MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÙ-JAPÒN

Nº 149 -2026-SA-DG-INR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 17 SEP. 2026

Visto, el Expedientes Nº25-INR-019120-002, que contiene el Informe N°010-2026-UFIDT-OEAIDE/INR, Nota Informativa N°174-2026-UFIDT-OEAIDE/INR emitidos por la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnologías de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada; Nota Informativa N°008-2026-CIEI/INR del Comité Institucional de Ética en Investigación y el Informe N°117-2026-OAJ-INR de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud; así como la formación, capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, los artículos 16° y 113° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, señalan que dentro de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se podrán realizar actividades de Docencia e Investigación;

Que, es objetivo funcional de la entidad realizar investigaciones sobre temas de la especialidad e impulsar las acciones para incrementar continuamente la calidad y utilidad de la investigación especializada en el campo de rehabilitación y otras especialidades relacionadas que se desarrollan en la entidad, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, como de su rehabilitación integral y otros aspectos referidos al que hacer institucional;

Que, con Resolución Directoral N° 131-2024-SA-DG-INR, de fecha 13 de agosto de 2024, se aprueba la Directiva Administrativa N° 005-INR/OEAIDE-2024 "Directiva Administrativa para la Gestión de los Procesos de Investigación en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, que tiene como objetivo general establecer las disposiciones para la gestión de los procesos de investigación en salud en esta Entidad. El Título VII, establece como una de las responsabilidades de la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnologías-UFIDT de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, el asesoramiento y/o supervisión en cada una de las fases de las investigaciones institucionales, así como la presentación de los informes a las jefaturas de las unidades orgánicas a través de sus Direcciones/Oficinas Ejecutivas;

Que, el numeral 6.1.2 del Título VI de la mencionada Directiva, establece las fases a desarrollar para obtener la Aprobación Institucional del Proyecto de Investigación, la misma que deberá realizarse a través de una Resolución Directoral, debiendo la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnología-UFIDT de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, realizar el trámite del proyecto de investigación con aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación;

Que, con Informe N°010-2026-UFIDT-OEAIDE/INR, la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnologías y Proveído N°110-2026-OEAIDE-INR de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada informa que el protocolo de investigación: "Validación y confiabilidad de una escala de ansiedad para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación", elaborado por los investigadores: M.C. Erika María Yolanda Sánchez Barrueto y el Lic. Segundo Teófilo Villoslada Llantoy, personal del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, ha sido revisado y evaluado;

Que, mediante Acta N°019-2026-CIEI/INR de fecha 05 de agosto del 2026, el Comité Institucional de Ética en Investigación aprueba el protocolo de investigación: "Validación y confiabilidad de una escala de ansiedad para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación";

Que, mediante Nota Informativa Nº174-2026-UFIDT-OEAIDE/INR de fecha 02 de setiembre de 2026, la Unidad Funcional de Investigación y Desarrollo de Tecnologías y Proveído N°243-2026-OEAIDE-INR, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, informa que el precitado protocolo presentado ha sido aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación y se encuentra registrado con el Código 004-2025 en la UFIDT-OEAIDE;

Que, mediante Informe N°117-2026-OAJ-INR, la Oficina de Asesoría Jurídica emite opinión favorable para la aprobación del citado protocolo de investigación, toda vez que cumple con las disposiciones establecidas en la normativa vigente;

Que, a fin de cumplir con los objetivos institucionales en materia de investigación especializada en Medicina Física y de Rehabilitación, resulta pertinente expedir el acto administrativo que apruebe el protocolo de investigación: "Validación y confiabilidad de una escala de ansiedad para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación", elaborado por los investigadores: M.C. Erika María Yolanda Sánchez Barrueto y el Lic. Segundo Teófilo Villoslada Llantoy, personal del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, registrado con Código 004-2025 en la UFIDT– OEAIDE;

Con el visto bueno de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, y;

De conformidad con lo dispuesto, en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Resolución Directoral N°131-2024-SA-DG-INR, que aprueba la Directiva Administrativa N°005-INR/OEAIDE-2024 "Directiva Administrativa para la Gestión de los Procesos de Investigación en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN y la Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÙ-JAPÒN

Nº 149 -2026-SA-DG-INR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 17 SEP. 2026

modificada mediante la Resolución Ministerial Nº 356-2012/MINSA; y, en uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el protocolo de investigación: "Validación y confiabilidad de una escala de ansiedad para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación", elaborado por los investigadores: M.C. Erika María Yolanda Sánchez Barrueto y el Lic. Segundo Teófilo Villoslada Llantoy, personal del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, registrado con Código 004-2025 en la UFIDT– OEAIDE, que en anexo forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- REGISTRAR el precitado protocolo de investigación, en la Base de Datos de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada de la entidad, el monitoreo, implementación, aplicación y supervisión del cumplimiento del mencionado protocolo de investigación en el ámbito de su competencia.

Artículo 4°.- DISPONER a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional

Regístrese y Comuníquese,

M.C. ERIKA GIRALDO VIZCARRA
Directora General
CMP Nº 38989 RNE Nº 20436
Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
Amistad Perú - Japón

EGV/JDLL/sms
Distribución
( ) Unidades de Organización
( ) OEAIDE
( ) Oficina de Asesoría Jurídica
( ) Interesados
( ) Responsable del Portal Web INR

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ – JAPÓN

OFICINA EJECUTIVA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ESPECIALIZADA

Protocolo de Investigación

Validación y confiabilidad de una escala de ansiedad para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación

AUTORES

MC. Erika María Yolanda Sánchez Barrueto

Lic. Segundo Teófilo Villoslada Llantoy

Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje

2026

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

Validación y confiabilidad de una Escala de ansiedad para niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación

Resumen

La ansiedad constituye un sistema de respuestas emocionales y fisiológicas esenciales para la adaptación, pero cuya desregulación impacta negativamente en el desarrollo personal, la autonomía y la independencia de una persona. En el caso de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), la presencia de sintomatología ansiosa puede representar un desafío muy significativo en su desempeño cotidiano. Por esta razón, evaluar la ansiedad debería ser un eje central en la planificación de objetivos idóneos en los programas de intervención diseñados para ellos. En la presente investigación, se propone validar un instrumento de evaluación que guíe el diseño de intervenciones más completas, en respuesta a la creciente demanda de atención a niños con esta condición en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Aprendizaje. Objetivo: Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad para niños con TEA (ASC-ASD-P), versión para padres. Método: La presente investigación es de tipo instrumental, cuantitativo y transversal. La validez del contenido del cuestionario será valorada a través del criterio de juicio de expertos y para medir su confiabilidad se utilizará el método de coeficiente de consistencia interna. La muestra estará conformada por 200 padres de pacientes y el muestreo es no probabilístico por conveniencia. El análisis de los datos se realizará con el software estadístico JAMOVI 2.6.44. Para el análisis de validez de contenido se aplicará la prueba estadística de V de Aiken. Asimismo, para analizar la validez de estructura interna se empleará un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y para la confiabilidad se utilizará el Coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald.

ÍNDICE

CAPÍTULO I **5**
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **5**
1.1 Planteamiento del problema 5
1.2 Justificación 5
1.3 Objetivos 6
1.3.1 Objetivo general 6
1.3.2 Objetivos específicos 6
1.4 Hipótesis **7**
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO **7**
2.1 Antecedentes 7
2.2 Bases teóricas 10
2.2.1 Concepto del Trastorno del espectro autista 10
2.2.1.1 Epidemiología 13
2.2.1.2 Características 14
2.2.1.3 Niveles de gravedad 14
2.2.1.4 Factores de riesgo 15
2.2.2 Concepto de la ansiedad 16
2.2.2.1 Autismo y ansiedad 16
2.2.3 Instrumentos de medición de la ansiedad para niños con trastorno del espectro autista 17
CAPITULO III **19**
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN **19**
3.1 Diseño de estudio 19
3.2 Ámbito de estudio 19
3.3. Población 19
3.4 Criterios de inclusión 19
3.5 Criterios de exclusión 20
3.6 Muestra y muestreo 20
3.7 Operacionalización de la variable 21
3.8 Instrumentos de recolección de datos 25
3.9 Descripción del instrumento 25
3.10 Descripción del ambiente 25
3.11 Procedimiento de recolección de datos 25
3.12 Aspectos éticos 26
3.13 Plan de análisis estadístico 27
3.14 Limitaciones del estudio 27
CAPÍTULO IV **28**
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS **28**
4.1 Cronograma 28
4.2 Presupuesto 28
CAPITULO V **31**
ANEXOS **31**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **46**

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según el DSM-5, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo caracterizado, fundamentalmente, por dificultades en la comunicación e interacción social, con patrones de conducta o actividades repetitivas e intereses restrictivos (1, 2). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia actual del TEA en el mundo en niños/adolescentes es de 1 por 100, prevalencia que se ha incrementado de manera constante en la última década (1, 3). Los datos del Centro de Control de Enfermedades (CDC) en EE.UU. revelan un incremento sustancial en la prevalencia del TEA: de 1 en 154 niños en el año 2000 a 1 en 54 para el 2016 (4). En el contexto regional, en Argentina, un estudio realizado en la ciudad de Santa Fe, en niños de 18 a 36 meses se encontró una prevalencia temprana del autismo de aproximadamente 0,8%, valor que se halla dentro del rango dado por la OMS para las Américas (5). En Chile, la prevalencia de TEA obtenida de una muestra de 272 niños entre 18 y 33 meses de edad atendidos en su sistema público de salud fue de 1.96%, es decir 1 en 51 niños (6).

En Perú, CONADIS reportó para el 2023, un total de 15,217 personas diagnosticadas con esta condición, se encuentran inscritas en el Registro Nacional de la institución (7), mientras para el 2025 fueron más de 28,000 personas autistas inscritas (8). Respecto a lo anterior la Defensoría del Pueblo comunicó que únicamente el 2,6% de las personas con TEA han obtenido un certificado oficial (9). Según la oficina de informática y estadística del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, en 2023 se reportaron 407 pacientes atendidos, el 2024, 508 y en el 2025, 552 pacientes atendidos con diagnóstico principal de trastorno espectro autista con código F84.0.

La ansiedad es una emoción normal que forma parte de los mecanismos básicos de supervivencia encaminada a la adaptación y preservación, respuesta de activación ante situaciones sorpresivas nuevas o amenazantes, para enfrentarnos o escapar (10). Se considera un trastorno de ansiedad cuando la activación se produce ante eventos no peligrosos o de forma recurrente, llegando a interferir de forma significativa en la vida cotidiana de la persona y le dificulta la convivencia con familia o amigos, estudiar y trabajar (10, 11, 12). Rodgers indica que entre el 22% y el 84% de los niños con TEA experimentan niveles elevados de ansiedad según el reporte de sus cuidadores (13). Mientras en estudios y revisión sistemática informan que aproximadamente 40% de niños con trastorno espectro autista presentan ansiedad pero con estimaciones que varían entre 11% y 84% (14, 15, 16). Así mismo, en preescolares autistas presentaron una mayor proporción de ansiedad que puede superar el 70% (15).

Según DSM-V, los tipos de ansiedad incluyen: fobias específicas, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, agorafobia, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada (2). Asimismo, Sainsbury et al. identificaron predictores en cuatro tipos comunes de ansiedad en 452 niños con autismo: ansiedad generalizada, fóbica, por separación y social (11). Wijnhoven et al estudiaron 172 niños autistas entre 8 y 15 años, encontraron mayor riesgo de presentar ansiedad cuando son niñas y niños pequeños con TEA. También se observó que los niños con un coeficiente intelectual (CI) de rendimiento (no verbal)

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°

más alto y un CI verbal más bajo presentaban síntomas de fobia más específicos (14).

A pesar de que la ansiedad no es un rasgo nuclear del fenotipo autista, su alta comorbilidad que alcanza hasta un 84% en algunos estudios (13, 17) exige herramientas de evaluación precisas. No obstante, la evidencia sistemática actual indica que no se han realizado validaciones de instrumentos psicométricos específicos para medir ansiedad en niños con autismo en Sudamérica (18). En el Perú, aunque existen escalas validadas para población general como el GAD-7, no se cuenta aún con un instrumento validado específicamente para la población con TEA (18).

A nivel internacional, existen herramientas robustas con potencial de adaptación como la ASC-ASD-P(Anxiety Scale for Children with ASD) versión para padres, que destaca por su capacidad para predecir diagnósticos clínicos mediante cuatro dimensiones: ansiedad de ejecución, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de separación y arousal ansioso (19); con versiones adaptadas exitosamente en Alemania y Turquía, destacando por su alta validez convergente y su capacidad para predecir diagnósticos clínicos mediante el reporte de los padres (19). Sin embargo, existe una limitada evidencia en respecto a estudios de validez y confiabilidad de la ASC-ASD-P, en el contexto peruano se encontró un único estudio reportado por Castañeda y Ojeda el año 2023 desarrollado en Lima-metropolitana con una muestra limitada de 91 participantes (22).

De lo referido previamente se deriva la siguiente pregunta:
¿Cuáles son las evidencias de validez y confiabilidad de la escala ASC-ASD-P (Anxiety Scale for Children with ASD) versión para padres para la medición de la ansiedad en niños con Trastorno del Espectro Autista en el Perú?

1.2 Justificación

En el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje (DIDRIA) se brinda atención a una población infantojuvenil de 3 a 14 años y 11 meses con Trastornos del Neurodesarrollo, siendo los más frecuentes el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno del Espectro Autista (TEA), los Trastornos Específicos del Aprendizaje y los Trastornos del Desarrollo de Habilidades Escolares no especificados. Diversos estudios señalan que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en personas con TEA en comparación con aquellas con desarrollo neurotípico, afectando significativamente su funcionamiento diario e intensificando los síntomas nucleares del trastorno. Esta comorbilidad ansiosa es especialmente crítica durante la infancia y adolescencia, etapas en las que los síntomas pueden pasar desapercibidos o atribuirse erróneamente a las características del TEA.

Las revisiones sistemáticas actuales sobre medidas de ansiedad en niños pequeños con TEA revelan una escases de validaciones en poblaciones latinoamericanas. Aunque se emplean instrumentos validados en España, la literatura local que aborda esta problemática desde una perspectiva integral es aún insuficiente. Por ello, la validación de herramientas específicas como el ASC-ASD-P surge como una necesidad imperativa para el avance científico en la región.

El presente estudio responde a este vacío mediante la validación de un instrumento psicométrico orientado a la identificación temprana de sintomatología ansiosa: el ASC-ASD-P. Este esfuerzo no solo posee una relevancia teórica por su aporte a la

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

literatura regional, sino también una utilidad clínica al facilitar el diseño de intervenciones que mejoren el bienestar del niño y su familia. Considerando escases de instrumentos con evidencias de validez para esta población específica, se proponen los siguientes objetivos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad para niños con TEA, versión para padres (ASC-ASD-P).

1.3.2 Objetivos específicos

- Demostrar la validez del contenido de la Escala de Ansiedad para niños con TEA, versión para padres (ASC-ASD-P).
- Demostrar la validez basada en la estructura interna de la Escala de Ansiedad para niños con TEA, versión para padres (ASC-ASD-P).
- Establecer la confiabilidad de la Escala de Ansiedad para niños con TEA, versión para padres (ASC-ASD-P).

1.4 Hipótesis

Hipótesis general:

- La Escala de Ansiedad para niños con TEA, versión para padres (ASC-ASD-P) presenta evidencias adecuadas de validez basada en el contenido, en la estructura interna y niveles de consistencia interna significativos en la muestra evaluada.

Hipótesis específicas

- HE1: Los ítems de la escala ASC-ASD-P presentan una adecuada relevancia, representatividad y claridad conceptual, con un coeficiente V de Aiken superior a .70.
- HE2: El modelo factorial original de la escala ASC-ASD-P presentará adecuados índices de ajuste a los datos empíricos mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), evidenciados por valores aceptables de CFI, TLI, RMSEA y SRMR.
- HE3: Las puntuaciones de la escala total y sus dimensiones presentarán adecuados índices de consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald iguales o superiores a 0.70.

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Beneytez-Barroso et al., en el año 2020, adaptaron al español la Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder - Parent Version (ASC-ASD-P). El objetivo fue evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra no probabilística de conveniencia de 87 niños y adolescentes con TEA entre los 6 a 18 años. La escala consta de 24 ítems en formato Likert de 4 puntos (0 a 3) y se estructura en cuatro subescalas: ansiedad de separación, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de ejecución y arousal ansioso. Los resultados mostraron una consistencia interna excelente, con un alfa de Cronbach (α) de .94 para la escala total y valores entre .87 y .91 para las subescalas. Asimismo, reportó una validez convergente de .91 en relación con la escala SCARED. Los datos obtenidos ponen de manifiesto que la versión española de la escala ASC-ASD replica la estructura factorial de la escala original y constituye un instrumento válido para la evaluación de la ansiedad en población con TEA (17).

Yalçintürk et al., en el año 2025, realizaron la adaptación transcultural y validación de la ASC-ASD-P-TR en Turquía. Mediante un estudio instrumental transversal realizado entre 2023 y 2024, evaluaron a 371 padres de niños con TEA de 8 a 15 años a través de una plataforma en línea. Los resultados confirmaron la estructura de cuatro dimensiones (Rendimiento, Separación, Excitación e Incertidumbre) con una varianza total explicada del 61%. La fiabilidad global fue alta (α = .94), mientras que los subdimensiones oscilaron entre .66 y .80. El estudio concluyó que la versión turca es una herramienta válida para la evaluación clínica en dicho contexto (19).

Gruner et al., en el año 2025, realizaron un estudio instrumental con el objetivo de validar la versión alemana de la Escala de Ansiedad para Niños con TEA, versión para padres (ASC-ASD-P). La muestra final estuvo constituida por 317 jóvenes (120 con autismo y 197 no autistas) y sus respectivos padres, tras una mínima deserción del 3.1% por datos incompletos. El análisis factorial confirmatorio respaldó la estructura del instrumento, el cual reportó una excelente consistencia interna (α = .92) y una sólida validez convergente con otras medidas de psicopatología. Los resultados demostraron que el ASC-ASD-P es una herramienta sensible para capturar manifestaciones de ansiedad ligadas a la incertidumbre, permitiendo diferenciar significativamente los niveles de distrés entre la población con y sin TEA. En conclusión, el estudio destaca la utilidad clínica de esta escala para que profesionales y familias identifiquen y brinden apoyo oportuno ante la comorbilidad de ansiedad en jóvenes autistas (20).

Goulding et al., en el año 2024, realizaron un estudio instrumental en la Universidad de Newcastle (Australia) con el objetivo de evaluar la validez de la Escala de Ansiedad para Niños con TEA (ASC-ASD). La investigación comparó esta herramienta específica con una medida tradicional, la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), en una muestra de 87 padres de niños autistas (8 a 12 años), de los cuales 56 incluyeron el reporte de sus hijos. Los resultados de las correlaciones de Pearson demostraron que la ASC-ASD posee una sólida validez convergente y divergente, correlacionando significativamente con la SCAS pero no con medidas de severidad del autismo (SCQ). Fundamentalmente, los análisis de regresión revelaron que la ASC-ASD fue un predictor significativo de la ansiedad clínica reportada, superando la capacidad predictiva de la escala tradicional (SCAS). El estudio

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°

concluyó que la ASC-ASD es una herramienta válida para identificar trastornos de ansiedad en esta población y sugirió que el informe de los padres es suficiente para la detección clínica inicial en este rango de edad.(21).

Castañeda y Ojeda, en el año 2023, en su estudio sobre la Validación psicométrica de la Escala de Ansiedad ASC-ASD en niños con trastorno del espectro autista, tuvo como objetivo la validación de la escala de ansiedad: Escala de Ansiedad para Niños con TEA versión para padres (ASC-ASD-P) en relación a las conductas ansiosas en personas con TEA. En este estudio participaron un total de 91 padres de niños entre 6 y 18 años de edad, diagnosticados con TEA en Lima Metropolitana. Los resultados muestran una validez significativa del contenido de la Escala; sin embargo, existen discrepancias en la asignación de reactivos a las dimensiones correspondientes. El Análisis Factorial Exploratorio y los Valores Alfa de Ansiedad presentan los siguientes datos: 1) Ansiedad por Incertidumbre (McDonald's: .86 y Alfa de Cronbach: .85); 2) Ansiedad de Rendimiento (McDonald's: .81 y Alfa de Cronbach: .81); 3) Excitación Ansiosa (0,86, McDonald's: 0,86 y Alfa de Cronbach: 0,8). La ansiedad por separación se excluyó del análisis debido a su bajo valor factorial. Los datos permiten afirmar que la escala para evaluar la presencia de ansiedad clínica en niños con TEA, versión para padres, posee propiedades psicométricas adecuadas para la medición predictiva de la ansiedad en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (22).

Rodgers et al., en el año 2016, propusieron desarrollar la escala de ansiedad para niños con trastorno del espectro autista (TEA) basados en una versión adaptada de la RCADS con base en evidencia empírica de la fenomenología de la ansiedad en el TEA, que incluyó ítems adicionales relacionados con la ansiedad sensorial, la intolerancia a la incertidumbre y las fobias. La validez de contenido se refinó durante grupos focales con padres. Se realizó un análisis factorial policórico en datos de 170 niños con TEA, de 8 a 16 años, y sus padres. La validez de contenido se refinó durante grupos focales con padres. Este proceso resultó en la creación de una nueva escala de 24 ítems (autoinforme y informe de los padres), cada una con cuatro subescalas: Ansiedad de desempeño, Incertidumbre, Excitación ansiosa y Ansiedad de separación, con evidencia de buena confiabilidad y validez. La Escala de Ansiedad para Niños con TEA, en sus versiones para padres e hijos (ASC-ASD), presenta propiedades psicométricas prometedoras, incluyendo buena consistencia interna, validez y fiabilidad test-retest al mes (13).

Houting et al., en el año 2018, en su estudio trazaron como propósito utilizar la ASC-ASD para explorar, en alumnos australianos, el perfil de la sintomatología de ansiedad típica y atípica en niños autistas; explorar las asociaciones de la sintomatología de ansiedad con la conducta adaptativa y las características autistas; e identificar el grado de concordancia entre las puntuaciones de la ASC-ASD y los diagnósticos de ansiedad informados por los padres. En una muestra de 100 padres de niños autistas de 9 a 12 años completaron la ASC-ASD, la Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (Segunda Edición) y el Cuestionario de Comunicación Social como parte de un estudio longitudinal. Se encontraron altas tasas de sintomatología de ansiedad, con un 63 % de padres que clasificaron a sus hijos dentro del rango clínico. Los síntomas atípicos de ansiedad se reportaron con alta frecuencia. Los ítems de la subescala de Incertidumbre fueron los más frecuentemente reportados, mientras que los ítems de la escala de Activación Ansiosa fueron los menos reportados. Los niños con diagnóstico de trastorno de ansiedad reportado por sus padres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la Escala de Ansiedad-Teatro Autista (ASC-TEA) que aquellos sin diagnóstico de ansiedad. Este es uno de los primeros estudios que explora la sintomatología de ansiedad en niños

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

autistas utilizando una medida de ansiedad específica para el autismo. Los hallazgos sugieren que la Escala de Ansiedad-Teatro Autista (ASC-TEA) puede ser una herramienta útil para la evaluación de la sintomatología de ansiedad en niños autistas (23).

Yousaf et al., en el año 2025, en su estudio cuyo objetivo es evaluar las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad para niños con TEA (ASC-ASD-C) para la población pakistaní. La ASC-ASD-C se tradujo utilizando los métodos de traducción de Brislin (Brislin, 1970; Gregoire, 2018; Beaton et al., 2000). Se realizó una encuesta transversal con una hoja de información demográfica y se administró la ASC-ASD-C en urdu a 109 niños y adolescentes con autismo diagnosticados clínicamente, de entre 8 y 16 años, que buscaban tratamiento en escuelas de educación especial. Se estableció la equivalencia semántica, de contenido, técnica y conceptual entre las versiones originales en inglés y urdu del ASC-ASD-C. El análisis factorial exploratorio reveló una estructura de cuatro factores similar a la de la versión original en inglés; sin embargo, se observaron ligeras variaciones en la asignación de los ítems a los factores correspondientes. El coeficiente omega de McDonald de la escala completa fue $\omega = .959$; $\omega = .897$ para Incertidumbre; $\omega = .771$ para Ansiedad de rendimiento; $\omega = .939$ para Excitación ansiosa; y $\omega = .885$ para las subescalas de ansiedad por separación. Se concluye que el ASC-ASD-C en urdu es una medida válida y fiable para la evaluación predictiva de la ansiedad clínica en niños con TEA (24).

Soh et al., en el año 2021, en su estudio propusieron por objetivo investigar el uso de la Escala de Ansiedad para Niños con Trastorno del Espectro Autista (ASC-ASD), una herramienta de cribado autoevaluada y evaluada por los cuidadores en una muestra singapurense de noventa y un jóvenes autistas verbales y sus cuidadores. La consistencia interna varió de satisfactoria a deseable (α = 0,74–0,92). Se estableció una validez convergente con un tamaño del efecto medio-grande mediante una entrevista diagnóstica estructurada, la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI-KID). Las puntuaciones de la ASC-ASD se asociaron positivamente con los síntomas autistas y los patrones de respuesta indicaron una fuerte adhesión a los ítems específicos del autismo (25)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Concepto del Trastorno del Espectro Autista

Inicialmente el diagnóstico del autismo se rigió por modelos categoriales, de este modo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión (CIE-10), bajo el código F84, agrupaba estas condiciones como Trastornos Generalizados del Desarrollo, distinguiendo entidades separadas como el autismo en la niñez (F84.0), el síndrome de Asperger (F84.5) y el síndrome de Rett (F84.2), basados en la presencia o ausencia de retraso mental y alteraciones del lenguaje (26).

Sin embargo, el consenso clínico actual ha migrado hacia un modelo dimensional. En este sentido, la CIE-11 (27) define al trastorno del espectro autista (6A02) como una condición caracterizada por deficiencias persistentes en la interacción social recíproca y la comunicación social, acompañadas de patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. A diferencia de su predecesora, la CIE-11 excluye al síndrome de Rett de esta categoría y clasifica el TEA mediante especificadores que describen el nivel de funcionamiento intelectual y del lenguaje:

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°

- 6A02.0: Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional.
- 6A02.1: Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o nulo deterioro del lenguaje funcional.
- 6A02.2: Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional.
- 6A02.3: Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional.
- 6A02.5: Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia de lenguaje funcional.
- 6A02.Y: Otro trastorno especificado del espectro autista.
- 6A02.Z: Trastorno del espectro autista, sin especificación.

En concordancia, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2) sostiene que estos déficits deben manifestarse en múltiples contextos y estar presentes desde la primera infancia, aunque pueden verse enmascarados por mecanismos compensatorios en etapas posteriores. El DSM-V enfatiza que el diagnóstico requiere la presencia simultánea de dificultades en la reciprocidad social y patrones de conducta restrictivos, subrayando el impacto significativo que estos generan en el funcionamiento personal, social y educativo.

Por su parte, Hodges et al. (28) destacan que el TEA es un trastorno de base neurobiológica, donde la interacción de factores genéticos y ambientales influye en el desarrollo cerebral temprano. Estos autores subrayan que el aumento en la prevalencia global no solo responde a factores biológicos, sino también al refinamiento de los criterios diagnósticos y a una mayor capacidad de detección clínica, la cual debe iniciarse con una evaluación del desarrollo integral y la identificación oportuna de comorbilidades.

2.2.1.2 Epidemiología

Panorama Global

La prevalencia del TEA ha mostrado un incremento sostenido a nivel mundial, influenciada por una mayor concienciación social, mejoras en la identificación clínica y cambios en los criterios diagnósticos (29). Revisiones sistemáticas y meta análisis recientes estiman una prevalencia global que oscila entre el 0.77% y el 1%, con variaciones regionales significativas que sitúan a países como Australia (2.18%) y Estados Unidos (1 de cada 31 niños de 8 años) en áreas de alta detección (30, 31). Las estimaciones suelen ser más elevadas en países de altos ingresos y en niños de entre 6 y 12 años (32). Respecto a la caracterización por sexo, se mantiene una proporción mediana de 4.2 varones por cada mujer, y se estima que el 33% de los casos presenta discapacidad intelectual coexistente (29).

Contexto Nacional (Perú)

En concordancia con las estimaciones de la OMS (1 de cada 100 niños), el Ministerio de Salud del Perú reportó un crecimiento notable en la demanda de atención,

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

registrando 77,678 casos atendidos en 2023, frente a los 48,344 del año previo (33). Del total de casos, el 79% corresponde a varones, concentrándose la mayor prevalencia en las regiones de Lima, Callao, La Libertad y Lambayeque (33). En cuanto a la protección legal y registro oficial, el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) reportó más de 28,000 personas con TEA inscritas en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad hasta 2023, permitiendo su acceso a los beneficios de la Ley N° 29973 (34, 35).

2.2.1.2 Características

Las características clínicas individuales en el trastorno del espectro autista se registran a través del uso de especificadores (con o sin déficit intelectual acompañante; con o sin deterioro del lenguaje acompañante; asociado a una afección médica/genética o ambiental/adquirida conocida; asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento), además de especificadores que describen los síntomas autistas (edad de la primera preocupación; con o sin pérdida de habilidades establecidas; gravedad) (2).

Estos especificadores ofrecen a los clínicos la oportunidad de individualizar el diagnóstico y de comunicar una descripción clínica más detallada de los individuos afectados. Por ejemplo, muchos individuos previamente diagnosticados de trastorno de Asperger ahora recibirían un diagnóstico de trastorno del espectro autista sin deterioro intelectual ni del lenguaje (2).

2.2.1.3 Niveles de gravedad

Según DSM-5 (2) clasifica el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en tres niveles de gravedad basados en la necesidad de apoyo para la comunicación social y comportamientos repetitivos.

- Nivel 1 ("Requiere apoyo"): Dificultades leves, independencia notable.
- Nivel 2 ("Requiere apoyo sustancial"): Dificultades marcadas, requiere ayuda diaria.
- Nivel 3 ("Requiere apoyo muy sustancial"): Dificultades graves, dependencia significativa.

Niveles de Autismo según el DSM-5

- Nivel 1: Requiere apoyo

La Comunicación Social en las personas con autismo no requiere ayuda pero si presentan dificultades que causan problemas notables en iniciar interacción social.

El comportamiento de las personas con autismo muestra una inflexibilidad que causa interferencias significativas en diferentes contextos; así mismo presentan dificultad para alternar actividades.

Nota: Según el DSM 5 es conocido como "Autismo de alto funcionamiento", aunque el término no es oficial en el DSM-5.

- Nivel 2: Requiere apoyo sustancial

La Comunicación Social en las personas con Autismo, muestran dificultades notables en relación a sus habilidades de comunicación social verbal y no verbal. por otro lado

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

se evidencia deficiencias al inicio de la interacción y sus respuestas son concretas y en algunos caso son anormales a los intentos sociales de otros.

El Comportamiento en las personas con autismo se manifiesta con la inflexibilidad conductual, las dificultades son notorias ante a los cambios y/o otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia suficiente para ser obvios para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos.

- Nivel 3: Requiere apoyo muy sustancial

La Comunicación Social en las personas con autismo es muy deficiencientes repercutiendo en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal y esto causan alteraciones graves en su funcionamiento. La interacción social al inicio es muy concreta y limitada generando respuesta mínima a los intentos sociales de otros.

El comportamiento en las personas con autismo que se manifiesta con la inflexibilidad del comportamiento, la dificultad extrema para hacer frente a los cambios y/u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren muy significativamente con el funcionamiento en todos los ámbitos.

2.2.1.4 Factores de riesgo

La literatura científica identifica diversos predictores que modulan la intensidad y el tipo de sintomatología ansiosa en la población con trastorno del espectro autista (TEA), destacando factores biológicos, conductuales y del entorno familiar.

Factores biológicos y demográficos

Respecto a la variable edad, la evidencia muestra hallazgos diferenciados. Mientras que en niños mayores de cinco años se ha identificado una mayor predicción de ansiedad generalizada y fóbica (11), los niños más pequeños con TEA tienden a manifestar significativamente más síntomas de ansiedad por separación y fobia específica (12).
En cuanto al sexo, se observa una prevalencia diferenciada, donde las niñas con TEA presentan una mayor carga sintomática relacionada con el trastorno de pánico, fobia social y ansiedad generalizada en comparación con los varones (12). Por otro lado, las capacidades cognitivas superiores actúan como un predictor específico para el desarrollo de ansiedad social y generalizada, posiblemente debido a una mayor consciencia de las dificultades de interacción (11).

Factores conductuales y del sueño

Los hábitos de sueño constituyen un factor determinante y transversal. Se ha demostrado de forma consistente que los malos hábitos de higiene del sueño son el único predictor presente en todos los tipos de síntomas de ansiedad en niños autistas (11).

Factores familiares

Finalmente, el componente sistémico desempeña un rol crucial en la psicopatología infantil. La ansiedad materna se ha identificado como un factor predictivo específico para el desarrollo de sintomatología por separación en los niños con diagnóstico de autismo (11).

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

2.2.2. Concepto de la ansiedad

Según la CIE 10 la ansiedad se conceptualiza dentro del grupo de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones de estrés y somatomorfos (F40-F48). Se caracteriza por ser una respuesta emocional desagradable, con síntomas psíquicos y físicos (aprensión, tensión muscular, hiperactividad vegetativa), cuya causa no es claramente reconocida o es desproporcionada (26).

Según el CIE 11 se define a la ansiedad como un trastorno que está relacionado con el miedo que se manifiesta con dificultades excesivas en el comportamiento, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes (27). En ese sentido, el miedo y la ansiedad aunque están relacionados están ubicados en dos momentos distintos, por un lado el miedo se manifiesta con una angustia en el presente, mientras la ansiedad se proyecta al futuro, respecto a una amenaza anticipada. Asimismo, se distingue según el CIE 11 un trastorno de ansiedad de otro según qué es exactamente lo que dispara esa sensación. De este modo, lo que marca la diferencia no es sólo cómo se siente la persona, sino el motivo o la situación específica que activa su malestar, ya sea un objeto concreto que le asusta o una idea incierta que le genera angustia (27).

Según CIE 11, la ansiedad se clasifica de la siguiente manera: 1.- El trastorno de ansiedad generalizada (6B00); 2.- El trastorno de pánico (6B01); 3.- La agorafobia (6B02); 4 .- Fobia específica (6B03); 5.- trastorno de ansiedad social (6B04); 4.- El trastorno de ansiedad por separación (6B05); 5.- El mutismo electivo (6B06) (27).

La ansiedad, según la definición del DSM V, es un trastorno que presenta rasgos de miedo y ansiedad desmedidos, además de cambios en el comportamiento relacionados. La ansiedad es una reacción anticipada ante un peligro que va a ocurrir en el futuro, mientras que el miedo es una respuesta emocional frente a una amenaza real o imaginaria que está por suceder. Es claro que la ansiedad y el miedo son respuestas que se superponen, pero también pueden distinguirse. El miedo está asociado con pensamientos sobre un peligro inmediato, reacciones de huida o defensa y episodios de activación autonómica. En cambio, la ansiedad suele asociarse con comportamientos cautelosos o evitativos, tensión en los músculos y vigilancia frente a un peligro futuro (2).

Según el DSM V se clasifica la ansiedad en: 1.- Ansiedad por separación 309.21 (F93.0); 2.- Mutismo Selectivo 313.23 (F94.0); 3.- Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40.10); 4.- Trastorno de Pánico 300.01 (F41.0); 5.- Agorafobia 300.22 (F40.00).

2.2.2.1 Autismo y ansiedad

Existe una prevalencia significativa de ansiedad incapacitante en la población con TEA, con reportes parentales que sitúan la afectación entre el 22% y el 84% de los casos (13). Esta condición impacta negativamente en la calidad de vida, la autonomía en actividades diarias, la asistencia escolar y el rendimiento académico. No obstante, la presentación clínica de la ansiedad en el TEA difiere de la observada en individuos neurotípicos, lo que dificulta su diagnóstico mediante enfoques categoriales convencionales (13, 17).

Las características nucleares del TEA —anomalías en el procesamiento sensorial, conductas restringidas/repetitivas y deficiencias en el funcionamiento social—

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

predisponen al desarrollo de formas específicas de ansiedad. La superposición entre los síntomas propios del espectro y las manifestaciones ansiosas genera un desafío clínico para su diferenciación (13).

A diferencia de la población con desarrollo típico, donde la ansiedad social se fundamenta en el miedo a la evaluación negativa, en el TEA el malestar suele derivar de la violación de reglas lógicas o de la imprevisibilidad del entorno social. Del mismo modo, el rechazo escolar en el autismo puede estar más vinculado a la disrupción de rutinas que al miedo a la separación afectiva per se (13, 17).

Dimensiones de la Ansiedad en el Autismo: De acuerdo con las investigaciones psicométricas, los síntomas de ansiedad en personas con TEA se estructuran en torno a cuatro dimensiones específicas (17):

- Ansiedad de ejecución: Representa una variante de la ansiedad social donde el temor principal no es el juicio ajeno, sino el miedo a cometer errores en contextos sociales o académicos.
- Arousal ansioso: Comprende la sintomatología fisiológica indicativa de hiperactivación, tales como taquicardia, disnea, temblores y mareos.
- Ansiedad ante la incertidumbre: Integra la necesidad de anticipación con la hipersensibilidad sensorial. En esta dimensión, predomina la intolerancia prospectiva y las distorsiones cognitivas sobre la parálisis comportamental.
- Ansiedad por separación: Refleja el temor ante la ausencia de las figuras de apego, pero con un componente central basado en el temor a que dicha ausencia conlleve la pérdida de las rutinas establecidas.

2.2.3 Instrumentos de medición de la ansiedad para niños con trastorno del espectro autista

La evaluación de la ansiedad en la población infantil con Trastorno del Espectro Autista (TEA) presenta desafíos metodológicos debido a la superposición diagnóstica. Según Sarria et al. (18), existen cuatro herramientas principales diseñadas o adaptadas específicamente para el nivel 1 de soporte (antes denominado de alto funcionamiento) en niños y adolescentes:

- **Parent-Rated Anxiety Scale for Youth with ASD (PRAS-ASD)**

Es una escala unidimensional de 25 ítems diseñada para padres de niños entre 5 y 17 años. A diferencia de las escalas tradicionales, sus reactivos fueron generados mediante grupos focales para captar disparadores específicos del autismo, como cambios en las rutinas, demandas sociales y sensibilidad sensorial (36). Su estructura permite obtener una puntuación total de intensidad y frecuencia, adaptándose a las limitaciones de lenguaje y cognición propias del espectro.

- **Childhood Anxiety Sensitivity Index - ASD (CASI-ANX)**

Basada en el Inventario de Síntomas para Niños y Adolescentes, esta subescala de 20 ítems mide la "sensibilidad a la ansiedad" o el miedo a las sensaciones corporales. Se estructura en tres factores: preocupaciones físicas (taquicardia, disnea), incapacidad mental (miedo a perder el control) y preocupaciones sociales (37). Se utiliza principalmente como un indicador de riesgo y vulnerabilidad en adolescentes con TEA, diferenciando los síntomas ansiosos de las conductas propias del TDAH o el autismo.

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°

- **Anxiety Disorders Interview Schedule - Autism Addendum (ADIS-ASA)**

Considerada el "estándar de oro" (*gold standard*), no es un cuestionario de autoinforme sino una entrevista clínica semiestructurada para padres (38). Este instrumento funciona como un complemento al ADIS-C/P y permite distinguir entre la ansiedad comórbida tradicional y los síntomas atípicos del TEA (miedo a intereses especiales o imprecisión sensorial). Utiliza una escala de severidad clínica (CSR) de 0 a 8, donde un valor ≥ 4 indica la presencia de un trastorno clínicamente significativo.

- **Anxiety Scale for Children with ASD (ASC-ASD-P)**

Desarrollada por Rodgers et al. (13), esta escala constituye el instrumento de mayor relevancia para la presente investigación. Es una escala de 24 ítems con versiones para padres y niños (8 a 16 años). Su relevancia radica en un perfil dimensional basado en cuatro subescalas: ansiedad de desempeño, incertidumbre, activación ansiosa y ansiedad por separación. Adaptada al español por Beneytez-Barroso et al. (17), utiliza una escala Likert de 0 a 3. Se considera que puntuaciones mayores o iguales a 20 sugieren niveles significativos de ansiedad, mientras que valores > 24 incrementan la especificidad del hallazgo.

Otras herramientas y escalas tradicionales: Existen otros instrumentos utilizados en la práctica clínica como la *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) y el *Revised Children's Anxiety and Depression Scale* (RCADS); sin embargo, estos presentan una sensibilidad limitada para captar las manifestaciones atípicas de ansiedad en el autismo. Para la población adulta, se han desarrollado herramientas específicas como la *Anxiety Scale for Autism-Adults* (ASA-A), además de escalas clásicas de ansiedad social (18).



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de estudio

La presente investigación es de tipo instrumental, dado que su propósito central es obtener evidencias de validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad para niños con Trastorno del Espectro Autista, versión para padres (ASC-ASD-P), en una muestra de niños de 6 a 14 años con diagnóstico de TEA (39). El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, empleando la medición numérica y el análisis estadístico para determinar la fiabilidad y validez del constructo en el contexto peruano (40). Posee un diseño transversal, puesto que la recolección de los datos se efectuará en un único momento temporal y el estudio es de naturaleza prospectiva en su proyección, ya que la información será recolectada de forma primaria para los fines de este trabajo (40).

3.2 Ámbito de estudio

El estudio se realizará en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Aprendizaje que pertenece al área de Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN del distrito de Chorrillos Lima.

3.3. Población

La población de estudio corresponde al total de padres de pacientes, entre niños y niñas, cuyas edades oscilan entre los 06 años a 14 años con 11 meses de edad con diagnóstico clínico de Trastorno Espectro Autista que asisten al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje.
De acuerdo con los registros de la Oficina de Estadística e Informática de la institución, se observa un incremento progresivo en la detección de nuevos casos: en el año 2023 se reportaron 407 pacientes, cifra que ascendió a 508 en 2024 y a 552 en 2025. Debido a esta tendencia y considerando el registro institucional más reciente, se ha establecido una población estimada de 552 sujetos.

Criterios de inclusión

Para el presente estudio se considerar los siguientes criterios:

- Padres de niños y niñas atendidos en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje
- Padres de niños y niñas con diagnóstico clínico de TEA según Clasificación CIE-10 con el código correspondiente F84.0 .
- Padres de niños y niñas con diagnóstico clínico de TEA con edades comprendidas entre los 6 y 14 años.
- Padres que manifiesten a través del consentimiento informado, su disposición de participar en el estudio.
- Padres de niños con TEA que cuenten con nivel educativo mínimo primaria.

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°

Criterios de exclusión

Para el presente estudio se considera los siguientes criterios:

- Padres de niños y niñas que en el momento de la evaluación se encuentren imposibilitados de participar en el estudio por motivos, sean estos físicos, emocionales o de otra índole.
- Padres de niños y niñas atendidos en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje que expresen la no participación voluntaria como también la falta de firma en el consentimiento informado.

3.4 Muestra y muestreo

En la presente investigación la muestra estará conformada por 200 padres de pacientes entre edades de 6 a 14 años de edad con diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista, que acuden al Departamento de Aprendizaje del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ -JAPÓN. El muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia, la cantidad designada de muestra se fundamenta en lo referido por Ferrando & Anguiano-Carrasco y Vargas Halabí & Mora-Esquivel para la realización de los análisis estadísticos correspondientes (41, 42). La muestra por conveniencia se refiere a la selección de los participantes del estudio según los criterios del propio investigador, en este caso se ha seleccionado una muestra a la cual se tiene acceso mediante la atención brindada por el DIDRIA y que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Variable principal:

La Ansiedad en niños con TEA, Se refiere a las características que se manifiesta ante situaciones que provocan alteraciones en su inestabilidad emocional y reacciones fisiológicas en el individuo, estos signos generan dificultades en su ritmo cardíaco, dificultades para respirar, temblores, mareos e hipersensibilidad sensorial

Dimensiones

1. La ansiedad de ejecución es una forma de ansiedad social que se caracteriza por el miedo a cometer errores en situaciones sociales. La ansiedad social que las personas con TEA experimentan guarda una mayor relación con el miedo a no comportarse de forma adecuada en las situaciones sociales y académicas.

2. La dimensión arousal ansioso agrupa todos aquellos síntomas fisiológicos indicativos de un alto grado de activación, tales como latidos rápidos del corazón, dificultades para respirar, temblores y mareos.

3. La ansiedad ante la incertidumbre combina la necesidad de anticipación y de adecuación de los acontecimientos a sus esquemas con la hipersensibilidad sensorial siendo este último aspecto el que obtiene un mayor peso. Ello sugiere que la intolerancia a la incertidumbre vinculada a la ansiedad en el autismo es de tipo prospectivo, es decir con predominancia de las distorsiones cognitivas sobre la vertiente comportamental de parálisis ante la incertidumbre.



4. La ansiedad por separación, refleja la ansiedad no solo por la separación de las figuras de apego, sino por la posibilidad de que en su ausencia no se mantengan sus rutinas.

Cada una de estas variables e indicadores serán evaluadas utilizando el instrumento diseñado, y los resultados servirían para determinar tanto la validez como la confiabilidad del instrumento en el contexto de niños con TEA.





Tabla 1
Matriz de operacionalización de las covariables

Variable	Covariable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores	Escala de medición	Valores
	Edad del niño	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación del paciente con TEA	Cuantitativa	Años	Discreta	6 a 14 años

Factores Sociodemográficos	Sexo del niño	Sexo biológico del paciente con TEA	Cualitativa dicotómica	Sexo	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
	Nivel de instrucción del niño	Instrucción educativa alcanzado por el paciente con TEA	Cualitativa dicotómica	Grado de instrucción	Nominal	1= Primaria 2= Secundaria
	Edad del padre	Años cumplidos	Cuantitativa discreta	Años	Razón	18 años a más
	Sexo del padre	Sexo biológico del padre	Cualitativa dicotómica	Sexo	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
	Nivel de instrucción del padre	Instrucción educativa alcanzado por el padre del paciente con TEA	Cualitativa politómica	Grado de instrucción	Ordinal	1 = primaria incompleta 2 = primaria completa 3 = secundaria incompleta 4 = secundaria completa 5 = superior incompleta 6 = superior completa
Factor Clínico	Comorbilidades	Dos o más trastornos o enfermedades ocurren en una	Cualitativa dicotómica	Síndrome ansioso depresivo	Nominal	0= No 1= Sí

		misma persona, al mismo tiempo o uno después del otro.	Cualitativa dicotómica	Bipolaridad	Nominal	0= No 1= Sí
			Cualitativa dicotómica	Depresión	Nominal	0= No 1= Sí
			Cualitativa dicotómica	Trastorno Oposicionista Desafiante	Nominal	0= No 1= Sí
			Cualitativa dicotómica	TDAH	Nominal	0= No 1= Sí
			Cualitativa dicotómica	Trastorno Mixto de Habilidades Escolares	Nominal	0= No 1= Sí
			Cualitativa dicotómica	Trastorno del Desarrollo de Habilidades Escolares	Nominal	0= No 1= Sí

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la Escala de ansiedad para niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (ASC-ASD-P)

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	INSTRUMENTO
Ansiedad	La ansiedad en el autismo se caracteriza por presentar síntomas significativos en cuatro dimensiones; como la ansiedad de ejecución relacionadas con dificultades en situaciones sociales, la dimensión arousal está relacionados a los síntomas fisiológico, la ansiedad ante la incertidumbre genera hipersensibilid	Cuantitativa	Intervalo	A.- Ansiedad de separación	11,18,19,20 y 24 (5 ítems)	Escala Likert del 0 a 3	ASC-ASD-P
				B.- Ansiedad ante la incertidumbre	5,6,9,10,14,16,21 y 23 (8 ítems)		
				C.- Ansiedad ejecución	2,4,7,15 y 17(5 ítems)		
				D.- Arousal ansioso	1,3,8,12,13 y 22 (6 ítems)		

	ad sensorial y por último la ansiedad por separación que no solo se manifiesta ante la figura de apego, sino por la posibilidad de que en su ausencia no se mantenga en su rutina.					

3.6 Instrumentos de recolección de datos

La escala (ASC - ASD-P) es un instrumento breve de tamizaje propuesto para ser utilizado para identificar indicadores de ansiedad en niños de 06 a 18 años de edad, la escala consta de 24 preguntas en formato Likert de 4 puntos (0 a 3) y se estructura en cuatro subescalas: ansiedad de separación, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de ejecución y arousal ansioso (13, 17).

3.7 Descripción del instrumento

Se utilizará la versión española del cuestionario ASC ASD-P elaborado por Rodgers et al., la cual fue traducida y adaptada por Beneytez et al. que es una escala dimensional diseñada para padres o cuidadores que capta las manifestaciones de ansiedad en niños y adolescentes con TEA, con edades entre los 6 y los 18 años (13, 17). Está constituida por 24 ítems, que deben ser contestados por los padres o cuidadores en una escala Likert de 4 puntos, de 0 ("nunca") a 3 ("siempre") y que se agrupan en cuatro subescalas: ansiedad de separación (5 ítems), ansiedad ante la incertidumbre (8 ítems), ansiedad de ejecución (5 ítems) y arousal ansioso (6 ítems). Las propiedades psicométricas de la escala son excelentes. La consistencia interna, medida con el alfa de Cronbach, es de .94 para la escala completa, de .89 para la subescala ansiedad de ejecución, .87 para la ansiedad de separación, .91 para la ansiedad ante la incertidumbre y .87 para el arousal ansioso. Como medida de validez convergente, su correlación con el Screen for Anxiety and Related Emotional Disorders es de .91 (13). La consistencia interna es de .925 para la escala completa (17).

- **Forma de evaluación:** En este sentido, se utilizará como técnica la encuesta a padres o cuidadores; la cual se orientará a capturar la percepción de los padres o cuidadores principales sobre la sintomatología ansiosa de los menores. A través de esta, se recolectarán los datos sobre las 4 dimensiones de ansiedad como: ansiedad de separación, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de ejecución y arousal ansioso. El puntaje total mayor o igual a 20 podría indicar la presencia de niveles significativos de ansiedad. Los puntajes mayores a 24 son más específicos. La aplicación se realizará a padres de niños de 06 a 14 años con TEA, y también se recopilarán datos de las covariables (edad, género, comorbilidades). Cabe mencionar, que dicha aplicación del cuestionario lo realizarán los autores de la validación de dicho instrumento.
- El tiempo estimado para la aplicación de dicho cuestionario será de 30 minutos.

3.8 Descripción del ambiente

La evaluación correspondiente a los padres de familia se realizará en los consultorios médicos y psicológicos del departamento de Aprendizaje "DIDRIA", dicho espacio contará con la ventilación e iluminación adecuada. Asimismo, el entorno se mantendrá libre de distracciones auditivas y visuales con el fin de asegurar que el participante pueda concentrarse plenamente en el llenado de los instrumentos.



3.9 Procedimiento de recolección de datos

Ante el Comité Institucional de Ética en Investigación del INR, se solicitará la aprobación del protocolo de investigación. Posterior a ello, y ante la jefatura del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, se expondrá el contenido de la investigación como también se solicitará el permiso correspondiente para su posterior desarrollo y ejecución.

Antes de la aplicación del cuestionario, se brindará información a los padres de familia de los niños participantes de la investigación, sobre el propósito, objetivos y alcances del mismo. Cabe destacar que previo a la recolección de datos, se requerirá del consentimiento informado de los padres o tutores de cada niño. La aplicación del cuestionario será por un profesional especializado que facilitará la interacción, es decir que pueda aclarar las dudas del padre o cuidador. El tiempo para la aplicación de dicho cuestionario será de aproximadamente 30 minutos y será realizado durante la primera sesión de evaluación del niño. El lugar de aplicación será en los ambientes del DIDRIA. Una vez obtenido todos los datos, estos serán registrados en una base estructurada para su posterior análisis, asegurando la confidencialidad de los participantes y el cumplimiento de los principios éticos establecidos en la investigación.

La ejecución del proyecto consta de las siguientes 2 etapas:

- Primera etapa: Se validará una escala de ansiedad en niños con trastorno del espectro autista, para lo cual inicialmente se enviará la operacionalización y los ítems que conforman el instrumento a 7 jueces con experticia teórica y práctica en el tema para su respectiva revisión y evaluación. Los comentarios y observaciones de los jueces se recopilarán en una matriz, luego se procederá al análisis estadístico para la validación de contenido del cuestionario propuesto.
- Segunda etapa: Por último, al subsanar las observaciones pertinentes sugeridas por los jueces expertos, se procederá a aplicar el cuestionario a la muestra seleccionada, en un promedio de tiempo de 4 a 6 meses. Todo ello permitirá obtener evidencia de validez sustentada en la estructura interna y la confiabilidad.

Finalmente, con toda la información recopilada, se procederá al análisis estadístico pertinente, para calcular así las propiedades psicométricas del cuestionario.

3.1 0 Aspectos éticos

En la presente investigación, que involucra la validación y confiabilidad de un cuestionario de evaluación de la ansiedad de niños de 6 a 14 años con TEA según los padres, centrada en la participación de seres humanos como individuos, se remite a la respectiva revisión de todos los principios, como a los criterios éticos fundamentales. En ese sentido, se requerirá, del consentimiento informado de los padres o tutores legales, considerando la confidencialidad y protección de los datos personales a razón de que serán tratados de manera anónima. Además, de adoptar medidas para minimizar cualquier riesgo físico o psicológico.

Las evaluaciones se limitarán a actividades de rutina sin intervenciones invasivas, siempre bajo el principio de no causar daño. Por otra parte, la selección de los participantes será equitativa, sin discriminación de ningún tipo, garantizando su participación voluntaria. Una vez recolectada la información, ésta será organizada a través de una tabulación en una base estructurada de Excel, en el cual se asignarán códigos a los datos para su posterior organización y análisis. En la presente investigación, solo las investigadoras tienen el acceso exclusivo a la información

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

recopilada, en la cual el almacenamiento de la información/datos obtenidos solo permanecerán por un periodo de 5 años de custodia para luego ser eliminadas.

Finalmente, el cuestionario a ser utilizado será revisado y aprobado por un grupo de expertos que siguen las pautas del comité de ética de investigación.

3.11 Plan de análisis estadístico

Para el análisis de los datos se realizará con el apoyo del software estadístico JAMOVI versión 2.6.44 que permitirán interpretar la información recolectada. Primero se realizará un análisis descriptivo para cada ítem: media(M), desviación estándar(DE), asimetría (g1) curtosis (g2) y la correlación ítem-test (rist). Los ítems con valores de asimetría o curtosis fuera del rango +/- 2 serán considerados para ser eliminados y será aceptable una correlación ítem-test entre 0.20 y 0.95.

La validez basada en el contenido será evaluada mediante juicio de expertos, cuantificándose con el coeficiente V de Aiken para valorar claridad, coherencia y relevancia de los ítems.

Para evaluar la validez basada en la estructura interna, se realizará un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para contrastar el modelo teórico de cuatro dimensiones de la escala ASC-ASD-P. Considerando que los ítems son ordinales (escala Likert de 4 categorías), se empleará una matriz de correlaciones policóricas y un estimador de mínimos cuadrados ponderados ajustados por media y varianza (WLSMV). La bondad de ajuste del modelo será evaluada mediante los índices Comparative Fit Index (CFI) y Tucker-Lewis Index (TLI), cuyos valores ≥ .90 indicarán ajuste aceptable y ≥ .95 ajuste óptimo; además, se considerará el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), donde valores ≤ .08 indicarán ajuste aceptable y ≤ .06 ajuste óptimo, así como el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), considerando adecuado valores ≤ .08.

La confiabilidad de las puntuaciones se estimará mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald, considerándose adecuados valores iguales o superiores a .70.

3.12 Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio se reconoce que la información obtenida mediante la escala ASC-ASD-P corresponde al reporte indirecto de padres o cuidadores, por lo que las respuestas podrían estar influenciadas por percepciones subjetivas y variables intervinientes no controladas. Por otro lado, el departamento de Aprendizaje no cuenta con el instrumento de diagnóstico de autismo, ADOS-2, por ello se considera el diagnóstico clínico según el médico tratante de DIDRIA que es confirmado por un equipo multidisciplinario (neuropediatra y/o psiquiatra infantil). Asimismo, al emplearse un muestreo no probabilístico por conveniencia, la generalización de los resultados debe circunscribirse a poblaciones con características similares a la muestra evaluada.



CAPÍTULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma

	Etapas/ Meses		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	Elaboración del proyecto	Redacción del Planteamiento del problema	X																																		
2		Marco Teórico	x																																		
3		Metodología de Investigación		x																																	
4		Aspectos Administrativos y anexos		x																																	
5	Presentación al CIEI				x																																
6	Levantamiento de Observaciones CIEI					x	x	x	x	x	x	x																									
7	Aprobación del proyecto de investigación												x	x	x																						
8	Ejecución de la	Validación por juicio de expertos del														x	x	x																			

| | | |

4.2 Presupuesto

N°	Recursos		Unidad	Costo por unidad (en soles)	Total (en soles)
Recursos humanos					
1	Asesor metodológico	Fase de elaboración del protocolo	38 horas	INR	INR
		Fase de ejecución del proyecto	20 horas	INR	INR
		Fase de elaboración de manuscrito	40 horas	INR	INR
2	Investigador	Fase de elaboración del protocolo	38 horas	INR	INR
		Fase de ejecución del proyecto	150 horas (2 inv) + 20 horas Anal Estad (2 inv)	INR	INR
		Fase de elaboración de manuscrito	80 horas (2 inv)	INR	INR
Bienes (recursos materiales)					
1	Lapiceros		10 unidades	INR	INR
2	Hojas bond A4 paquete 500 hojas		04 unidades	INR	INR
Servicios					
12	Impresión (informes, consentimientos)		800 hojas	INR	INR
13	Internet		18 meses	INR	INR

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

CAPITULO V

ANEXOS

5.1. ANEXO I: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE LOS NIÑOS

Fecha:

Código:

Edad:

Sexo:

masculino ( ) femenino ( )

Grado de instrucción:

Diagnóstico:

Comorbilidades:

síndrome ansioso depresivo si ( ) no ( )

bipolaridad si ( ) no ( )

depresión si ( ) no ( )

trastorno oposicionista desafiante si ( ) no ( )

tdah si ( ) no ( )

trastorno mixto de habilidades escolares si ( ) no ( )

trastorno del desarrollo de habilidades escolares si ( ) no ( )

DATOS DE LOS PADRES

Edad:

Sexo:

masculino ( ) femenino ( )

Grado de Instrucción:

primaria incompleta ( ) primaria completa ( )

secundaria incompleta ( ) secundaria completa ( )

superior incompleta ( ) superior completa ( )

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°

5.2. ANEXO II: ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

Instrucciones: La encuesta se aplicará a los padres o cuidadores de niños y adolescentes con diagnóstico de TEA que cumplan los criterios de inclusión, los 24 ítems se responden según la frecuencia de presentación que va desde nunca a siempre. Para ello deberán leer cada ítem y marcar con "X" en una de las casillas.

ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA					
SUBESCALAS DE LA ASC-ASD					
N°	ITEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
1	Mi hijo de repente se asusta, cuando no hay nada de qué asustarse.				
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.				
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.				

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
VºBº

6	A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cines, autobuses, zonas de juego concurridas)				
7	A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio.				
8	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 da miedo las cosas nuevas, la gente nueva o los lugares nuevos.				
10	A mi hijo le da miedo entrar a 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.				
14	Sentirse indeciso impide a mi hijo hacer la mayoría de las cosas.				
15	Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa.				

MINISTERIO DE S... Comité de Ética en Investigación V°B° Instituto Nacional de Rehabilitación

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 demasiado ruido, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.				
22	Mi hijo de repente se siente mareado o desfallecido, 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.				

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°

5.3. ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA SOBRE PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud, antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con los investigadores al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento.

Título del proyecto: Validación y confiabilidad de una Escala de ansiedad para niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista de un Instituto Nacional de Rehabilitación

Nombre de los investigadores:
MC. Erika María Yolanda Sánchez Barrueto
Lic. Segundo Teófilo Villoslada Llantoy

Propósito del estudio: Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad para niños con TEA (ASC-ASD-P), versión para padres.

Participantes: Padres de pacientes de 6 a 14 años con TEA nivel 1.

Participación: En la presente investigación la participación es de carácter libre y voluntaria. Puede solicitar ser excluido de esta investigación sin justificación previa ni perjuicio para usted. Su participación lo realizará bajo su expreso consentimiento informado que firma y autoriza.

Beneficios por participar: En este estudio producto de su participación no se generarán incentivos económicos para usted. En tal sentido, nos encontramos convencidos que la investigación favorecerá en el futuro una mejor detección de las manifestaciones de ansiedad y apoyar la planificación de intervenciones más oportunas en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista.

Costo por participar:
El estudio no representa ningún costo para usted. Para su participación sólo es necesaria su autorización.

Confidencialidad:
Se velará por la confidencialidad de la identidad de los participantes y los resultados en sus evaluaciones. Solo las investigadoras y el asesor designado por el Equipo de la Unidad Funcional de Investigación tendrán acceso a la base de datos, los cuales no se usarán identificadores personales. Además, pasado 5 años, la base de datos será eliminada.

Inconvenientes y riesgos:

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

Se considera una investigación de riesgo mínimo. La presente investigación se realizará de forma presencial, de manera sencilla y se resguardarán los datos de los participantes.

Remuneración por participar:
Ninguna.
Requisitos de participación:
Para participar en este estudio, usted debe ser padre, madre o apoderado de un niño o adolescente con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), de entre 6 y 14 años de edad, que reciba atención en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje. Asimismo, deberá aceptar voluntariamente su participación mediante la firma del consentimiento informado y encontrarse en condiciones adecuadas para responder la encuesta.

¿Dónde conseguir información?
Comunicarse con los teléfonos del Institución a los números: 01-7173200 o 0137173201 al anexo 1401 del Departamento de Aprendizaje, en el horario de 8am a 12pm y de 1 pm a 7 pm, de lunes a viernes con los responsables de la investigación, Dra. Erika Sanchez y el Lic. Segundo Villoslada y a la presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, MC. Julia Esther Rado Triveño al correo ciei@inr.gob.pe Teléfono: 7173200 – 7173201, anexo 1414.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio, las cuales han sido respondidas, además he recibido suficiente información sobre el estudio y sus propósitos, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente, comprendo que mi participación es voluntaria y anónima. He sido informado además que seré evaluado(a) a través de una ficha de recolección de datos y el instrumento ASC-ASD-P. Por tanto, presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación

Nombre del participante:
_____
Firma:
_____
Nombre del investigador:
_____
Firma del investigador:
_____
Institución que realiza la investigación:
_____

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

Fecha: _____/_____/_____

Firma de médico a cargo: _____

Firma del jefe de departamento: _____

5.4. ANEXO IV: FICHA DE CRITERIOS DE SELECCIÓN DE JUECES - IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

Datos generales:	
Apellidos y nombres	
Correo electrónico	
Teléfono o celular	
Datos académicos:	
Profesión	
Estudios de posgrado (especialidad, maestría, doctorado).	
Formación complementaria (capacitaciones).	
Datos laborales:	
Área de experiencia profesional	
Tiempo de trabajo	
Cargo actual	
Institución	
Experiencia y experticia en validación de instrumentos:	

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

Experticia temática (líneas de investigación).	
Experticia en elaboración y diseño de programas de salud (opcional).	
Otros aspectos	

* Este anexo fue diseñado en base a aspectos descritos para la correcta selección de jueces (38)



5.5 ANEXO V: FORMATO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORÍA	CALIFICADOR	INDICADOR
CLARIDAD	1. No cumple con el criterio. El ítem no es claro. 2. Bajo nivel. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. 3. Moderado nivel. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem. 4. Alto nivel. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuadas.	El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.
COHERENCIA	1. No cumple con el criterio. El ítem tiene relación lógica con la dimensión. 2. Bajo nivel. El ítem tiene relación tangencial con la dimensión. 3. Moderado nivel. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. 4. Alto nivel. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.	El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.
RELEVANCIA	1. No cumple con el criterio. El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. 2. Bajo nivel. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este. 3. Moderado nivel. El ítem es relativamente importante. 4. Alto nivel. El ítem es muy relevante y debe ser incluido.	El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Rehabilitación
V°B°



5.6 ANEXO VI: FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO JUICIO DE EXPERTOS

DIMENSIÓN	INDICADOR	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
Ansiedad ejecutiva	2. A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensen de él, por ejemplo, que él es diferente.				
	4. Mi hijo, cuando tiene que hacer un examen, siente miedo de cometer errores o de no entender las preguntas.				
	7. A mi hijo le preocupa hacer mal las tareas en el colegio.				
	15. Mi hijo se preocupa cuando piensa que ha hecho algo deficientemente, por si le juzgan de forma negativa				
	17. Mi hijo siente miedo de hacer el ridículo delante de la gente.				

Ansiedad arousal	1. Mi hijo de repente se asusta, cuando no hay nada de que asustarse.				
	3. El corazón de mi hijo de repente empieza a latir demasiado rápido, sin que haya ninguna razón para ello.				
	8. Mi hijo de repente tiene tanta ansiedad que siente que no puede respirar, sin que haya ninguna razón para ello.				
	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.				
	22. Mi hijo de repente se siente mareado o desfallecido, sin que haya ninguna razón para ello.				
Ansiedad por separación	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.				
	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.				



	24. A mi hijo le inquieta que algo malo pueda sucederle.				
Ansiedad por incertidumbre	5. A mi hijo le preocupa que la gente accidentalmente le pueda llegar a empujar o tocar cuando está en lugares concurridos.				
	6. A mi hijo le da miedo estar en lugares llenos de gente (como centros comerciales, cines, autobuses, zonas de juego concurridas)				
	9. A mi hijo le da miedo las cosas nuevas, la gente nueva o los lugares nuevos.				
	10. A mi hijo le da miedo entrar a una habitación que está llena de gente.				
	14. Sentirse indeciso impide a mi hijo hacer la mayoría de las cosas.				
	16. Mi hijo siempre necesita estar mentalmente preparado antes de que las cosas sucedan.				
	21. A mi hijo le preocupa ir a ciertos sitios porque podría haber demasiado ruido, o demasiada luz o estar demasiado concurrido.				
	23. Mi hijo se preocupa si no sabe lo que va a pasar, por ejemplo, si cambian los planes.				

5.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Autismo [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

2. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatria, 2014.

3. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022;15(5):778–90.

4. Velarde-Incháustegui Myriam, Ignacio-Espíritu María Elena, Cárdenas-Soza Aland. Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-TEA, adaptándonos a la nueva realidad, Telesalud. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2021 Jul [citado 2026 Mar 03] ; 84 (3): 175-182. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000300175&lng=es

5. Estimación de la prevalencia temprana de Trastornos del Espectro Autista. Santa Fe - Argentina. Serie Zoológica [Internet]. 20 de septiembre de 2019 [citado 10 de marzo de 2026]; 13(12-13). Disponible en: https://journal.espe.edu.ec/ojs/index.php/revista-serie-zoologica/article/view/1476

6. Yáñez C, Maira P, Elgueta C, Brito M, Crockett MA, Troncoso L, López C, Troncoso M. Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. Andes pediatr [Internet]. 23 de agosto de 2021 [citado 10 de marzo de 2026];92(4):519-25. Disponible en: https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/2503

7. CONADIS. Niñas, niños y adolescentes con autismo tienen derecho a recibir una educación inclusiva y de calidad. Plataforma Digital Única del Estado Peruano [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 02 abr 2024 [citado 20 mar 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/conadis/noticias/929457-conadis-ninas-ninos-y-adolescentes-con-autismo-tienen-derecho-a-recibir-una-educacion-inclusiva-y-de-calidad

8. CONADIS. Mimp Conadis lidera estrategia de atención con más de 800 aportes de personas autistas. Plataforma Digital Única del Estado Peruano [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 02 abr 2026 [citado 20 mar 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/conadis/noticias/Mimp-Conadis-lidera-estrategia-atencion-aportes-personas-autistas

9. Defensoría del Pueblo. Defensoría del Pueblo advierte que las personas autistas, principalmente mujeres, enfrentan barreras para acceder al diagnóstico temprano. Plataforma Digital Única del Estado Peruano [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 03 abr 2023 [citado 20 mar 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/defensoria/noticias/740026-defensoria-del-pueblo-advierte-que-las-personas-autistas-principalmente-mujeres-enfrentan-barreras-para-acceder-al-diagnostico-temprano

10. Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) San Borja. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes. 2020. [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000131-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Ansiedad%202020.pdf

11. Sainsbury W, Whitehouse A, Woods L, Jiang T, Waddington H. Child and Family Characteristics Associated with Symptoms of Anxiety in Autistic Children: A Biobank Study. J Autism Dev Disord [Internet]. 2025 [citado 10 mar 2026]; 55(1). Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10803-024-06706-7

MINISTERIO DE SALUD Comité de Ética en Investigación V°B° Instituto Nacional de Rehabilitación

12. Menezes M, Harkins C, Robinson MF, et al. Treatment of anxiety in autistic adults: A systematic review. Res Autism Spectr Disord [Internet]. 2022 [citado 10 abr 2026]; 99: 102068. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.102068
13. Rodgers J, Wigham S, McConachie H, Freeston M, Honey E, Parr JR. Development of the Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD). Autism Res [Internet]. 2016 [citado 15 abr 2026]; 9(11): 1205-1215. Disponible en: https://doi.org/10.1002/aur.1603
14. Wijnhoven L, Creemers D, Vermulst A, Granic I. Prevalence and Risk Factors of Anxiety in a Clinical Dutch Sample of Children with an Autism Spectrum Disorder. Front Psychiatry [Internet]. 2018 [citado 10 abr 2026]; 9: 50. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00050
15. Chan N, Fenning R, Neece C. Prevalence and Phenomenology of Anxiety in Preschool-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. Res Child Adolesc Psychopathol [Internet]. 2023 [citado 10 abr 2026]; 51(1): 33-45. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10802-022-00964-8
16. Mingins J, Tarver J, Waite J, Jones C, Surtees A. Anxiety and intellectual functioning in autistic children: A systematic review and meta-analysis. Autism [Internet]. 2021 [citado 10 abr 2026]; 25(1): 18-32. Disponible en: https://doi.org/10.1177/1362361320953253
17. Beneytez-Barroso C, Del Pozo-Armentia A, García-Villamisar D, Rodgers J. Adaptación al español de la Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P). Acción Psicol [Internet]. 2020 [citado 10 abr 2026]; 17(2): 71-82. Disponible en: https://doi.org/10.5944/ap.17.2.28066
18. Sarria E, Erazo Santander OA, Tamayo Montoya PA. Instrumentos para medir la ansiedad, en población con trastorno del espectro autista severo (revisión de literatura). En: Erazo Santander OA, editor. Alcances en neurociencias cognitivas. Modelo para la fundamentación de la línea de investigación en neurociencias y neurodesarrollo. Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 109-124.
19. Yalçıntürk A, Babaoğlu E, Kanbay Y, Türker T. Adaptation of Anxiety Scale for Children-Autism Spectrum Disorder-Parent Version (ASC-ASD-P-TR) to Turkish Culture and Examination of Psychometric Properties. Turk Psikiyatri Derg [Internet]. 2025 [citado 15 abr 2026]; 36: 404-413. Disponible en: https://doi.org/10.5080/u27513
20. Gruner M, Roessner V, Ring M. Assessment of anxiety in autistic and non-autistic youth: Validation of the German parent-version of the Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder. Autism Res [Internet]. 2025 [citado 10 abr 2026]; 18: 2265-2278. Disponible en: https://doi.org/10.1002/aur.70107
21. Goulding K, Campbell L, Freeman E. Measuring Anxiety in Autistic Children: Evaluating the Validity of the Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder. Eur J Investig Health Psychol Educ [Internet]. 2024 [citado 10 abr 2026]; 14(9): 2542-2559. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ejihpe14090168
22. Castañeda Mikrukova EM, Ojea Rúa M. Psychometric Validation of the ASC-ASD Anxiety Scale in Children with Autism Spectrum Disorder. Int J Latest Res Humanit Soc Sci [Internet]. 2023 [citado 10 abr 2026]; 6(5): 469-474. Disponible en: Psychometric Validation of the ASC-ASD Anxiety Scale in Children with Autism Spectrum Disorder
23. An exploration of autism-specific and non-autism-specific measures of anxiety symptomatology in school-aged autistic children. Clin Psychol [Internet]. 2019 [citado 10 abr 2026]; 23(2): 131-140. Disponible en: https://doi.org/10.1111/cp.12174.
24. Yousaf I, Khan M, Haqqani S, Saba M. Anxiety scale for children with autism spectrum disorders: Translation, cross-cultural adaptation and psychometric evaluation. Res Autism [Internet]. 2025 [citado 15 abr 2026]; 123: 202548. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S3050656525000203

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

25. Soh CP, Goh TJ, Magiati I, Sung M. 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. J Autism Dev Disord [Internet]. 2021 Ago [citado 15 abr 2026]; 51(8): 2646-2662. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10803-020-04739-2
26. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) [Internet]. Ginebra: OMS; 1992 [actualizado 2019; citado 23 mar 2026]. Disponible en: https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es#437815624
27. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado día mes año]. Disponible en: https://icd.who.int/browse11
28. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. Transl Pediatr [Internet]. 2020 [citado 15 abr 2026]; 9(Suppl 1): S55-S65. Disponible en: https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09 .
29. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin M, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res [Internet]. 2022 [citado 15 abr 2026]; 15(5): 778-790. Disponible en: https://doi.org/10.1002/aur.2696.
30. Issac A, Halemani K, Shetty A, Thimmappa L, Vijay V, Koni K, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. Osong Public Health Res Perspect [Internet]. 2025 [citado 15 abr 2026]; 16(1): 3-27. Disponible en: https://doi.org/10.24171/j.phrp.2024.0286.
31. Shaw KA, Williams S, Patrick ME, et al. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. MMWR Surveill Summ 2025;74(No. SS-2):1–22. Disponible en: https://www.cdc.gov/autism/es/articles/prevalence-varies-across-us-communities.html
32. Talantseva O, Romanova R, Shurdova E, Dolgorukova T, Sologub P, Titova O, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. Front Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 10 abr 2026]; 14: 1071181. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1071181
33. Ministerio de Salud. Minsa impulsa la detección temprana del TEA para garantizar los servicios especializados de salud mental. [Internet]. Fecha de publicación: 2 de abril de 2024. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/928948-minsa-impulsa-la-deteccion-temprana-del-tea-para-garantizar-los-servicios-especializados-de-salud-mental
34. Ministerio de Salud. Minsa impulsa la detección temprana del TEA para garantizar los servicios especializados de salud mental. [Internet]. Fecha de publicación: 2 de abril de 2024. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/928948-minsa-impulsa-la-deteccion-temprana-del-tea-para-garantizar-los-servicios-especializados-de-salud-mental
35. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. Conadis: Niñas, niños y adolescentes con autismo tienen derecho a recibir una educación inclusiva y de calidad. [Internet]. Fecha de publicación: 3 de abril de 2023. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/conadis/noticias/737695-conadis-ninas-ninos-y-adolescentes-con-autismo-tienen-derecho-a-recibir-una-educacion-inclusiva-y-de-calidad
36. Scahill L, Lecavalier L, Schultz R, Evans A, Maddox B, Pritchett J, et al. Development of the Parent-Rated Anxiety Scale for Youth With Autism Spectrum Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2019 Ago

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación

[citado 2026 Abr 1] ;58(7):667-75. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.016
37. White S, Schry A, Maddox B. Brief Report: The Assessment of Anxiety in High-Functioning Adolescents with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2012 Ago [citado 2026 Abr 1]; 42:1138-45. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10803-011-1353-3
38. Kerns C, Renno P, Kendall P, Wood J, Storch E. Anxiety Disorders Interview Schedule–Autism Addendum: Reliability and Validity in Children With Autism Spectrum Disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2016 Dic [citado 2026 Abr 1];46:100-88. Disponible en: https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1233501
39. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. An Psicol [Internet]. 2013 [citado 15 abr 2026]; 29(3): 1038-1059. Disponible en: https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511
40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
41. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El análisis |1o 15 abr 2026]; 31(1): 18-33. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiL7LylzYyBAxVYNewKHSsmAXgQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F778%2F77812441003.pdf&usg=AOvVaw37zvOqe5EVRmoJPaCFAEqL&opi=89978449
42. Vargas Halabí T, Mora-Esquivel R. Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: Un método práctico. Actual Investig Educ [Internet]. 2017 [citado 15 abr 2026]; 17(1): 1-34. Disponible en: https://doi.org/10.15517/aie.v17i1.27294

MINISTERIO DE SALUD
Comité de Ética en la Investigación
V°B°
Instituto Nacional de Rehabilitación