio pudieron completarse de forma satisfactoria. Como resultado del proceso de validación de contenido mediante criterio de jueces se tuvieron de los 24 reactivos, 11 coincidencias por parte de los tres jueces y 13 discrepancias, sin embargo dos jueces coincidieron en 11 de estas y dos reactivos no tuvieron consenso, el 2: "A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él", correspondiente a la dimensión de Ansiedad de Ejecución y el 19: "A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia", correspondiente a la dimensión de Ansiedad de Separación. Si bien se presentaron estas discrepancias el reactivo 2 obtuvo buen valor de confiabilidad siendo de 0.806 pero el reactivo 19, a consecuencia del AFE se ve conveniente retirarlo.

Si bien se observa que por un lado para llevar a cabo la validez del contenido se han reportado discrepancias en el jurado por otro la confiabilidad estadística reporta valores altamente confiables en particular para aquellas dimensiones que, resultantes del proceso de criterio de jueces, no coincidieron (AE con alfa McDonald's de 0.816 y AI con alfa de 0,86) ello podría explicarse a consecuencia de que ambas dimensiones son criterios inherentes al diagnóstico del TEA en tanto que, para este grupo poblacional, les es difícil los cambios de actividades (criterio 2 DSM V, APA, 2014) relacionado a ejecutar tareas, en especial si son nuevas o circunstancias poco claras (Incertidumbre). Similar hallazgo se obtuvo en España siendo la Ansiedad de ejecución la dimensión de mayor peso factorial (Beneytez, 2019). Ello podría relacionarse con lo expuesto por Paula (2015), Prizant (2015) y Cohen (2008) donde manifiestan que la sintomatología propia del autismo dificulta la identificación y evaluación de la ansiedad enmascarándose algunas conductas inherentes a la condición con la

sintomatología de la ansiedad. Ello sumado a que es la primera vez que se lleva a cabo un estudio similar en Perú se ve conveniente llevar a cabo un Análisis Factorial Exploratorio.

Cabe mencionar que en la presente investigación se comprueba que estar dentro del espectro no necesariamente conlleva a presentar ansiedad clínica. Es por ello que resultante de la aplicación de la escala se reporta que de los 91 participantes existe una proporción de participantes que no reportan ansiedad clínica ni ansiedad.

De otro lado se confirma que la prueba es válida y confiable empleando la eliminación de la dimensión de Ansiedad por separación y sus correspondientes reactivos a su vez los reactivos 1, 8, 12, 14 y 23 por presentar durante el AFE un comportamiento irregular de los reactivos porque se reasignaban a otras dimensiones que teóricamente no corresponden, situación muy similar al estudio a 254 padres de menores con TEA en Irán donde eliminó la dimensión de Ansiedad por separación.

Con referencia a la confiabilidad general de la prueba mediante el Alfa de Cronbach al haberse realizado un AFE, al eliminarse una dimensión y 5 reactivos, se calcularon los valores por dimensión como 0.86 para Ansiedad ante la incertidumbre, 0.86 Ansiedad de ejecución y 0.67 Arousal ansioso valores similares al estudio en Irán.

Todos los valores correlacionales de los reactivos con referencia a la prueba presentan valores superiores a 0.30, siendo las dimensiones de Ansiedad ante la Incertidumbre y Ansiedad de ejecución los de la de mayor peso correlacional, similar a los resultados hallados por Beneytez (2019).

Finalmente, para la determinación de los baremos se ve conveniente que estos sean a tres niveles: sin ansiedad, con ansiedad y con ansiedad clínica y por dimensión de estudio. Como se explicó en el marco teórico hay circunstancias que conllevan a la ansiedad siendo esta un mecanismo de adaptación necesario sin embargo bajo el criterio planteado- tercer criterio- por Clarck y Beck (2012) en torno a la persistencia se determina que discriminar la presencia de ansiedad,

como algo regular y adaptativo de la ansiedad clínica. Es así como para el caso de la dimensión de Ansiedad de ejecución se considera que el menor presenta ansiedad clínica si se obtiene una puntuación de 5; para el caso de Ansiedad frente a la incertidumbre el menor presenta ansiedad a partir de 4 hasta 7 puntos y de 8 en adelante ansiedad clínica y finalmente para Arousal ansioso si obtiene un puntaje de 1 correspondería a ansiedad adaptativa y valores superiores a ello ya ansiedad clínica.

VI. CONCLUSIONES

1. Como resultado final del presente estudio se concluye que la escala ASC-ASD-P se puede aplicar a padres y tutores de niños con diagnóstico clínico de TEA de Lima Metropolitana entre 6 a 18 años y puede ser mediante autoreporte.
2. La escala presenta buenas propiedades psicométricas en su aplicación a niños, niñas y adolescentes en Lima Metropolitana.
3. En el análisis a la estructura interna se observan valores correlacionales superiores a 0,30.
4. La validez con evidencia de contenido demuestra la existencia de cuatro dimensiones de la variable: ansiedad de ejecución, ansiedad ante la incertidumbre, arousal ansioso y ansiedad de separación sin embargo existen 13 discrepancias entre los jueces.
5. En el análisis a la estructura interna muestra buenas propiedades eliminando la dimensión de Ansiedad por separación así como los reactivos 1, 8, 12, 14 y 23 por tener un comportamiento irregular en el proceso de reasignación de dimensiones presentando dependencia con otras dimensiones.
6. La escala de ansiedad ASC -ASD-P comparte dos dimensiones en común con las personas que no se encuentran dentro del espectro autista, las otras dos dimensiones de Ansiedad de Ejecución y Ansiedad ante la incertidumbre están más relacionadas con el pensamiento singular de las personas dentro del espectro.

7. El criterio de jueces determinó 11 coincidencias y 13 discrepancias las que en el análisis de correlación de los reactivos se observa que las 2 respuestas discrepantes la 2: “A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él”, correspondiente a la dimensión de Ansiedad de Ejecución y la 19: “A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia”, correspondiente a la dimensión de Ansiedad de Separación que fue eliminada por AFE.
8. Se han determinado los percentiles y baremos tomando en cuenta las tres dimensiones que contempla la escala y no un valor total de los 24 ítems.
9. Ha sido posible realizar el Análisis Factorial Exploratorio a pesar de presentar una muestra no numerosa sin embargo considerando las diferencias socioculturales y propias de la traducción, así como los antecedentes internacionales se vio conveniente realizarlo.
10. Los resultados de la aplicación de la prueba a 91 participantes se evidencian que la concentración de casos de ansiedad clínica es la de Ansiedad ante la incertidumbre presentando el 34.1% de la muestra, luego siguiéndole con un 28.6% de Ansiedad de ejecución y finalmente el arousal ansioso con 25,3%, datos similares a los reportados en los estudios de la autora Rodgers de auto reporte a los niños (2016) donde señala que la primera dimensión es la más desafiante para ellos.
11. La muestra de los 91 participantes se distribuye en 69.23% menores en Grado 1, 20.87% menores en Grado 2 y 9.9% menores en Grado 3.
12. Estar dentro del espectro autista no implica presentar ansiedad clínica.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda aplicar la escala con el apoyo del psicólogo clínico con experiencia de trabajo con personas dentro del espectro autista.
2. Se recomienda el estudio en otras localidades a fin de robustecer el conocimiento sobre la Ansiedad clínica en la población dentro del espectro autista.

3. A su vez se recomienda que su aplicación sea para población dentro del espectro con menor carga sintomática así con recursos para comunicarse con sus padres en tanto que los reactivos eventualmente aplican a grupos donde los menores tienen posibilidades para realizar con mayor independencia sus actividades propias de la edad.
4. Realizar adaptaciones o elaborar otra escala para los grupos de personas dentro del espectro autista que requieren de mayor apoyo.

REFERENCIAS

- Adams, D., Clark, M., Keen D., (2019) Using self-report to explore the relationship between anxiety and quality of life in children on the autism spectrum. *Autism*;12(10):1505-1515. doi: 10.1002/aur.2155. E pub 2019 Jun 17. PMID: 31207183
- Alarcón, R., (1991) *Métodos y diseños de Investigación del comportamiento*. Universidad peruana Cayetano Heredia. Fondo Editorial
- Ali, S., MacConkery, R., Rodgers, J. (2020) Assessing anxiety in Iranian children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder* Vol 79 <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101673>
- Ambrose, K., Adams, D., Simpson, K., Keen D., (2020) Exploring profiles of anxiety symptoms in male and female children on the autism spectrum, *Research in Autism Spectrum Disorders*, Vol 76, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101601>
- American Psychiatric Association (APA), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-V*, (2014)
- Arphi, Y., Pérez F., Sanchez, K., Vásquez, K., (2017) *Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y nivel de estrés en padres con hijos autistas*, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Avino, T., Barger, N., Vargas, M., Carlson, E., Amaral, D., Bauman, M., Schuman, C., (2018) Neuron numbers increase in the human amygdala from birth to adulthood, but not in autism. *PNAS* <https://doi.org/10.1073/pnas.1801912115>
- Beneytez, C., (2019) *Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque tras diagnóstico*, Universidad Complutense de Madrid
- Brookman-Frazee, L., Stadnick, N., Chlebowski, C., Baker-Ericzén, M., Ganger, W., (2018) Characterizing psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder receiving publicly funded mental health services. *Autism*. 22(8):938-952. doi: 10.1177/1362361317712650. Epub 2017 Sep 15. PMID: 28914082; PMCID: PMC6491206.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behavior Research and Therapy*, 38(8), 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Chuchón, K., (2019). *Funcionamiento familiar y tolerancia a la frustración en padres de hijos con trastorno del espectro autista*. Universidad Nacional Federico Villarreal.

- Clark A. y Beck A. (2012) *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*, Editorial Declée de Brouwer S.A. España
- Cohen S., (2008) *Autismo y Síndrome de Asperger* (Trad. Sandra Chaparro) alianza Editorial S.A. Madrid
- Colegio de Psicólogos del Perú (2018) *Código de ética y deontología*, http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Conadis (2019) *Plan Nacional para las personas con Trastorno del Espectro Autista*.
- Conner C., Rhytr S., Schahill L., Mazafsky C (2020) *The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism*. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journals-permissions>
- Echeverría-Ramírez, L., Díaz-Reyes D., Narzizi A. (2020) *Trastorno del Espectro Autista: Putas para el manejo durante el período de aislamiento social por el coronavirus (COVID-19)* Cuadernos de Neuropsicología Vol. 14 Nro1 35-41 DOI: 10.7714/CNPS/14.1.205
- Gómez, L., (2019) *Estrategias de afrontamiento en padres con hijos con trastorno del espectro autista de la "Asociación de padres y amigos de personas con autismo-ASPAU" del distrito de San Miguel, Universidad Inca Garcilaso de la Vega*
- Gonzales, P., Anicama, J., (2017). *Resiliencia y bienestar psicológico en madres de hijos con trastorno del espectro autista de un centro de educación básica especial de lima sur* (Tesis de grado) Universidad Autónoma del Perú.
- Guerra, O., (2020) *Validación del instrumento de psicomotricidad vivenciada de Álvarez Toro para niños y niñas con TEA de la Institución de rehabilitación Integral "Milagroso Niño Jesús" Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista P., (2014) *Metodología de la Investigación*, Sexta edición Editorial McGrawHill.
- Hallet, V., Lecavalier, L., (2013) *Exploring the Manifestations of Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders*. *Jornal of Autism and Developmental Disorders*. DOI [10.1007/s10803-013-1775-1](https://doi.org/10.1007/s10803-013-1775-1)
- Hidalgo, D., (2016) *Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (M-CHAT) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo*. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/618>
- Hong SJ, Valk SL, Di Martino A, Milham MP, Bernhardt BC. *Multidimensional Neuroanatomical Subtyping of Autism Spectrum Disorder*. *Cereb Cortex*. 22. 1;28(10):3578-3588. doi: 10.1093/cercor/bhx229. PMID: 28968847; PMCID:
- Ibarra, A., (2020) *Regulación emocional en niños con TEA y terapia asistida con perros*. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (2019) LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE AUTISMO DESARROLLAN OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, Nota de prensa N 008 (04/04/2019) <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2019/008.html>.
- Kerns, CM., Winder-Patel, B., Nordahl, C., Heath, B., Solomon, M., Amaral, D., (2020) Clinically Significant Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder and Varied Intellectual Functioning. *J Clin Child Adolescent Psychol.* 23:1-16. doi: 10.1080/15374416.2019.1703712. Epub ahead of print. Erratum in: *J Clin Child Adolescent Psychol.* 2020 Mar 27; PMID: 31971849.
- Lecavalier, L., McCracken, C. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., McCracken, J. T., Tierney, E., Smith, T., Johnson, C., King, B., Handen, B., Swiezy, N. B., Eugene Arnold, L., Bearss, K., Vitiello, B., & Scahill, L. (2019). An exploration of concomitant psychiatric disorders in children with autism spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 88, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.012>
- Lizarra, A., (2015) Efectos de la equinoterapia en el desarrollo de la psicomotricidad en niños de 5 años con autismo de la unión TEA Perú 2016, Universidad César Vallejo
- Lombardo, M., Lai, M., Baron-Cohen, S., (2019) Big data approaches to decomposing heterogeneity across the autism spectrum. *Mol Psychiatry* 24, 1435–1450 <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0321-0>
- Lu, O., (2020) Estilos de afrontamiento y ansiedad en madres de niños y niñas con trastorno del espectro autista en Lima metropolitana, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mardomingo, M., (2001) Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, ISSN 1139-7632, Vol. 3, Nº 10, 2001, págs. 61-72. <https://pap.es/files/1116-159-pdf/163.pdf>
- Martínez-Gonzalez, A., Lopez J., (2017) Un método para evaluar ansiedad de un caso de autismo severo. *Revista Discapacidad Clínica Neurociencias*
- Martínez, J., (2020) Emoción. Máster en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva. Viguera Editores SLU
- Matson, J., Williams, L., (2013) Differential diagnosis and comorbidity: distinguishing autism from other mental health issues, *Neuropsychiatry* 3(2),233-243 ISSN 1758-2008
- Mundy, P., Sigman, M., Kasari, C., (1990) A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *J Autism Dev Disord.* (1):115-28. doi: 10.1007/BF02206861. PMID: 2324051.

- Mundy, P., Sigman, M., Kasari, C., (1994) Joint Attention, developmental level and symptom presentation in autism. *Development and Psychopathology*, 6, 389-401.
- Murrugarra, D., (2020) Programa “Fabi” de modificación de conductas interferentes en una niña con Trastorno del Espectro autista. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Norton, P., Paulus, D., (2017) Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, 56, 122–137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.004>
- Ñahuis, R., (2018) Estimulación del desarrollo comunicativo en niños con espectro autista entre 7 y 12 años a través del uso del software educativo ZAC Browser, Pontificia universidad Católica del Perú.
- Paula, I., (2015) *La Ansiedad en el Autismo Comprenderla y tratarla*, Alianza Editorial.
- Paula, I., Artigas-Pallarés, J., *La intolerancia a la incertidumbre en el autismo; Medicina; Vol 8 (Supl. II): 17-20 ISSN 1669-9106*
- Pérez de Velasco, A., (2018) Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Porras, M., Vargas, M., Paniagua, A., Cormilluni, M., Ticona, E., Usecca, A., Cárdenas, W., (2017) Propuesta de aplicación de la herramienta m-chat (cuestionario de autismo en la infancia modificado) en el control de crecimiento y desarrollo y su relación con la detección precoz de trastorno del espectro autista en niños de 18, 24 y 30 meses. *Revista Médica Basadrina* (2) 30-36
- Premack, D., Woodruff, G. (1978), Does Chimpanzee have a theory of mind? *The behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Prizant, B., Fields-Meyer, T., (2015) *Seres Humanos únicos, una manera diferente de ver el autismo*, Alianza Editorial.
- Prudencio, J., (2018) Eficacia del programa educativo enlazando mundos en padres de familia para mejorar el desarrollo social de niños con trastornos del espectro autista/cebe 014 la sagrada familia Magdalena Del Mar – Lima – Perú – diciembre 2018, Universidad Nacional Federico Villareal.
- Reyes, G., (2019) La importancia del control de las emociones de padres de hijos con trastorno del espectro autista (TEA) *Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación* Vol. 25 Núm. 1. <https://doi.org/10.33539/educacion.2019.v25n1.177>
- Rodgers, J., Connolly, B., Glod, M., McConachie H., (2012) The relation between anxiety and repetitive behaviors in autism spectrum disorder; *Journal of Autism and Developmental Disorders*, DOI: 10.1007/s10803-012-1531

- Rodgers J., Wigham S., McConahie H., Freeston M., Wigham S. (2016) Development of anxiety scale for children with autism spectrum disorder (ASC ASD).
- Rodgers, J., Hodgson, A., Shields, K., Wright C., Honey, E., Freeston, M., (2016) Towards a Treatment for Intolerance of Uncertainty in Young People with Autism Spectrum Disorder: Development of Coping with Uncertainty in Everyday Situations (CUES Program) *J Autism Dev Disord* (2017) 47:3959–3966 DOI 10.1007/s10803-016-2924-0
- Rodgers, J., Ofield, A. (2018) Understanding, Recognizing and Treating Co-occurring Anxiety in Autism. *Curr Dev Disord Rep* 5, 58–64 <https://doi.org/10.1007/s40474-018-0132-7>
- Rodgers, J., Freeston, M., Herrema, R., (2020) Coping with Uncertainty in Uncertain times. Newcastle University. <https://accessstoeducation.birmingham.gov.uk/wp-content/uploads/2020/05/Coping-with-uncertainty-in-uncertain-times.pdf>
- Sierra C., Ortega V., Zubeidat I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar, *Revista Mal-estar e Subjetividad /Fortaleza/* v. III / p. 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Soh, C., Goh, T., Magiati, I., & Sung, M. (2020). Caregiver- and Child-Reported Anxiety Using an Autism-Specific Measure: Measurement Properties and Correlates of the Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD) in Verbal Young People with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 10.1007/s10803-020-04739-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04739-2>.
- Schumacker, R., Lomax, R., (2016) A beginner's Guide to Structural Equation Modeling, fourth edition, Routledge
- Sumalavia, M., (2019) Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del Espectro Autista, Universidad de Ciencias Aplicadas.
- Stavropoulos, K., Bolourian, Y., Blacher, J., (2018) Differential Diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Post Traumatic Stress Disorder: Two Clinical Cases. *J Clin Med.* ;7(4):71. doi: 10.3390/jcm7040071. PMID: 29642485; PMCID: PMC5920445
- Taboada, X., (2019) Efecto de la intervención psicomotriz con participación del cuidador sobre la comunicación gestual de una niña con autismo, *Rev. Médica Herediana* vol 30 no.2 <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v30i2.3549>
- Talavera, P., (2020) Tamizaje del trastorno del espectro autista en niños de 3 a 5 años de dos instituciones educativas.
- Tafur, V., Aguilar, S., (2019) Estilos de afrontamiento y ansiedad en madres con hijos diagnosticados con autismo, Universidad Ricardo Palma.

Tirapu, J., (2020), Neuropsicología de las emociones, Entrevista programa “Hablemos de neurodesarrollo”
https://www.facebook.com/watch/live/?v=760772301441230&ref=watch_permalink

Tirapu, J., Sanchez—Cubillo I, Adrover-Roig D. (2012) Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. Madrid: Viguera

ANEXOS

Autorización del uso de la Escala

Elsa Castañeda <ecastanedami@gmail....> sáb, 24 de oct. de 2020 12:14 ☆ ↩ ⋮
para Jacqui.Rodgers ▾

Good morning,

By the present I introduce you my intention to investigate the prevalence of anxiety in children with autism in Perú. As thesis theme of bachelor's degree in Psychology and also in my experience working with children and adolescents with autism I see very convenient to have a tool to know more about this.

I revised previous research and found yours. Also noticed that there is a traduction into spanish by Carmen Beneytez and her application for children in Spain.

In that way, I would like to validate the ASC-ASD, the parental version, for peruvian children, specifically in Lima. I will be very grateful having your permission and also other recommendations to consider in my research.

Thank you in advance for you attention,

Have a nice weekend!!

Elsa

Jacqui Rodgers <jacqui.rodgers@newc...> dom, 25 de oct. de 2020 06:51 ☆ ↩ ⋮
para mí ▾

🌐 inglés ▾ > español ▾ Traducir mensaje Desactivar para: inglés x

Dear Elsa

Thank you for your email and your interest in the ASC ASD P I am very happy for you to include the Spanish version in your research. I hope it goes well.

Jacqui

Professor Jacqui Rodgers
Chair in Psychology & Mental Health
Population Health Sciences Institute
Sir James Spence Institute
Newcastle University
Royal Victoria Infirmary
Queen Victoria Road
Newcastle
NE1 4LP
UK

Tel: +44 191 282 0676

Email: Jacqui.rodgers@ncl.ac.uk

ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS CON TEA. VERSIÓN PARA PADRES (ASC-ASD-P) ©
Jacqui Rodgers, Sarah Wigham, Helen McConachie, Mark Freston, Emma Honey, Jeremy Parr
 Newcastle University, Newcastle UK

Nombre del niño/a: _____ Edad del niño (años/meses): _____
 Fecha: _____ Relación con el niño: _____

1. Mi hijo de repente se asusta, cuando no hay nada de que asustarse.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
2. A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él, por ejemplo, que él es diferente.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
3. El corazón de mi hijo de repente empieza a latir demasiado rápido, sin que haya ninguna razón para ello.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
4. Mi hijo, cuando tiene que hacer un examen, siente miedo de cometer errores o de no entender las preguntas.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
5. A mi hijo le preocupa que la gente accidentalmente le pueda llegar a empujar o tocar cuando está en lugares concurridos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
6. A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cines, autobuses, zonas de juego concurridas) por si es separado de su familia.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE

7. A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
8. Mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar, sin que haya ninguna razón para ello.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
9. A mi hijo le dan miedo las cosas nuevas, la gente nueva o los lugares nuevos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
10. A mi hijo le da miedo entrar en una habitación que está llena de gente.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
11. Mi hijo se inquieta cuando está en la cama de noche porque no le gusta estar lejos de sus padres o de su familia.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
12. Cuando mi hijo tiene un problema se siente tembloroso.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
13. Mi hijo de repente empieza a temblar, sin que haya ninguna razón para ello.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
14. Sentirse indeciso impide a mi hijo hacer la mayoría de las cosas.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
15. Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
16. Mi hijo siempre necesita estar mentalmente preparado antes de que las cosas sucedan.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
17. Mi hijo siente miedo de hacer el ridículo delante de la gente.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE

18. A mi hijo le preocupa estar separado de mí.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
19. A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
20. A mi hijo le da miedo estar fuera de casa, porque sus padres son lo que conocen su rutina a la hora de ir a dormir.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
21. A mi hijo le preocupa ir a ciertos sitios porque podría haber demasiado ruido, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
22. Mi hijo de repente se siente mareado o desfallecido, sin que haya ninguna razón para ello.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
23. Mi hijo se preocupa si no sabe lo que va a pasar, por ejemplo, si cambian los planes.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
24. A mi hijo le inquieta que algo malo pueda sucederle.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE

Formatos completados por los jueces: Primer

Jurado

ITEM	Ansiedad de ejecución	Ansiedad de Separación	Ansiedad ante la incertidumbre	Arousal Ansioso	Observación	Nombre Completo Especialista	DNI	COLEGIATURA
1	Mi hijo de repente se asusta, cuando no hay nada de qué asustarse			*	Podría ser "por cosas que a los demás no les asusta o que no son tan relevantes"	Mg. Ana Isabel Almazabal Contreras	10430278	14204
2	A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él, por ejemplo que él es diferente				Podría ser "por cosas que a los demás no les afecta o que no son tan relevantes"			
3	El corazón de mi hijo de repente empieza a latir demasiado rápido, sin que haya ninguna razón para ello			*	Se debería describir con reacciones concretas la palabra "ansiedad" (palpitación, sudoración temblores)			
4	Mi hijo, cuando tiene que hacer un examen, siente miedo de cometer errores o de no entender las preguntas			*				
5	A mi hijo le preocupa que la gente accidentalmente le pueda llegar a empujar o tocar cuando está en lugares concurridos		*		Podría decir: A mi hijo le preocupa o molesta...	<i>Almazabal</i>		
6	A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cine, autobuses, zonas de juego concurridas) por si está separado de su familia		*		No siempre por estar separado de su familia, porque podría ser por los estímulos sensoriales como ruidos, luces, olores, temperaturas, etc			
7	A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio							
8	A mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar, sin que haya ninguna razón para ello			*				
9	A mi hijo le dan miedo las cosas nuevas, la gente nueva los lugares nuevos		*					
10	A mi hijo le da miedo entrar en una habitación que está llena de gente		*		completaría: ítema de gente que no conoce porque cuando las conoce le fastidia.			
11	Mi hijo se inquieta cuando está en la cama de noche porque no le gusta estar lejos de sus padres o de su familia	*						
12	Cuando mi hijo tiene un problema se siente tembloroso			*				
13	Mi hijo de repente empieza a temblar, sin que haya ninguna razón para ello			*				
14	Sentirse indeciso, impide a mi hijo hacer la mayoría de cosas	*						
15	Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa.	*						
16	Mi hijo siempre necesita estar mentalmente preparado antes de que las cosas sucedan.	*						
17	Mi hijo siente miedo de hacer el ridículo delante de la gente.	*						
18	A mi hijo le preocupa estar separado de mí.	*						
19	A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia.	*						
20	A mi hijo le da miedo estar fuera de casa, porque sus padres son los que conocen su rutina a la hora de ir a dormir.	*						
21	A mi hijo le preocupa ir a ciertos sitios porque podría haber demasiados ruidos, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.	*			Podría ser: Mi hijo siempre necesita saber lo que va a suceder antes que las cosas se lleven a cabo.			
22	Mi hijo de repente se siente mareado o desorientado, sin que haya ninguna razón para ello.	*						
23	Mi hijo se preocupa si no sabe lo que va a pasar, por ejemplo, si cambian los planes.	*						
24	A mi hijo le inquieta que algo malo pueda sucederle.	*						

Segundo Jurado

ITEM	Ejecución	Separación	Incertidumbre	Ansioso	Observación
1. Mi hijo de repente se asusta, cuando no hay nada de qué asustarse	*				
2. A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensan de él, por ejemplo que él es diferente			*		
3. El corazón de mi hijo de repente empieza a latir demasiado rápido, sin que haya ninguna razón para ello Mi hijo, cuando tiene que hacer un examen, siente miedo de cometer errores o de no entender las preguntas	*				
4. A mi hijo le preocupa que la gente accidentalmente le pueda llegar a empujar o tocar cuando está en lugares concurridos			*		
5. A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cine, autobuses, zonas de juego concurridas) por si está separado de su familia		*			
6. A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio	*				
7. A mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar, sin que haya ninguna razón para ello				*	
8. A mi hijo le dan miedo las cosas nuevas, la gente nuevos lugares nuevos			*		
9. A mi hijo le da miedo entrar en una habitación que está llena de gente	*				Verificar el tipoo Es una conducta aprendida
10. Mi hijo se inquieta cuando está en la cama de noche porque no le gusta estar lejos de sus padres o de su familia		*			Puede ser tambien una respuesta somatosensorial que fue reforzada socialmente
11. Cuando mi hijo tiene un problema se siente tembloroso			*		Agregar especificque
12. Mi hijo de repente empieza a temblar, sin que haya ninguna razón para ello	*			*	Agregar_Especificque
13. Sentirse indeciso, impide a mi hijo hacer la mayoría de cosas					
14. Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa.	*				
15. Mi hijo siempre necesita estar mentalmente preparado antes de que las cosas sucedan.	*				Esta respuesta pudo ser reforzada o aprendida en el tratamiento terapéutico, casa y escuela. No la considero pertinente y válida.
16. Mi hijo siente miedo de hacer el ridículo delante de la gente.	*				
17. Los cuidadores primarios tambien pueden sentirlo igual o más, y proyecten esta conducta en el niño. Depende del tipo de apego. Revisar o agregar algo más específico					
18. A mi hijo le preocupa estar separado de mí.		*			
19. A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia.			*		
20. A mi hijo le da miedo estar fuera de casa, porque sus padres son los que conocen su rutina a la hora de ir a dormir. A mi hijo le preocupa ir a ciertos sitios porque podría haber demasiados ruidos, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.		*			Aqui se terjversa, depende del tipo de apego establecido
21. A mi hijo de repente se siente mareado o desfallecido. Sin que haya ninguna razón para ello.			*		Agregar: Especificar en qué circunstancias o situaciones
22. A mi hijo se preocupa si no sabe lo que va a pasar, por ejemplo, si cambian los planes.			*		agregar: Especificar en qué circunstancias o situaciones
23. A mi hijo le inquieta que algo malo pueda sucederle.			*		Agregar mención
24. A mi hijo le da miedo que la gente piense que él es diferente			*		

Nombre Completo Especialista
DNI
COLEGIATURA
FIRMA

Suzan Isabel Escobar Benites
33054957
34663



Tercer jurado

ITEM	Ansiedad de ejecución	Ansiedad de Separación	Ansiedad ante la Incertidumbre	Arousal Ansioso	Observación
1 Mi hijo de repente se asusta, cuando no hay nada de qué asustarse				*	*aparentemente...no hay
2 A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él, por ejemplo que él es diferente					
3 El corazón de mi hijo de repente empieza a latir demasiado rápido, sin que haya ninguna razón para ello				*	*de repente empieza a latir muy rápido
4 Mi hijo , cuando tiene que hacer un examen, siente miedo de cometer errores o de no entender las preguntas			*		
5 A mi hijo le preocupa que la gente accidentalmente le pueda llegar a empujar o tocar cuando está en lugares concurridos				*	*lo pueda llegar a
6 A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cine, autobuses, zonas de juego concurridas) por si está separado de su familia		*			
7 A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio	*				
8 A mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar, sin que haya ninguna razón para ello					*mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar sin que haya razón alguna para ello.
9 A mi hijo le dan miedo las cosas nuevas, la gente nueva los lugares nuevos			*		
10 A mi hijo le da miedo entrar en una habitación que está llena de gente				*	
11 Mi hijo se inquieta cuando está en la cama de noche porque no le gusta estar lejos de sus padres o de su familia		*			
12 Cuando mi hijo tiene un problema se siente tembloroso				*	
13 Mi hijo de repente empieza a temblar, sin que haya ninguna razón para ello	*			*	*razón alguna para ello
14 Sentirse indefenso, impide a mi hijo hacer la mayoría de cosas					
15 Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa.	*		*		*porque cree que lo juzgarán de forma negativa
16 Mi hijo siempre necesita estar mentalmente preparado antes de que las cosas sucedan.		*			(no se refiere a una tarea)
17 Mi hijo siente miedo de hacer el ridículo delante de la gente.					
18 A mi hijo le preocupa estar separado de mí.		*			
19 A mi hijo le preocupa que le pueda suceder algo malo a alguien de la familia.			*		
20 A mi hijo le da miedo estar fuera de casa, porque sus padres son los que conocen su rutina a la hora de ir a dormir.					* porque somos sus padres los que conocemos sus rutinas a la hora de dormir.
21 A mi hijo le preocupa ir a ciertos sitios porque podría haber demasiados ruidos, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.				*	
22 Mi hijo de repente se siente mareado o desfallido, Sin que haya ninguna razón para ello.			*	*	
23 Mi hijo se preocupa si no sabe lo que va a pasar, por ejemplo, si cambian los planes.					
24 A mi hijo le inquieta que algo malo pueda sucederle.			*		No menciona nada de tipo fisiológico

Alejandro S. Dioses Chocano
 6711778
 1049

Nombre Completo Especialista
 DNI
 COLEGIATURA



FIRMA

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (planteada por la autora)

Variab les	Prueba	Definición conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Indicadore s	Reactivos	Niveles
Ansiedad	Escala de Ansiedad para niños niñas y adolescentes, versión para padres ASC ASD P	La ansiedad es el miedo de forma permanente frente a ciertas circunstancias. La ansiedad en personas con TEA difiere por las características inherentes a la condición a causa de un estilo singular de pensamiento en la línea de los dos primeros criterios diagnóstico: 1. Deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social y 2. Presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento e intereses. (Paula, 2015; Rodgers, 2016; Lecavalier, 2014)	Ansiedad de ejecución	Miedo relacionado al desarrollo de nuevas tareas, como consecuencia del deseo de invarianza, del nivel de precisión (poca flexibilidad frente al error y la valoración de los otros) (Rodgers, 2016)	4. Le preocupa equivocarse o no entender las indicaciones cuando desarrolla un examen. 7. Le preocupa hacer mal las tareas del colegio. 15. Le preocupa haber hecho mal las cosas y que los otros lo noten. 17. Siente miedo a hacer el ridículo frente a los otros	2,4,7,15,17	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia 4. Siempre
			Ansiedad de separación	Preocupación y rechazo excesivo por separarse de las figuras parentales o de apego o lugares nuevos (Rodgers, 2016), relacionado a que los padres facilitan la mediación con el entorno.	11. Le preocupa dormir solo (sin los padres). 18. Le preocupa estar separado de sus padres o cuidadores principales. 19. Le preocupa que pueda pasar algo a las	11,18,19,20,24	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia 4. Siempre

					<p>personas más cercanas. 20. Le preocupa estar en un ambiente distinto al que está con los padres porque ellos conocen bien su rutina. 24. Le preocupa que algo malo pueda sucederle.</p>		
			<p>Ansiedad ante la incertidumbre</p>	<p>Miedo frente a la incertidumbre se relaciona con la percepción del sujeto frente a circunstancias inciertas y ambiguas (Rodgers, 2016)</p>	<p>5. Le preocupa que los otros puedan hacerle sentir incómodo (físicamente) 6. Le preocupa estar en un ambiente recargado de gente y pueda perder de vista a su familia. 9. Le preocupa lugares, personas y cosas nuevas. 10. Le da miedo cuando entra en una habitación llena de gente. 14. Le</p>	<p>5,6,9,10,14,16,21,23</p>	<p>1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia 4. Siempre</p>

					preocupa tomar decisiones (se muestra indeciso). 16. Le preocupa las cosas que no estén planificadas previamente. 21. Le preocupa ir a lugares abrumantes o recagado en estímulos o gente. 23. Le preocupa el cambio de planes		
			Arousal Ansioso	Se relaciona con el hiperaurosal e hipervigilancia relacionados con la sobre reactividad frente a ciertos estímulos sensoriales y que impactan en las reacciones emocionales (Rodgers, 2016)	1. Se asusta sin causas aparentes 3. Le late el corazón sin una razón aparente. 8. Se observa un malestar muy marcado sin aparente causa. 12. Se le observa temblores o cuando hay dificultades. 13. Se muestra temblores o cuando no hay razón	1,3,8,12,13,22	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia 4. Siempre

					inclusive. 22. Se muestra mareado o desfallecido sin que algo haya sucedido.		
--	--	--	--	--	---	--	--

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES PLANTEADA POR
EL PRESENTE ESTUDIO

Variab les	Prueba	Definición conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Indicadore s	Reactivos	Niveles
Ansied ad	Escala de Ansiedad para niños y adolescen tes, versión para padres ASC ASD P	La ansiedad es el miedo de forma permanente frente a ciertas circunstancia s. La ansiedad en personas con TEA difiere por las característica s inherentes a la condición a causa de un estilo singular de pensamiento en la línea de los dos primeros criterios diagnóstico: 1. Deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social y 2 Presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamie nto e intereses. (Paula, 2015; Rodgers, 2016; Lecavalier, 2014)	Ansiedad de ejecución	Miedo relacionado al desarrollo de nuevas tareas, como consecuenc ia del deseo de invarianza, del nivel de precisión (poca flexibilidad frente al error y la valoración de los otros) (Rodgers, 2016)	2. Le preocupa la valoración de los otros cuando realiza actividade s. 4.Le preocupa equivocars e o no entender las indicacion es cuando desarrolla un examen. 7. Le preocupa hacer mal las tareas del colegio. 15. Le preocupa haber hecho mal las cosas y que los otros lo noten. 17. Siente miedo a hacer el ridículo frente a los otros.	2,4,7,15,17	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuenc ia 4. Siempre
			Ansiedad ante la incertidumb re	Miedo frente a la incertidumb re se relaciona con la percepción del sujeto frente a	5. Le preocupa que los otros puedan hacerle sentir incómodo (físicament	5,6,9,10,16, 21	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuenc ia 4. Siempre

				<p>circunstancias inciertas y ambiguas (Rodgers, 2016)</p> <p>e) 6. Le preocupa estar en un ambiente recargado de gente y pueda perder de vista a su familia. 9. Le preocupa lugares, personas y cosas nuevas. 10. Le da miedo cuando entra en una habitación llena de gente. 16. Le preocupa las cosas que no estén planificadas previamente. 21. Le preocupa ir a lugares abrumantes o recagado en estímulos o gente.</p>		
			Arousal Ansioso	<p>Se relaciona con el hiperaurosal e hipervigilancia relacionados con la sobre reactividad frente a ciertos estímulos sensoriales y que</p> <p>3. Le late el corazón sin una razón aparente. 13. Se muestra tembloroso cuando no hay razón inclusive. 22. Se muestra mareado o desfallecido sin que</p>	3,13,22	<p>1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia 4. Siempre</p>

				impactan en las reacciones emocionales (Rodgers, 2016)	algo haya sucedido.		
--	--	--	--	--	---------------------	--	--