



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE INDICADORES
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
CONDICIÓN DE TRASTORNO DE ASPERGER, AUTISMO DE ALTO
FUNCIONAMIENTO Y SIN DIAGNÓSTICO CLÍNICO PSIQUIÁTRICO**

Trabajo de Investigación presentado por:

Alberto FHIMA

Yrene MÁRQUEZ

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesora Guía:

Milena MATOS

Caracas, Julio 2011

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a la profesora y tutora de nuestra investigación, Milena Matos, por habernos acogido sin conocernos en esta segunda y más importante etapa de nuestro estudio y haber aceptado asesorarnos a lo largo de este camino.

A la profesora Zuleyma Santalla por ser nuestra tutora metodológica y revisar con tanto detenimiento y esmero nuestro trabajo.

A quienes en un comienzo nos brindaron su asesoría en la realización de este trabajo y mostraron su atenta disposición a ayudarnos y guiarnos en esta meta que nos trazamos, profesora Claudia Correia y profesora Luisa Angelucci.

A todas aquellas instituciones especializadas y regulares que nos abrieron las puertas y nos recibieron de la manera más cálida y cordial. Gracias a INVEDIN, CEPIA, Dugarbin, CIPECC y al Parque Social Padre Luis Azagra S.J. Así mismo, agradecemos al Colegio Nuestra Señora de Guadalupe, Colegio Champagnat, Colegio Refugio de la Infancia, Colegio Andy Aparicio y al Colegio Moral y Luces Herzl-Bialik.

A nuestra Escuela de Psicología, especialmente a la Sra. Aleida y al Sr. Nacho por su incansable compromiso con los estudiantes, siempre les estaremos agradecidos.

Y a nuestros profesores, por toda la sabiduría que nos impartieron en estos cinco años, siempre en la búsqueda de la excelencia para así lograr mejores profesionales.

Yrene Márquez y Alberto Fhima

A D-os, porque nunca me pondrá retos que no pueda alcanzar.

A Rachel, por ser una madre entregada a la cual estaré eternamente agradecido, gracias mamá.

A Amram, por ser un padre que por sus hijos consigue que lo imposible se convierta en posible, gracias papá.

A Perla, una hermana que siempre está allí para brindarme consejos a partir de su experticia.

A Sarah, que con su calidez y amor siempre se preocupa por mi bienestar.

A Rebeca, mi compañera de juegos, alegrías y tristezas durante toda nuestra niñez.

A mi abuela Sara, que tanta sabiduría, conocimiento y aprendizaje me ha brindado.

A Saadia Z´L, quien fue el mejor abuelo del mundo, gracias Abuelín. Diez años a tu lado no fueron suficientes, pero 120 tampoco lo habrían sido.

A mi abuela Perla Z´L, que no tuve la dicha de conocerte, pero sé que desde algún lugar me acompañas en el camino que voy trazando.

A mi abuelo Alberto Z´L, que sólo pude disfrutarte por mis primeros años de vida y a pesar de eso te recuerdo con alegría.

A mi tío Alberto, ejemplo a seguir de entrega, aventuras y valores a seguir.

A mi cuñado David, mi hermano ya desde hace muchos años.

A Yael, una explosión de vida que llegó para quedarse y convertirme en el tío más feliz del mundo.

A Mariana, que sin ti no estaría escribiendo estas letras todavía. Una persona más que especial para mí. Gracias por todo lo que hemos compartido.

A Héctor, mi hermano de carrera, la cual sufrimos y disfrutamos juntos.

Cierro agradeciendo a la más involucrada, Yrene, que más allá de haber sido una excelente compañera de tesis, eres una maravillosa amiga.

Alberto Fhima

Y aquí me encuentro, culminando una importante etapa de mi vida, a punto de lograr una meta desde hace 5 años anhelada por la que tuve que recorrer un camino lleno de enseñanzas, alegrías, triunfos, frustraciones, risas, llantos, emociones y muchos momentos inolvidables que me permitieron mejorar como persona y también profesionalmente.

Por ello quiero agradecer a todas esas personas que me acompañaron en este camino y estuvieron a mi lado en cada paso.

A Dios porque en sus designios me ha permitido una vida llena de plenitud, y ha sido una fuerza espiritual importante durante todo el camino.

A mis padres, por todo su apoyo incondicional y todo el cuidado y cariño que siempre me han brindado, por estar allí a su entera disposición, guiarme y darme los mejores consejos de vida. ¡Los Amo!

A mis hermanas, por ser lo más especial en mi vida, por compartir muchísimos años a mi lado, cuidarme, aconsejarme y permitirme disfrutar junto a ustedes los mejores momentos de mi vida. ¡Estén cerca o lejos siempre las llevo en mi corazón, las adoro! Igualmente a Jesusito, gracias por los buenos consejos y por ser como un hermano mayor para mí.

A mi compañero de tesis, por ser la pieza que encajaba perfecta en este rompecabezas, por ser el polo de la manía en esta relación bipolar. Gracias por todos los momentos y vivencias compartidas a lo largo de esta meta que logramos completar juntos pero aun mas importante gracias por tu sincera amistad en todos estos años, por haber estado ahí y apoyarme cuando te he necesitado, por hacerme reír, llorar, y reflexionar sobre muchos aspectos de mi vida. Por conocerme tan bien y ayudarme a crecer como persona. ¡Un gran amigo y el mejor compañero de tesis, te quiero mucho Beto!

A mis bellas frutas, por haberme "adoptado" desde segundo año de la carrera y permitirme formar parte de este maravilloso grupo que le dio un significado especial a la palabra amistad. Gracias por tan hermosos momentos a su lado, por compartir risas, anécdotas, miedos, alegrías, llantos, sorpresas, logros, decepciones y todas nuestras salidas frutales, rumbas, noches de estudio y trabajo, noches de películas, juegos y tertulias. Sin ustedes este camino no hubiese sido igual, ustedes lo hicieron especial. Por último, gracias por todo el apoyo brindado, en los momentos gratos y en los no tan gratos cada una de ustedes estuvo ahí con sus toques dulces y ácidos de manera incondicional. ¡Las quiero muchísimo!

Mis amigos y compañeros de promoción, por formar parte especial de mi vida y hacer más amena la carrera, por los buenos momentos compartidos y por ser tan especiales, esto es para Barbie, Carlitos, Héctor, Annita y Luni con todo el cariño del mundo.

Y muy especialmente a aquellos que aunque el contacto por diversas razones ya no sea tan seguido como quisiéramos, ustedes fueron y siguen siendo parte importante de mi vida: Gabo, Grecia, Vero, Elis y Eli ¡los quiero chicos!

También una mención especial a mis profesores por toda la enseñanza que me impartieron y a John por el trabajo realizado por 4 años en Parque Social, una experiencia muy gratificante y gracias por tu ayuda siempre que la necesité.

Y por último a mí, por perseverar...

Yrene Márquez Russián

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	10
Introducción.....	11
Marco Teórico	14
Método	52
Problema De Investigación	52
Hipótesis.....	52
Variables.....	53
Variables Independientes.....	53
Variables Dependientes	54
Tipo y Diseño de Investigación.....	55
Población y Muestra.....	56
Instrumentos.....	58
Procedimiento.....	68
Análisis De Datos	70
Consideraciones Éticas	72
Análisis de Resultados	73
Ansiedad (SCAS).....	73
Análisis Descriptivo	73
Diferencias en función de las variables independientes.....	75
Depresión (CDI).....	79
Análisis Descriptivo	79
Diferencias en función de las variables independientes.....	81
Discusión.....	85
Conclusiones.....	97
Limitaciones y Recomendaciones.....	101
Referencias Bibliográficas.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dos factores obtenidos a través del análisis factorial de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS).....	61
Tabla 2. Seis factores obtenidos a través del análisis factorial de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS).....	62
Tabla 3. Factores obtenidos a través del análisis factorial del Inventario de Depresión Infantil (CDI).....	67
Tabla 4. Análisis Descriptivo del Puntaje Total de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS).....	73
Tabla 5. Tabla de contrastes de t de Students de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS).....	78
Tabla 6. Análisis Descriptivo del Puntaje Total del Inventario de Depresión Infantil (CDI).....	79
Tabla 7. Tabla de contrastes de t de Students de del Inventario de Depresión Infantil (CDI).....	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Histograma del Puntaje Global de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS).....	74
Figura 2. Gráfico de normalidad Q-Q Plot del Puntaje Global de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS).....	74
Figura 3. Histograma del Puntaje Global del Inventario de Depresión en Niños (CDI).....	80
Figura 4. Gráfico de normalidad Q-Q Plot del Puntaje Global en el Inventario de Depresión en Niños (CDI).....	80

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), versión modificada para Estudio Final.....	112
ANEXO B. Inventario de Depresión en Niños (CDI), versión modificada para Estudio Final.....	116
ANEXO C. Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), versión original en español.....	119
ANEXO D. Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), versión para Prueba Piloto	124
ANEXO E. Tablas y gráficos de los análisis descriptivos, análisis de confiabilidad y análisis factorial de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) en la Prueba Piloto.....	129
ANEXO F. Inventario de Depresión en Niños (CDI), versión original en español.....	137
ANEXO G. Inventario de Depresión en Niños (CDI), versión para Prueba Piloto	140
ANEXO H. Tablas y gráficos de los análisis descriptivos, análisis de confiabilidad y análisis factorial de la Inventario de Depresión en Niños (CDI) en la Prueba Piloto	143
ANEXO I. Tablas y figuras del Análisis de Resultados de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) en el estudio definitivo	149
ANEXO J. Tablas y figuras del Análisis de Resultados de la Inventario de Depresión en Niños (CDI) en el estudio definitivo	159

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad comprobar si existen diferencias en indicadores de ansiedad y depresión en niños y adolescentes, en función de la condición de Trastorno de Asperger (TA), Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) y sin diagnóstico clínico psiquiátrico (SD). Para tal fin se emplearon 67 sujetos entre 8 y 17 años de edad, de los cuales 10 fueron niños con TA, 10 niños con AAF, 15 niños SD, 10 adolescentes con TA, 7 adolescentes con AAF y 15 adolescentes SD. Se realizó el análisis descriptivo de las variables dependientes, además de 26 contrastes pertinentes de *t* de Student para grupos independientes, comparando a los subgrupos según las variables de etapa de desarrollo humano, y la condición o no de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

En relación a la variable ansiedad, se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en la muestra general entre los grupos de TA y SD ($T=2,109$; $gl=48$; $p=0,040$), al igual que en los niños ($T=2,10$; $gl=23$; $p=0,047$). Así mismo sucedió entre el AAF y el SD en la muestra general ($T=3,215$; $gl=18,49$; $p=0,005$), y de igual manera en los niños ($T=2,42$; $g=23$; $p=0,024$). En el caso de depresión, se obtuvieron diferencias significativas en la muestra general entre los grupos de TA y SD ($T=3,817$; $gl=48$; $p=0,000$), y en niños ($T=3,841$; $gl=23$; $p=0,001$). Así mismo sucedió entre el AAF y el SD en la muestra general ($T=4,981$; $gl=45$; $p=0,000$), en niños ($T=4,419$; $gl=23$; $p=0,000$), y en adolescentes ($T=2,651$; $gl=20$; $p=0,015$).

En conclusión, se observó que las diferencias en ambos casos estuvieron principalmente entre la condición de presentar un TGD, indiferentemente cual sea, y los sujetos SD, no hallándose discrepancias entre los grupos en cuanto a la etapa de desarrollo humano, ni entre el TA y el AAF. Estos resultados apoyan la existencia de similitudes entre personas diagnosticadas con TA y las que presentan AAF en cuanto a síntomas afectivos, contribuyendo con la postura de que no existen diferencias entre estos dos diagnósticos, con la variación en la severidad de los síntomas que caracterizan al espectro autista.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y/o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

Esta investigación hace énfasis en el estudio de los siguientes TGD: el Trastorno Autista, específicamente de alto funcionamiento (AAF) y el Trastorno de Asperger (TA), como una manera de mejorar la comprensión y explicación de estos trastornos y su posible diferenciación en cuanto a su incidencia en variables socio-afectivas como lo son la ansiedad y la depresión, considerando además la etapa de desarrollo humano en la que se encuentra el individuo.

El Autismo fue definido por Kanner (1943, cp. Marchesi, Coll y Palacios, 1999) y este concepto sigue estando vigente comprendiendo tres núcleos de trastornos: (a) trastorno cualitativo de la relación, (b) alteraciones de la comunicación y del lenguaje, y (c) falta de flexibilidad mental y de comportamiento. A pesar de que no existe una pauta para el diagnóstico en cuanto intensidad del Trastorno Autista que sea específica y ampliamente aceptada (Gilbert, 1998), al presentarse un caso donde su Coeficiente Intelectual (CI) es superior a 70, excediendo el rango de retraso mental, se puede hablar de Autismo leve o lo que es igual al Autismo de alto funcionamiento (Tellería, 2003).

Por su parte, el TA ha sido definido como un conjunto sintomático ubicado dentro del espectro de los TGD que se caracteriza por una tríada de afectación: (a) en el área social: apreciándose dificultades en la relación social y en las vías de la interacción social, (b) en el área comunicativa: disminución de la comunicación verbal y no verbal, y (c) en la esfera imaginativa: afectando el juego,

los intereses y el entendimiento con los otros (Caballero, 2004). Se trata de un término reciente que ha sido utilizado de modo más generalizado durante los últimos quince años, por lo que se mantiene apenas incipiente en la investigación hasta la actualidad, lo cual ha impedido profundizar en su comprensión y desarrollo empírico (García y Jorroto, 2005).

Actualmente, aún se mantiene en discusión si éste debe considerarse como una categoría diagnóstica diferente del Trastorno Autista (Freire, et al. 2007), sin embargo, en la presente investigación se tratará al Trastorno de Asperger como una dificultad considerada autónoma, ya que es clasificado como un trastorno independiente dentro de los TGD por el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por esta controversia, se resalta la importancia de investigar si realmente se encuentran diferencias o no entre estos grupos de personas para poder realizar una clara distinción entre estas categorías diagnósticas, con el fin de promover un mejor y más exacto diagnóstico y adecuados tratamientos en aquellas personas que los padecen.

Debido a esto, se consideró investigar en el presente estudio discrepancias en estos grupos en cuanto a ansiedad y depresión, orientando a la detección de conductas atípicas y problemáticas que pueden generar un decremento en el bienestar y la salud mental, ya que la práctica clínica y la investigación han revelado la existencia de estas perturbaciones afectivo-emocionales bastante comunes en el TA y en el AAF (Pérez y Martos, 2009; Borregero, 2004; Pérez y Pérez, 2009).

Así mismo, además de haber ahondado en la diferenciación del TA, el AAF y personas sin diagnóstico clínico psiquiátrico (SD) en ansiedad y depresión, se

consideró las etapas evolutivas de niñez intermedia y adolescencia, quienes experimentan estas sintomatologías en sus vidas al igual que los adultos, constituyendo una problemática frecuente que se ha incrementado en las últimas décadas (Borregero, 2004).

En base a lo anterior, se planteó como objetivo de la presente investigación comparar tres muestras conformadas por niños y adolescentes con Trastorno de Asperger, Autismo de alto funcionamiento y sin diagnóstico clínico psiquiátrico, para comprobar si hay diferencias en indicadores de ansiedad y de depresión en ellos, con la aspiración de hacer un aporte empírico a la Psicología Clínica que redunde en mayor bienestar para estas poblaciones objeto de estudio.

Para esto, fue importante precisar datos empíricos que aportaran conocimientos acerca de estas poblaciones dentro del contexto venezolano, y que promovió el desarrollo de una comprensión cada vez más elaborada de las necesidades emocionales de estos individuos. Esto permitirá, en Venezuela, desarrollar planes de intervención más completos y efectivos dentro del contexto clínico, para la atención de este colectivo.

Entre algunas de las dificultades que se presentaron durante la investigación, se encuentra la obtención de la muestra pertinente; tomando en consideración que una proporción de los participantes debían cumplir con los criterios diagnósticos clínicos psiquiátricos del TA o del AAF para la participación dentro del presente estudio. Como solución a esta posible limitación, buscó apoyarse en instituciones que diagnostican y trabajan a beneficio de niños y adolescentes con TGD, así como pacientes que asisten a psicoterapia individual con psicólogos clínicos particulares.

MARCO TEÓRICO

Las etapas de desarrollo humano son períodos evolutivos caracterizados por cambios físicos, psicosociales y cognitivos particulares que se van manifestando a lo largo de toda la vida; estando estos tres íntimamente relacionados (Papalia, 1996).

El desarrollo humano sucede en una secuencia de etapas que todos los individuos pasan en el mismo orden, pero no necesariamente a la misma edad (Papalia, 1996). Sin embargo, cada una de estas etapas incluye un rango de edad cronológica en donde se espera que ocurran todos los cambios de orden físicos, psicosociales y cognitivos.

Para el presente estudio, se ha considerado importante revisar cuatro teorías sobre el desarrollo humano dentro de la psicología. Cronológicamente, la primera de éstas es la de Sigmund Freud (1936, cp. Rice, 1997) acerca del desarrollo psicosexual, en donde se planteó cinco etapas del desarrollo humano: (a) etapa oral (del nacimiento hasta los 12-18 meses de edad), el primer año de vida durante el cual la principal fuente de gratificación se centra en la boca y se expresa en actividades como chupar, masticar y morder; (b) etapa anal (de los 12-18 meses de edad hasta los 3 años de edad), las principales fuentes de placer se encuentran en la actividad anal, el niño se interesa en las funciones de eliminación y en las actividades y entrenamiento en el control de esfínteres; (c) etapa fálica (de los 3 a los 6 años de edad), a medida que el niño explora su cuerpo, el centro de placer cambia a los genitales; (d) etapa de latencia (de los 6 años de edad a la pubertad), el niño reprime los impulsos sexuales y dedica su tiempo y energía al aprendizaje de habilidades físicas, sociales y cognitivas; la fuente del placer cambia hacia otras personas en la medida que el niño se interesa en cultivar la amistad con otros; (e) etapa genital (adolescencia y edad adulta) empieza con la maduración sexual, donde la persona busca estimulación y satisfacción sexual con un miembro del sexo opuesto.

Una segunda teoría que abarca y enfatiza en el aspecto cognitivo del desarrollo es la de Piaget (1947, cp. Rice, 1997). Dividió en cuatro las etapas del desarrollo cognoscitivo (Beilin, 1992 cp. Rice, 1997): (a) etapa sensoriomotora (del nacimiento a los dos años de edad), los bebés adquieren un sentido primitivo del “yo” y los “otros”, aprenden que los objetos continúan existiendo así estén fuera de la vista (permanencia de objeto) y comienzan a internalizar modelos conductuales para producir imágenes o esquemas mentales; (b) etapa preoperacional (de los dos a los 7 años de edad), los niños incrementan su imaginación en sus actividades lúdicas y en forma gradual comienzan a reconocer que las otras personas perciben el mundo como ellos; (c) etapa de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años de edad), los niños ya no son engañados por las apariencias. Al basarse en operaciones cognoscitivas entienden las propiedades básicas y las relaciones entre objetos y eventos en el mundo cotidiano. Paulatinamente adquieren mayor eficiencia para inferir los motivos por medio de la observación del comportamiento de otros y las circunstancias en las que ocurre; (d) etapa de las operaciones formales (de los 11 años de edad en adelante) el pensamiento lógico ya no está limitado a lo concreto u observable. Son capaces de aplicar el razonamiento deductivo sistemático que les permite considerar muchas soluciones posibles a un problema para así escoger las respuestas correctas. Los adolescentes disfrutan ponderando cuestiones hipotéticas y como resultado pueden convertirse en seres idealistas.

Una función cognitiva de interés a resaltar es lo referente a la Teoría de la mente, tercera teoría a reseñar, definida como la capacidad de inferir los propios estados mentales y los de otras personas (Perner, et al. 1989 cp. Wicks e Israel, 2008). Supone la existencia de estados mentales (consciencia, creencias, intenciones, deseos, sentimientos) y su conexión con la acción. La Teoría de la mente se desarrolla progresivamente en los niños, y hacia los tres o cuatro años de edad está completamente bien orientada (Wicks e Israel, 2008).

Algunos aspectos de la Teoría de la mente que se adquieren, al menos en parte, hacia los cuatro años de edad y que luego siguen desarrollándose son: (a) los estados mentales existen aparte del mundo físico; (b) los estados mentales de las personas son privados; (c) la gente conoce algo cuando lo ha observado; (d) la gente puede tener falsas creencias; (e) las creencias de la gente, sean verdaderas o falsas, están ligadas al comportamiento; (f) la gente tiene deseos, los cuales pueden estar vinculados con el comportamiento; (g) la gente tiene emociones, que puedan estar vinculadas con el comportamiento; y (h) la gente tiene intenciones, que pueden estar vinculados a comportamientos futuros (Wicks e Israel, 2008).

Por último la cuarta teoría a tomar en cuenta es la del desarrollo psicosocial de Erikson (1950, cp. Papalia, 1996), la cual tiene como ventaja que cubre todo el proceso vital. Consideró 8 etapas del desarrollo a lo largo de toda la vida, cada una de ella en función de la resolución con éxito de una crisis o punto del desarrollo con el objetivo de lograr el equilibrio entre dos alternativas.

Las etapas son: (a) confianza básica vs desconfianza (del nacimiento hasta los 12 ó 18 meses de edad), el bebé desarrolla el sentido de confianza ante el mundo; la virtud es la esperanza; (b) autonomía vs vergüenza y duda (de los 12 ó 18 meses a los 3 años de edad), el niño desarrolla un equilibrio frente a la vergüenza y la duda; la virtud es la voluntad; (c) iniciativa vs culpabilidad (de los 3 a los 6 años), el niño desarrolla la iniciativa cuando ensaya nuevas cosas y no se intimida ante el fracaso; la virtud es el propósito; (d) industriosidad vs inferioridad (de los 6 años de edad a la pubertad), el niño aprende destrezas de la cultura a la cual pertenece o se enfrenta a sentimientos de inferioridad; la virtud es la destreza; (e) identidad vs confusión de identidad (de la pubertad a la edad adulta temprana), el adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo; la virtud es la fidelidad; (f) intimidad vs aislamiento (edad adulta temprana), la persona busca comprometerse con otros, si no tiene éxito puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección; la virtud es el amor; (g) creatividad vs ensimismamiento (edad adulta intermedia), los adultos maduros están

preocupados por establecer y guiar a la nueva generación, en caso contrario se sienten empobrecidos personalmente; la virtud es la preocupación por otros; (h) integridad vs desesperación (vejez), las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida lo cual permite la aceptación de la muerte, en caso contrario caen en la desesperación; la virtud es la sabiduría (Guzmán y Castañeda, s.f.).

Estas teorías sirven como basamento teórico para una mayor comprensión desde las diversas perspectivas que cada una de ellas plantea acerca de las etapas del desarrollo humano. Para la muestra del presente estudio; se considera la etapa de la niñez, definida por Papalia (1996) como período evolutivo importante caracterizado por enormes cambios físicos, cognitivos y psicosociales que tiene lugar desde el nacimiento hasta el inicio de la adolescencia; categorizada según Rice (1997) en (a) infancia (los dos primeros años de vida), (b) niñez temprana (de los 3 a los 6 años de edad), y (c) niñez intermedia (de los 7 a los 11 años de edad). Los sujetos que constituyen la muestra en el presente estudio pertenecen a esta última categoría, ya que tomando en cuenta el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial que han alcanzado, les permite responder a la tarea que se requiere en la administración de los instrumentos. Además de la niñez intermedia, se incluye la etapa de la adolescencia (entre los 12 y 17 años de edad), definida por Papalia (1996) como el período entre la infancia que se deja atrás y la edad adulta a la que se embarca. Se caracteriza por el desarrollo de nuevas proporciones corporales, una comprensión de sí mismo y la búsqueda de formas adecuadas de relaciones íntimas basadas en felicidad y bienestar.

Cuando el curso del desarrollo humano sufre algunas desviaciones, bien sea en su secuencia o en las características del comportamiento esperado para cada una de las etapas descritas, entran en el campo de estudio de la Psicopatología, y entre algunas de las más extremas, son las clasificadas como Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).

El término Trastorno Generalizado del Desarrollo se utilizó por primera vez en los años '80 para describir a una clase de trastornos, los cuales se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y/o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas (Tsai, 1998). Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Se identifican cinco trastornos bajo esta categoría (a) Trastorno Autista, (b) Trastorno de Rett, (c) Trastorno Desintegrativo Infantil, (d) Trastorno de Asperger, y (e) Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado; según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión revisada de su cuarta edición (DSM-IV-TR, 2000).

Todos los TGD afectan la comunicación y los mecanismos de aptitud social, así como las habilidades cognitivas y el comportamiento. Los signos de un TGD generalmente se reconocen antes de que el niño(a) cumpla los tres años de edad. Sin embargo, los síntomas pueden ir de severos a leves, y pueden parecer ser parte normal del desarrollo de un niño(a) pequeño. Por esa razón puede ser que transcurran varios años antes que un TGD pueda ser completamente diagnosticado (Meduri y Lyness, 2008).

Los síntomas tempranos de un TGD pueden incluir: (a) problemas interactuando, jugando o relacionándose con otras personas; (b) evitar contacto visual; (c) no señalar objetos para dirigir la atención de los padres; (d) movimientos inusuales como aletear con las manos, dar vueltas o golpecitos; (e) retrasos en etapas importantes del desarrollo o pérdida de progreso en el desarrollo; (f) jugar siguiendo un patrón de forma repetitiva; (g) incapacidad de utilizar o entender el lenguaje; e (h) incapacidad de explorar el ambiente que le rodea con interés (Meduri y Lyness, 2008).

La presente investigación se centra en el estudio de los siguientes TGD: el Trastorno Autista, específicamente de alto funcionamiento (AAF) y el Trastorno de Asperger (TA)

A partir de una revisión histórica de los mismos, en cuanto al origen del término autista y los primeros casos registrados, se hace referencia a que en el año 1924 el psiquiatra austríaco Leo Kanner emigró a Estados Unidos y después de trabajar seis años en un hospital de Dakota del Sur, recibió el encargo de crear un servicio de psiquiatría infantil en el hospital Johns Hopkins de Baltimore. En 1938 le llevaron un niño de cinco años de Forest, Mississippi, de nombre Donald. A medida que fue estudiándolo, Kanner detectó una pauta de comportamiento diferente a todo aquello que conocía. En los años siguientes fue tratando a diversos niños y niñas que presentaban características similares, esto le llevó a publicar en 1943 un trabajo en el que describía once de estos casos, ocho niños y tres niñas. El trabajo lo tituló "*Autistic Disturbances of Affective Contact*" (Alteraciones autísticas del contacto afectivo) (Cererols, 2010).

Los once casos estudiados presentaban numerosas diferencias entre ellos. Ocho habían aprendido a hablar más o menos a una edad esperada, mientras que otros tres no hablaban (aunque se les había oído pronunciar algunas palabras cuando estaban solos). Todos ellos mantenían una pauta repetitiva de movimientos y ruidos, y colocaban siempre sus juguetes en una determinada posición. Aunque habían sido calificados de "débiles mentales", Kanner encontró también ciertas habilidades poco comunes en su grupo de niños autistas, como buena habilidad motora fina, inteligencia en relación a ciertos aspectos no necesariamente comunes a todos ellos y una extraordinaria memorización (Paluzny, 1987). Cuando estaban con otras personas mostraban una cierta inquietud que se convertía en placidez cuando se les dejaba con sus objetos (Cererols, 2010).

La definición de autismo ofrecida por Kanner (1943, cp. Marchesi, et al.1999) sigue estando vigente en sus tres núcleos de trastornos: (a) trastorno cualitativo de la relación, (b) alteraciones de la comunicación y del lenguaje, y (c) falta de flexibilidad mental y del comportamiento. Estas son las tres dimensiones que se incluyen en las definiciones diagnósticas más empleadas: el DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los criterios para el Trastorno Autista según el DSM-IV-TR (2000) se especifican a continuación:

A) Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con al menos dos de 1, uno de 2 y uno de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características: (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social, (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo, (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo: no mostrar, traer o señalar objetos de interés), (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características: (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica), (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros, (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrático, (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características: (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo, (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales, (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos, (d) preocupación persistente por partes de objetos.

B) Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Según el CIE-10 es conocido como Autismo Infantil y para su diagnóstico se debe cumplir con los siguientes criterios:

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
3. Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

1. Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.

b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.

c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.

d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo: la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

2. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos una de las siguientes cinco áreas:

a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).

b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).

c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.

d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

3. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en al menos una de las siguientes seis áreas:

a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.

b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.

c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.

d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los mismos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje con problemas socioemocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia tipo desinhibido, a retraso mental

acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett.

En cuanto a la intensidad de los síntomas presentes en el Trastorno Autista se pueden considerar distintos niveles dentro del espectro que pueden ir de leve pasando por moderado hasta severo.

La capacidad intelectual, evaluada a través de pruebas de inteligencia, indican que aproximadamente un 60 por ciento de los niños autistas presentan un CI por debajo de 50 puntos, un 20 por ciento entre 50 y 70 y un 20 por ciento de 70 o más puntos (Ibarra, 1994).

A pesar de que no existe una pauta para el diagnóstico en intensidad del Trastorno Autista que sea específica y ampliamente aceptada (Gilbert, 1998), al presentarse un caso donde su Coeficiente Intelectual (CI) es superior a 70, excediendo el rango de retraso mental, se puede hablar de un caso de Autismo leve o lo que es igual al Autismo de Alto Funcionamiento (Tellería, 2003).

Por su parte, en lo que respecta al otro TGD que se desarrolla en esta investigación, se encuentra el Trastorno de Asperger.

En 1944 Hans Asperger (cp. Freire, et al. 2007), pediatra austriaco, publicó un artículo en una revista alemana de psiquiatría y neurología donde describía a un grupo de niños con características peculiares que no había visto antes (Freire, et al. 2007). Las características de las que hablaba Asperger para definir a este grupo de niños fueron sintetizadas por Wing (1998, cp. Freire, et al. 2007) en las siguientes:

- 1.- Los jóvenes eran socialmente extraños, ingenuos y emocionalmente desconectados de los otros. Parecían vivir en un mundo aparte.

- 2.- Tenían buena gramática y vocabulario extenso. Su discurso era fluido, literal y pedante, usado en monólogos y no en intercambios conversacionales.
- 3.- Tenían una pobre comunicación no verbal y una entonación monótona o peculiar.
- 4.- Mostraban intereses circunscritos a temas específicos, incluyendo colecciones de objetos o hechos relacionados con tales intereses.
- 5.- Aunque la mayoría poseía inteligencia promedio o superior a la media, tenían dificultades en aprender las tareas escolares convencionales. Sin embargo, eran capaces de producir ideas originales y tenían habilidades relacionadas con sus intereses especiales.
- 6.- La coordinación motriz y la organización del movimiento eran pobres, aunque algunos podían destacar en áreas especiales de interés (por ejemplo: tocar un instrumento musical).
- 7.- A estos jóvenes les faltaba sentido común.

En 1981 Lorna Wing (cp. García y Jorroto, 2005) publicó en la revista *Psychological Medicine* el trabajo titulado “*Asperger’s Syndrome: a clinical account*” cuyo título mencionaba por primera vez en la literatura científica el nombre con el que hoy se conoce este trastorno del desarrollo donde se remitía a los trabajos pioneros de Hans Asperger.

Siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de TA se deben cumplir los siguientes:

A) Alteración cualitativa de la interacción social manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel del desarrollo del sujeto.
- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ejemplo: No mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
- Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos, y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, ya sea por su intensidad o por su objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

- Preocupación persistente por partes de objetos.

C) El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo: a los dos años de edad utiliza palabras sencillas, a los tres años de edad utiliza frases comunicativas).

E) No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad. Comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F) No cumple los criterios de otro Trastorno Generalizado del Desarrollo ni de esquizofrenia.

Así mismo, de acuerdo con los criterios formulados por el CIE-10 se debe cumplir con los siguientes:

A) No existe retraso global del lenguaje hablado o receptivo o del desarrollo cognitivo clínicamente significativo. El diagnóstico requiere que a la edad de 2 años o antes se haya desarrollado la habilidad de decir palabras aisladas y a los 3 años o antes la de emplear frases con intención comunicativa. Las habilidades de autocuidado, el comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno durante los 3 primeros años deben situarse a un nivel consistente con un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los logros motores pueden sufrir algún retraso y es frecuente la torpeza motora (aunque no es una característica necesaria para el diagnóstico). Son frecuentes las habilidades especiales aisladas, a menudo en relación a preocupaciones anormales, aunque no se precisan para establecer el diagnóstico.

B) Existen anomalías cualitativas en la interacción social.

C) El individuo exhibe interés circunscrito e inusualmente intenso, o muestra patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conductas, intereses y actividades (criterios análogos al autismo, sin embargo, es menos frecuente incluir aquí tanto los manierismos motores como las preocupaciones por partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales de juego).

D) El trastorno no es atribuible a otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia simple, trastorno esquizotípico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de la personalidad anancástica o trastornos reactivos y de apego desinhibido de la infancia.

Como refiere Caballero (2004), los sujetos afectados por el TA presentan una tríada de afectación (a) en el área social: apreciándose dificultades en la relación social y en las vías de la interacción social; (b) en el área comunicativa: disminución de la comunicación verbal y no verbal; y (c) en la esfera imaginativa: afectando el juego, los intereses y el entendimiento con los otros.

Freire y col. (2007) proponen unos criterios de diagnóstico del TA que siguen siendo objeto de discusión entre los profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría y la pedagogía. Su diagnóstico es de corte clínico, basado en los comportamientos observados, en la historia de desarrollo y en el perfil psicológico del sujeto.

Aunque en los manuales de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales vigentes (DSM-IV-TR y CIE-10) se introduce el diagnóstico de TA como una etiqueta específica e independiente dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en la actualidad se mantienen discusiones teóricas que intentan determinar si el TA debe considerarse o no como un trastorno diferente del Trastorno Autista, ya que algunos tienden a colocarlo como equivalente al AAF (Freire, et al. 2007).

Hacia finales de la década de 1970 se encontró una prevalencia de alrededor de 4 personas autistas por cada 10.000, es decir un 0,04%. Las mejoras en el diagnóstico debidas a un conocimiento cada vez más amplio de las características del autismo hicieron que hacia 1995, cuando ya se habían establecido los criterios del CIE-10 y el DSM-IV, la estimación de la incidencia del espectro autista se incrementase al 2 por mil (0,2%) (Cecerols, 2010).

En un estudio epidemiológico realizado por Bauer (1999, cp. Yancen, 2001), Director de la Unidad de Desarrollo del Hospital Genesee Rochester de Nueva York, se llegó a la conclusión que el Asperger es más frecuente que el Autismo. Sus estimaciones sitúan este índice en un valor elevado de 25 por cada 10.000 personas (0,25%).

En lo referente a una comparación entre TA y AAF, en función de sus respectivas áreas de funcionamiento, se puede decir que en el ámbito cognitivo tanto el TA como el AAF presentan un nivel intelectual normal o superior (Gillbert, 1998). Aunque, en comparación con el TA, el AAF presenta un coeficiente intelectual inferior, con menos diferencias en cuanto a la función verbal. En el TA el índice verbal excede al manipulativo (Gillberg 1989; Ozonoff y Farham, 1994, cp. Bocanegra, s.f.).

Desde la perspectiva de la Teoría de la mente, en el autismo y en el TA está gravemente retardada la función referida a poder inferir estados mentales y emocionales en las otras personas y en sí mismo, entender que los demás son personas diferentes, con sentimientos y creencias distintas y el poder “ponerse en el lugar del otro” (Calle y Utria, 2004); y este déficit no se explica por retraso mental o por problemas específicos de lenguaje (Wicks e Israel, 2008). Con respecto a esta capacidad, Calle y Utria (2004) consideran que las personas con AAF y TA sufren una alteración en su habilidad para entender la naturaleza de las representaciones mentales y su papel en la determinación del comportamiento de la gente (las cuales actúan en base a sus creencias y deseos). Sin embargo, las

personas con TA son más susceptibles de aprender, de manera mecánica, comportamientos esperados cuando se ejerce esta función. Así, estas personas se dan cuenta de la presencia de otros, pero están involuntariamente aisladas, porque sus aproximaciones tienden a ser inadecuadas; aunque pueden describir las emociones, intenciones y pensamientos de los otros, son incapaces de entenderlos y aprovechar ese conocimiento de manera útil y espontánea.

Leslie (1987, cp. Hoppé, 1997) encontró que los sujetos con autismo tienen una alteración específica en el mecanismo cognitivo necesario para representar imágenes mentales o “mentalizar”, y ésta puede ser innata y específica, lo que haría posible que esta función estuviera afectada en una persona con una inteligencia normal o superior.

A diferencia del autismo, las personas con TA han logrado resolver con éxito las tareas diseñadas para valorar las capacidades mentalistas; sin embargo, es en situaciones naturales, en las interacciones sociales reales, donde se ponen claramente de manifiesto sus dificultades para “leer” la mente de los demás. Las dificultades para interactuar con los demás no se evidencian únicamente a la hora de encontrar y mantener amistades, también dejan una secuela en la mayoría de las actividades cotidianas y fundamentales para conseguir un desarrollo óptimo personal y una buena calidad de vida (Centre Londres, 1994).

Algunas de las consecuencias de esta limitación para comprender el mundo mental de los demás que se podría observar tanto en sujetos AAF como en individuos con TA serían: (a) dificultad para predecir la conducta de los otros; (b) dificultad para darse cuenta de las intenciones de los otros y conocer las verdaderas razones que guían sus conductas; (c) dificultad a la hora de explicar sus propias conductas; (d) dificultad para entender emociones, tanto las propias como las de los demás, lo que les lleva a mostrar escasas reacciones empáticas; (e) dificultades para comprender cómo sus conductas o comentarios afectarán a las otras personas e influirán en lo que los demás piensen de él. Al ofrecer

cualquier tipo de información, muestran dificultades para tener en cuenta el nivel de conocimiento del interlocutor sobre el tema en cuestión (lo que puede llevar a que el interlocutor no comprenda bien de qué se está hablando); (f) dificultad para tener en cuenta el grado de interés del interlocutor sobre el tema de conversación; (g) dificultad para anticipar lo que los demás pueden pensar sobre su comportamiento; (h) dificultad para mentir y para comprender engaños; y (i) dificultad para comprender las interacciones sociales, lo que puede llevar a problemas a la hora de respetar turnos, seguir el tema de la conversación y mantener un contacto ocular adecuado (Centre Londres, 1994).

En cuanto a motricidad, los niños autistas muestran conductas estereotipadas, denominadas conductas autoestimuladoras, que se caracterizan por ser repetitivas, persistentes y reiteradas (Kanner, 1943, cp. Yancén, 2001). La mayoría de los niños con TA y con AAF experimentan dificultades en la coordinación y control de las destrezas motoras finas. La torpeza motora suele ser más característica del TA, mientras que los manierismos motores pueden aparecer más en asociación con AAF (Gillberg, 1998).

Las anormalidades y retraso en el lenguaje y comunicación pueden ser más severos en AAF que en el TA. Las peculiaridades del discurso (prosodia) y el lenguaje pueden, no obstante, estar presentes en niños con TA. Los niños Asperger usualmente comienzan a hablar a la edad esperada (Wing, 1988, cp. Yancén, 2001), por lo que ambos (CIE 10 y DSM-IV) establecen que para diagnosticar el TA el desarrollo del lenguaje debe ser en cuanto al inicio y curso del mismo.

Según lo planteado por Caballero (2004), el TA representa el tipo de TGD que se caracteriza por mayores habilidades cognitivas (CI normal e incluso en los niveles más altos) y por un nivel de lenguaje más próximo a la normalidad en comparación con otros trastornos, aunque frecuentemente presenten algunas dificultades en lo que se refiere al lenguaje pragmático-social.

El TA también puede distinguirse del AAF por los tempranos patrones de contacto. En la niñez el TA está asociado con una relación con los miembros familiares impropia y torpe. En el autismo la conexión a los familiares muestra modelos más atípicos y marcados por el retiro y el alejamiento (Klin & Volkmar, 1997, cp. Bocanegra, s.f.).

En cuanto a la conducta social, una de las diferencias entre los dos trastornos es que cuando entran a la adolescencia, el joven con TA, tiende a percibir más su aislamiento y siente mayor motivación para relacionarse con jóvenes de su edad, pero como sus habilidades sociales son limitadas, muchas veces es rechazado por los demás. Cuando los códigos de conductas y destrezas sociales se le enseñan, tienden a obedecerlos de manera rígida (Attwood, 2002, cp. Calle y Utria, 2004)

Tanto en los adolescentes AAF como en los TA, su ausencia de habilidades para hacer amigos puede conducir a una frustración y como consecuencia de ésta, problemas de comportamiento de exteriorización o de interiorización (Calle y Utria, 2004).

De acuerdo a Wicks e Israel (2008), comportamientos de los niños y adolescentes que son identificados como miedosos, ansiosos, retraídos, tímidos, forman parte de lo que se ha denominado trastornos de interiorización, dentro de los cuales se incluyen la ansiedad y la depresión. Estos estados de ánimo se caracterizan por ser altamente subjetivos y se basan en gran medida en las valoraciones de la angustia emocional, que se obtiene a través de autoreportes. Los instrumentos utilizados para esto, dependen en gran medida del nivel de desarrollo del niño o adolescente.

Todos los niños y adolescentes experimentan ansiedad y depresión en sus vidas al igual que los adultos constituyendo una problemática frecuente que se ha incrementado en las últimas décadas. Y son la ansiedad y la depresión estados

frecuentes en una alta proporción de jóvenes afectados por el TA y en trastornos del espectro autista en general. (Borregero, 2004; Pérez y Pérez, 2009). Dependiendo de las características propias de cada una de las etapas del desarrollo y si estos sujetos forman parte o no de una población clínica como son los TGD, la ansiedad se manifiesta de diversas maneras.

La ansiedad es considerada un signo de alerta, una respuesta a una amenaza inespecífica u originada por algún conflicto. Se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable que puede estar acompañada de síntomas autonómicos (como cefalea, sudoración, palpitaciones, opresión precordial y leves molestias estomacales). La sintomatología puede variar en cada sujeto (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Para Sigmund Freud, en su teoría psicoanalítica (1917, cp. Izquierdo, s.f), la ansiedad es un síntoma; una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos, considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes del Ello que podrían emerger sin control. Desde esta perspectiva la ansiedad es una consecuencia de los conflictos intrapsíquicos de carácter, generalmente, inconsciente.

Desde otra postura, Skinner, representante del conductismo, define la ansiedad como “miedo a un evento inminente, es más que expectativa (...)”, “la ansiedad implica respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado” (Skinner, 1979, cp. Izquierdo, s.f.).

Por su parte, la teoría cognitiva considera a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados (Centro Neuro-Psiquiátrico IANNUS, s.f.).

En cambio, la investigación bioquímica y farmacológica ha ido estableciendo la evidencia de que algunos trastornos de ansiedad pueden ser debidos a

mecanismos bioquímicos particulares con una fisiopatología determinada (Galletero, Gimón, Echeburúa, Yllá y González, s.f).

Kaplan, et al. (1996) plantean aspectos en los que se ha obtenido consenso dentro de las teorías biológicas:

1. Los tres principales neurotransmisores relacionados con la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y la GABA.
2. Los estudios de neuroimagen han señalado un aumento en el volumen de los ventrículos y algunas anormalidades en el hemisferio derecho. Puede haber patología cerebral funcional que cause síntomas de ansiedad.
3. Algunos componentes genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad.
4. Las principales estructuras cerebrales involucradas serían el locus coeruleus y núcleo del rafe, sistema límbico y cortex cerebral.

Todas estas teorías exponen diferentes aproximaciones a la ansiedad. En función de las definiciones y contenido de los conceptos y variables del presente estudio, en esta investigación se asume una postura cognitivo-conductual, que describe y explica a la ansiedad desde el estímulo que la elicit, pasando por los procesos mentales que desencadena en la persona y finalizando en la conducta. Dentro de esta postura se plantea que las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos externos (situaciones o hechos reales vividos por la persona) como por estímulos internos (pensamientos, ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes). Muchas veces,

es suficiente la presencia de evaluaciones cognitivas asociadas a peligro/riesgo y a indefensión para que aparezca la ansiedad (Flores, 2009)

La ansiedad puede ser estudiada como un síntoma aislado o como parte de diferentes trastornos psicológicos específicos. Ésta se encuentra presente no sólo en algunas enfermedades físicas sino también en muchos trastornos mentales, como por ejemplo en los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, entre otros.), trastornos adaptativos, en las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, entre otros.), en los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia), en los trastornos del sueño, en los trastornos sexuales, en los trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, entre otros), y en los trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, entre otros.) (SEAS, 1997).

En esta investigación, se trabaja con la ansiedad entendida como un síntoma aislado, la cual es explicada en cierta medida por un conjunto de variables (etapa del desarrollo humano; la condición de Trastorno de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento o sin diagnóstico clínico psiquiátrico) y no formando parte de los trastornos de ansiedad especificados en el DSM-IV-TR (APA, 2000), los cuales son: (a) Trastorno de angustia sin agorafobia, (b) Trastorno de angustia con agorafobia, (c) Agorafobia sin historia de trastorno de angustia, (d) Fobia específica, (e) Fobia social, (f) Trastorno obsesivo-compulsivo, (g) Trastorno por estrés postraumático, (h) Trastorno por estrés agudo, (i) Trastorno de ansiedad generalizada, (j) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, (k) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias, y (l) Trastorno de ansiedad no identificado en los que la ansiedad y sus diferentes manifestaciones, constituyen un criterio esencial para el diagnóstico.

Cuando se habla de ansiedad como síntoma, se encuentran diferencias en las manifestaciones clínicas de ésta, en función de las etapas del desarrollo. Algunas de ellas son normales y ejercen un efecto positivo en el desarrollo del

niño en determinada edad. Así mismo, se dan en la población infantil general y de forma común, síntomas aislados de ansiedad subclínica, entre los cuales se incluyen temor a sufrir daño uno mismo o a las figuras de apego, preocupaciones excesivas, síntomas de ansiedad por separación, o pequeñas fobias u obsesiones. Tales síntomas pueden ser la manifestación de alteraciones significativas o de deterioro, incluso cuando el individuo no muestra criterios para un diagnóstico de ansiedad específico y por ello son merecedores, en algunos casos, de evaluación o intervención. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad asociados a dificultades en la lectura y las matemáticas garantizan la evaluación y la intervención como parte de un esfuerzo para mejorar el éxito (Centre Londres, 1994).

Así mismo, en la adolescencia, la ansiedad puede ser vivida intensamente. Algunos indicadores que ayudan a detectarla son: la inseguridad, el temor, la preocupación, pensamientos negativos y el temor anticipado. A veces se acompañan de síntomas somáticos: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial, sensaciones de falta de aire, dolores abdominales, sequedad bucal, transpiración profusa, cefaleas y contracturas musculares (Czernik, et al. 2006).

En cuanto a la ansiedad presentada en niños y adolescentes con algún TGD, Pettinelli (2009) plantea que hay dos formas posibles de relacionar el TA con ansiedad. Una de ellas es el aislamiento social y las diferencias que conducen a sentimientos y pensamientos negativos. La otra manera es por su forma de pensar, que por sus características de perseveración y dificultad para los cambios pueden generar ansiedad, por ejemplo si un niño con TA basa sus pensamientos en la socialización, entonces sentimientos sociales invaden su mente durante todo el día y lo hacen sentir ansioso. Cuando las personas con condición Asperger presentan indicadores de ansiedad, el apoyo emocional que puedan recibir de otras personas, puede ser entorpecido por esa dificultad de procesar las emociones adecuadamente.

Los niños con autismo a menudo manifiestan indicadores de ansiedad que se aprecian especialmente al afrontar los cambios que se producen en las rutinas

diarias, sobre todo en el ámbito escolar (Guerra, 2011). Y tanto en personas con TA como con AAF los presentan más comúnmente a partir de la adolescencia y juventud.

Es habitual encontrarse en ellos un estado de preocupación constante y problemas asociados a la interpretación sensorial, ruidos, temperaturas, sensaciones táctiles, olores, entre otros; que pueden perturbar o saturar los sentidos de estas personas a la correcta interpretación de los roles sociales comúnmente aceptados; desde sarcasmos, expresión corporal, literalidades o dobles sentidos; en suma, algo que para la mayor parte de las personas es algo aprendido desde la infancia, para ellos es algo no sólo de difícil comprensión, sino que genera un estado de rigidez y tensión continua que provoca estados emocionales que pueden desembocar en síntomas de ansiedad (Cornin, 2011).

Además de la ansiedad, otro de los indicadores que se estudia como una variable de relevancia en la presente investigación, es la depresión, tomando en cuenta la incidencia reportada en las etapas de niñez intermedia y adolescencia dentro de la población sin trastornos clínicos psiquiátricos, pero que también se ha encontrado en población con TGD.

La depresión es entendida como una alteración del estado de ánimo en el cual hay humor disfórico con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, alteraciones de apetito y sueño, y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas que pueden estar presente son: cambios en la actividad, en las funciones cognitivas, en el lenguaje y en las funciones vegetativas, que repercuten en el funcionamiento laboral, social e interpersonal del sujeto (Kaplan, et al. 1996).

Dentro de la perspectiva psicoanalista, algunos autores comprenden la depresión desde el desarrollo teórico de Freud en inhibición, síntoma y angustia. Desde esta postura teórica, la depresión deriva de un intenso deseo inalcanzable que puede estar referido a distintos aspectos de acuerdo a cada sujeto: deseo de

apego, de seguridad, de bienestar, de un objeto querido intensamente, deseo de satisfacer el narcisismo expresado en la sensación de omnipotencia. Las experiencias depresivas de indefensión e impotencia derivan de este intenso deseo inalcanzable. La sensación de indefensión que inunda al sujeto en depresión es la característica de esta patología, pudiendo provocar incluso algún tipo de retardo motor (Tauro, 2008).

Dentro de la literatura psicoanalítica, el texto central que hace referencia a la depresión es el escrito por Freud, "Duelo y Melancolía" (1915, cp. Tauro, 2008). En este libro comienza a ser evidente para Freud que la causa de la melancolía no podía seguir buscándose en factores externos sino en lo interno, en la predisposición "que hoy se define y entiende como un factor estructural".

Por su parte, en cuanto a la teoría conductual, ésta plantea que la depresión se debe a una falta o pérdida de refuerzos contingentes que hace que la persona no logre actuar. Debido a la inactividad de la persona a causa de la depresión, ésta no consigue encontrar refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa (García, 2009).

Desde otra postura, la teoría cognitiva plantea que la depresión se debe a una distorsión cognitiva en la que la persona con depresión altera la realidad, viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1967). El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y así lograr analizarlos y cambiarlos de manera racional (García, 2009).

Como plantea Beck (1967), uno de los autores representativos de esta teoría cognitiva, durante la depresión están activados una serie de esquemas los cuales constituyen una forma de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes, es decir inactivos, y activarse cuando el sujeto se enfrenta con situaciones que le generan estrés similar a aquellas en las que se formaron. Estos esquemas que se activan durante la depresión llegan a ser predominantes,

filtrando la percepción y el recuerdo de aquellos estímulos congruentes con ellos. Por ello, se dice que la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como así las ve (Roca, 2005).

Desde la perspectiva de las teorías biológicas, la depresión está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Según esta postura, se demuestra que cuando se está deprimido se tiene un desequilibrio de estas sustancias y cuando se toma la medicación adecuada, en consecuencia los neurotransmisores se equilibran, el organismo responde y el estado de ánimo cambia (García, 2009).

Después de conocer distintas aproximaciones teóricas que explican la depresión, se decide enmarcar la presente investigación en la teoría cognitiva de Beck. Según esta teoría, existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional se dice que influirá en la reacción del comportamiento de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta; según sea el caso. Cuando las emociones son muy negativas e intensas, el comportamiento se ve entorpecido o se vuelve desadaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran (Beck, 1967). En las personas con depresión aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación; los individuos con depresión valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando así lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Sanz, 1993).

En este estudio se trabaja con la depresión como un síntoma aislado y no como un trastorno. Aunque, es importante resaltar los Trastornos del estado de ánimo que según el DSM-IV-TR (APA, 2000) son: (a) Trastornos depresivos (comprende: Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico y Trastorno depresivo no especificado), (b) Trastornos bipolares (comprende: Trastorno bipolar

I, Trastorno bipolar II, Trastorno ciclotímico y Trastorno bipolar no especificado), (c) Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, (d) Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, y (e) Trastorno del estado de ánimo no especificado.

La manifestación de la depresión pueda estar incidida por la etapa de desarrollo, en la niñez se empezó a reconocer sólo hace dos décadas. El niño deprimido no ha desarrollado aún la capacidad de insight, por lo tanto no reconoce racionalmente el sentimiento que lo embarga, entonces en niñez temprana puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separarse de los padres y/o tener miedo a que uno de los padres se muera. Mientras que el niño deprimido en niñez intermedia puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse de manera indisciplinada, estar malhumorado y/o sentirse incomprendido (Conesa, 2004).

Por su parte, en la etapa de la adolescencia, la depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común debido: (a) el proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste, (b) la influencia de las hormonas sexuales, y (c) los conflictos de independencia con los padres, entre otros.

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos, presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes. En general, la depresión puede cambiar o deformar el modo como los adolescentes se ven a ellos mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos. Los adolescentes con depresión, por lo general, ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo (Berger, 2010).

Freire, et al. (2007) encontraron que la depresión muestra una marcada comorbilidad con el TA y con el AAF. Los aspectos depresivos que más se suelen

apreciar en niños con TA son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño. Muchas de las características definitorias del TA se hacen más complejas al llegar a la adolescencia. Durante la esta etapa las características y cambios típicos de esta edad llevan, en la mayoría de los casos, a un mayor sentimiento de soledad, incompreensión y deseo frustrado de pertenecer a un grupo.

Como hallazgos de esa investigación, así como lo demostrado por la práctica clínica y educativa, se ha revelado que las perturbaciones afectivo-emocionales y conductuales son bastante comunes en niños y adolescentes con TA y AAF (Pérez y Pérez, 2009); reportándose igualmente que a partir de la adolescencia el riesgo de padecer alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad u obsesiones aumenta notablemente en dichas personas. Para estos individuos, la adolescencia es una época especialmente difícil, ya que en ese momento experimentan un mayor deseo de relación y necesidad de formar parte de un grupo, junto con una clara conciencia de las diferencias entre ellos y los otros jóvenes de su edad. Durante este período, las personas con TA o AAF se pueden mostrar excesivamente sensibles a las críticas y a las burlas de sus compañeros. Aunque los cambios físicos se producen a la misma edad que en el resto de los adolescentes, los cambios emocionales suelen mostrar cierto retraso o desviación (Freire, et al. 2007).

Adolescentes con TA o AAF pueden sentirse inseguros frente a las demandas sociales y emocionales de una relación de pareja. Su estilo rígido y su perspectiva idiosincrática del mundo pueden dificultar sus relaciones, tanto dentro como fuera de la familia, lo cual aumenta el riesgo de que aparezcan problemas de estados de ánimos, tales como depresión y/o ansiedad (Cornella y Llusent, s.f.).

Hans Asperger (1944, cp. Cornella y Llusent, s.f.) escribió:

A lo largo del desarrollo, algunos rasgos predominan o disminuyen, de modo que los problemas que se presentan cambian considerablemente. Sin embargo, los aspectos esenciales del problema permanecen inalterados. En la infancia temprana, existen dificultades para aprender patrones de comportamiento social simples y para adaptarse socialmente. Este mismo desorden básico causa dificultades de aprendizaje y conducta en la edad escolar, problemas de trabajo y de rendimiento en la adolescencia y conflictos sociales y conyugales en la edad adulta.

Por otra parte, en cuanto al basamento empírico que relacionan las variables de este estudio, algunas investigaciones basadas en la clínica, que se especifican a continuación, sugieren que la depresión y la ansiedad son los indicadores psiquiátricos más comunes en niños y adolescentes con TGD (Pérez y Pérez, 2009). Kanner (1943) explica que muchas de las características nucleares de los TGD, como lo son la necesidad de invariabilidad ambiental y el repertorio de comportamientos repetitivos, obsesivos y estereotipados, conducen a la manifestación de sintomatología depresiva y ansiosa.

En una investigación realizada por Russell y Sofronoff (2005) con el objetivo de determinar si niños diagnosticados con TA presentan niveles de ansiedad similares o más elevados que niños con historia clínica de ansiedad y éstos a su vez que niños de una población no clínica; se contó con una muestra de 65 niños (55 niños y 10 niñas) de 10 a 13 años diagnosticados con TA y cantidades similares en cuanto a las otras muestras. Como instrumentos se utilizaron cuestionarios de reporte tanto para los niños como para sus padres, estos fueron el *Social Worries Questionnaire*, como una medida de indicadores de ansiedad social en niños. Para la medida de indicadores de ansiedad, el *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* y el *Childhood Asperger Syndrome Test (CAST)*, un cuestionario diseñado para padres que examina los indicadores de

comportamiento representativos en el DSM-IV para el diagnóstico de TA. En cuanto a los resultados se obtuvo que comparando las muestras del estudio, los niños con TA obtuvieron niveles superiores de ansiedad (SCAS= 35,34 con $p < 0,001$) en contraste con los niños con historia clínica de ansiedad (SCAS= 31,90 con $p < 0,001$) y una diferencia mayor con la población no clínica (SCAS= 14,2 con $p < 0,001$).

Siguiendo con estudios sobre ansiedad, Green, Gilchrist, Burton y Cox (2000) realizaron una investigación con el objetivo de estudiar el comportamiento psicosocial de 20 adolescentes masculinos con TA, diagnosticados bajo los criterios del CIE-10 en comparación con 20 adolescentes masculinos con trastornos de conducta severos (TC). Como variables se tomaron en cuenta, funcionamiento social, medida a través de la entrevista semiestructurada de Funcionamiento Social y Emocional (SEE, Rutter, et al, 1988, cp. Green, et al, 2000); y salud mental, medida a través de una entrevista semiestructurada con el uso de *The Isle of Wight Subject Interview* (IOW, del Instituto de Psiquiatría, cp. Green, et al. 2000). Se obtuvo como resultados relevantes que los adolescentes con TA reportaron mayor sintomatología ansiosa en comparación con los adolescentes con problemas de conducta (preocupaciones: TA= 25 y TC= 0; Hipocondriasis: TA= 15 y TC= 0; pánico: TA= 10 y TC= 0; y miedos específicos: TA= 60 y TC= 45).

Así mismo, Bellini (2004) realizó un estudio para evaluar la prevalencia y tipos de ansiedad en adolescentes con AAF y otros TGD. La muestra estuvo constituida por 19 adolescentes con AAF, 16 con TA y 6 con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NS), el rango de edad de estos sujetos fue de 12 a 18 años con una media de edad de 14,22 años. Los adolescentes completaron las siguientes escalas: (a) the *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham y Elliot, 1990, cp. Bellini, 2004) para la medida de la variable habilidades sociales; (b) the *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March, 1999, cp. Bellini, 2004) medida de ansiedad con cuatro subescalas:

síntomas físicos, ansiedad social, anulación de daño, ansiedad de separación; y (c) SAS-A, medida de indicadores de ansiedad con tres factores: miedo a una evaluación negativa, aislamiento social y angustia en situaciones novedosas, y aislamiento social y angustia en general. Como resultados se obtuvo que los adolescentes con TGD reportaron niveles de ansiedad que fueron significativamente más altos que una muestra control. ($T=5,17$; $M= 59,61$ y $Sd: 11,78$)

En la misma línea de investigación acerca de ansiedad, Farrugia y Hudson (2006) realizaron una investigación que pretendía estudiar si los adolescentes con TA presentan mayor probabilidad de experimentar ansiedad que los adolescentes sin diagnóstico clínico, y si estos adolescentes con TA presentan niveles de ansiedad tan altos como aquellos adolescentes sin diagnóstico de TGD que presentan trastornos de ansiedad. Las cuatro variables consideradas en este estudio fueron niveles de ansiedad, medida a través de la escala *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1998); pensamientos automáticos negativos, medida a través de la escala *Children's Automatic Thoughts Scale* (CATS; Schniering & Rapee, 2002); problemas de conducta, medida a través del cuestionario *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997); e interferencia de vida, medida a través de *Life Interference Measure* (LIM; Lyneham, Abbott, & Rapee, 2003). La muestra consistió en 93 adolescentes repartidos en tres grupos: 29 adolescentes con TA, 34 adolescentes con Trastornos de Ansiedad (AD) y 30 adolescentes sin diagnóstico clínico psiquiátrico (SD).

Los resultados obtenidos en el estudio de Farrugia y Hudson (2006) indicaron que la variabilidad de edad de los adolescentes no mostró diferencias significativas en los tres grupos diagnósticos: $F(2,90): 0,78$, $p > 0,05$ (a) grupo TA ($M = 13,76$; $Sd= 1,27$), (b) grupo con Trastorno de Ansiedad ($M= 13,82$; $Sd= 1,29$) y (c) grupo sin diagnóstico clínico psiquiátrico ($M= 13,90$; $Sd= 1,56$). Así mismo, no se encontró una correlación significativa entre edad y niveles de ansiedad medidas

por el SCAS: grupo TA: $r(29) = .27, p > 0,05$; grupo con Trastorno de Ansiedad $r(34) = 0,07, p > 0,05$, y grupo sin diagnóstico clínico psiquiátrico $r(30) = 0,35, p > 0,05$.

Destaca que los adolescentes con TA tienen altos niveles de ansiedad equivalentes a los adolescentes con trastornos de ansiedad (Puntaje total en la escala SCAS: TA: $M= 34,38$ y $Sd= 21,54$ y AD: $M= 30,26$ y $Sd= 18,45$) y significativamente superior a los adolescentes de la población general sin diagnóstico clínico psiquiátrico ($M= 13,70$ y $Sd= 18,45$).

Los resultados obtenidos por estos autores apoyan las investigaciones anteriores que indican que sujetos con TA tienen síntomas significativamente más ansiosos que la población en general.

Por otra parte, Tonge, Brereton, Gray y Einfeld (1999) realizaron un estudio para determinar las diferencias en problemas emocionales y de comportamiento entre niños y adolescentes con AAF y TA. La muestra estuvo constituida por 75 sujetos con AAF y 52 con TA. La media de edad del grupo de AAF fue de 7,41 años con $Sd= 3,53$ en un rango de edad de 4 a 18 años y la media de edad del grupo de TA fue de 9,89 años con $Sd= 3,77$ en un rango de edad de 4 a 18 años. Como instrumento se utilizó *The Developmental Behaviour Checklist* (DBC, Einfeld and Tonge, 1994; 1995, cp. Tonge, et al. 1999) para medir los problemas emocionales y de comportamiento. Esta escala estaba compuesta de seis subescalas: (a) comportamiento disruptivo, (b) ensimismamiento, (c) problemas de comunicación, (c) ansiedad, (d) relación social autística, y (e) antisocial. En cuanto a los resultados se obtuvo diferencias significativas entre los dos grupos (χ^2 : d.f. 5 1, $N 5 127$) $5,824, p \leq 0,05$. El grupo TA puntuó significativamente más alto que el grupo AAF, mostrando así mayor presencia de indicadores en las siguientes escalas del DBC comportamiento disruptivo, $F(1,127) 17,49; p \leq 0,001$; ansiedad, $F(1,124) 8,60, p \leq 0,01$; relación social autístico, $F(1,127) 5 4,23, p \leq 0,05$; y

antisocial, $F(1,127) = 12,56$, $p \leq 0,001$. A través de un ANCOVA las variables edad y sexo fueron controladas.

Thede y Colidge (2006) realizaron un estudio con el objetivo de investigar diferencias en el comportamiento psicológico y neurológico de niños con TA versus niños con AAF. Para ello se contó con una muestra de 16 niños con TA, 15 niños con AAF y 31 niños sin diagnóstico clínico psiquiátrico como grupo control. El rango de edad fue de 5 a 17 años en los tres grupos con una media de edad de 10,7 años. Además de esto, 125 padres de estos sujetos fueron contactados vía email, de los cuales sólo 76 llegaron a responder y completar las dos escalas: (a) la escala de 44 ítems de síntomas autistas, la cual fue creada por los autores de este estudio, basándose en la literatura sobre el espectro autista y sintomatología de TA y AAF por los criterios del DSM-IV-TR. La confiabilidad de esta escala fue de un alfa de Crombach de 0,98. (b) El inventario para padres el CNPI (Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory, de Coolidge, Thede, Stewart, & Segal, 2002, cp. Thede y Colidge, 2006) de 200 ítems que contiene 4 trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad) y 12 trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV-TR.

Se obtuvo como resultados que en cuanto a las escalas del Eje I, el grupo con TA y el grupo con AAF sólo mostraron diferencias significativas en una escala, ésta fue la del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TA= $M= 63,8$ $Sd= 17,5$ y AAF= $M= 53,5$ $Sd= 10,7$ con una $F= 7,27$ $p < 0,002$) El grupo TA fue significativamente más ansioso que el grupo con AAF y ambos grupos clínicos (TA y AAF) mostraron resultados significativamente más elevados en comparación con el grupo control ($M= 49,8$ $Sd= 8,8$). En cuanto a los resultados del Eje II, se encontraron diferencias entre el grupo con TA y el grupo con AAF en tres de 12 escalas; el grupo con TA mostró resultados significativamente más altos que el grupo con AAF en la escala Obsesivo-Compulsivo (TA= $M= 65,5$ $Sd= 10,6$ y AAF

$M= 53,8$ $Sd= 11,4$ con una $F= 15,3$ $p < 0,001$), en la escala de Aislamiento (TA= $M= 60,8$ $Sd= 16,8$ y AAF= $M= 50,6$ $Sd= 11,6$ con una $F= 4,74$ $p 0,012$) y en la escala de Depresión (TA= $M= 56,1$ $Sd= 15,0$ y AAF= $M= 44,2$ $Sd= 9,6$ con una $F= 5,21$ $p 0,008$).

Siguiendo con estudios que incluyen a la ansiedad y depresión como variables dependientes se hace referencia a la investigación de Kim, Szatmari, Bryson, Streiner y Wilson (2000) quienes realizaron un estudio con el objetivo de investigar sistemáticamente la prevalencia de problemas psiquiátricos comórbidos para identificar posibles correlaciones y factores de riesgo de estos problemas en niños con edades comprendidas entre 9 y 14 años. La muestra estuvo comprendida por 40 niños diagnosticados con TA y 19 con AAF. Las variables independientes fueron habilidades cognitivas medidas a partir de la escala Stanford–Binet Intelligence Scale cuarta edición (Thorndike et al., 1985, cp. Kim, et al. 2000) y entrevistas semiestructuradas con los padres; y la variable adaptación general medida a través de la escala Arthur Adaptation of the Leiter Performance Scales (Levine, 1986, cp. Kim, et al. 2000), y las variables dependientes depresión y ansiedad. Como resultados se obtuvo que no se encontraron diferencias significativas en las medidas de ansiedad y depresión entre los niños diagnosticados con TA y los diagnosticados con AAF. En cuanto a la variable depresión se obtuvo lo siguiente: AAF (Media= 59,4 y $Sd= 9,6$) y TA (Media= 61,7 y $Sd= 13,8$) con una diferencia entre ellos de $T= 0,73$ ($\alpha= 0,47$) y en cuanto a ansiedad: AAF (Media= 56,5 y $Sd= 11,8$) y TA (Media= 56,5 y $Sd= 11,7$) con una diferencia entre ellos de $T= 0,73$ ($\alpha= 0,47$).

Igualmente en una investigación más reciente Williamson, Craig y Slinger (2008) realizaron un estudio exploratorio con el fin de examinar la relación entre autoestima y ajuste psicológico entre 19 adolescentes con TA y 19 adolescentes sin diagnóstico clínico psiquiátrico (SD). La media de edad fue de 13 años. Los instrumentos que se les administraron fueron el Perfil de Autopercepción para niños (Harts, 1985, cp. Williamson, et al, 2008) para examinar las competencias en

cinco dominios: capacidad escolástica, competencia social, competencia atlética, apariencia física y competencia conductual; el CDI como medida de depresión (Kovacs, 1992, cp. Williamson, et al, 2008); la SCAS como medida de ansiedad (Spence, 1997, cp. Williamson, et al, 2008). Se utilizó el estadístico MANCOVA para explorar las diferencias de grupo y así determinar si los adolescentes con TA difieren de los adolescentes SD en su percepción de competencias, aprobación social y ajuste psicológico. Se encontró que los adolescentes con TA, de manera significativa, puntuaron más bajo en su percepción de competencias $F(5, 31) = 3,52, p < 0,05$, mostrando pobres percepciones en competencia social $F(1) = 10,26, p < 0,005$ y competencia atlética $F(1) = 4,97, p < 0,05$. Y en cuanto a ansiedad y depresión, variables que son más relevantes para la presente investigación, no se encontró en depresión diferencias significativas entre los grupos $F(5,31) = 2,42, p = 0,06$. En cuanto a ansiedad solo se evidencia una diferencia significativa en su subescala relacionada con síntomas obsesivo-compulsivos $F(1) = 7,53, p < 0,01$.

Aláez-Fernández, Martínez y Rodríguez (2000) realizaron una investigación para estudiar la prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes en función de la edad y el género. La muestra estuvo constituida por 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) con un rango de edad de uno a 18 años. Para establecer la relación entre edad y tipo de trastorno se agrupó a los sujetos en intervalos de 1-5 años, 6-9 años, 10-13 años y 14-18 años para ajustarlos a las etapas evolutivas y escolares. Entre los trastornos a considerar y basándose en el CIE-10 se tomaron en cuenta Trastornos de conducta, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastornos específicos del desarrollo, Trastornos de eliminación, Trastornos del sueño, Trastornos de la actividad y de la atención, Trastornos de rivalidad entre hermanos, reacción a stress agudo, Trastornos de alimentación, Trastornos por tics y esteriotipias, tartamudeo, Trastornos desintegrativos y otros.

Como resultado se obtuvo que en cuanto a la prevalencia de los trastornos, se encontró una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la

edad de los sujetos ($c2 = 76,33$, g.l. = 30 $p = 0,0001$), mostrando así que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva.

Los trastornos de mayor prevalencia fueron los Trastornos de Conducta con un 23%, Trastornos depresivos con un 14,3% y Trastornos de ansiedad con un 13,3%. En cuanto a la relación entre edad y el tipo de trastorno, específicamente los depresivos y los de ansiedad, se obtuvo que en niños menores de 6 años el trastorno más frecuente fue el Trastorno depresivo con un 17,3% y Trastorno de ansiedad con un 7,7%. En el grupo de 6 a 9 años el Trastorno de ansiedad resultó entre los más frecuentes con un 13,3% seguido por el Trastorno depresivo con un 11,2%. Luego en el grupo de edad de 10 a 13 años se mostró una alta prevalencia del Trastorno de ansiedad con un 17,4% y por último en el grupo de 14 a 18 años los más frecuentes fueron el Trastorno depresivo con un 19,5% seguido por el Trastorno de ansiedad con un 11,5%. Concluyeron que aunque ambos trastornos parecen aumentar con la edad, es en el Trastorno Depresivo donde se muestra una clara tendencia a aumentar en función de la misma (Aláez-Fernández, et al. 2000).

Según una revisión de bibliografía sobre ansiedad y depresión en sujetos con TA, realizada por Pérez y Pérez (2009), éstos llegaron a la conclusión de que la depresión es un trastorno frecuente en las personas con Asperger y los factores que pueden contribuir a la aparición de la depresión son variados, mientras que en algunos casos puede darse por incidencia, en otros puede resultar de una combinación de factores genéticos, ambientales o de ambos. Además de los síntomas generales de tristeza y pérdida de interés en las actividades, las personas con Asperger pueden manifestar la depresión o la ansiedad de otras formas atípicas.

En su estudio de la depresión en personas con autismo, Ghaziuddin, Ghaziuddin y Greden (2002) realizaron una revisión bibliográfica de estudios donde examinaron los factores que influían en la presencia de depresión, tales

como el nivel de inteligencia, la edad, el sexo, los trastornos médicos asociados, el rol de los factores genéticos y los eventos vitales. Estos autores, hallaron que las personas con autismo deprimidas, presentaban un amplio espectro de síntomas que van desde la irritabilidad a la tristeza, la agresión y el comportamiento suicida. Para la presente investigación, es relevante considerar que se encontró en la revisión bibliográfica realizada por estos autores que con relación a la edad, la mayor parte de los casos de depresión en autismo han sido descritos en adolescentes o adultos jóvenes y señalan que esto en parte puede ser debido a los problemas de la evaluación de trastornos clínicos psiquiátricos en niños.

La experiencia clínica sugiere que la tasa de depresión en el autismo se eleva con la edad (Ghaziuddin et al. 1998). Por lo que un poco del deterioro conductual que ocurre en niños con autismo en el momento de la adolescencia puede estar relacionado con la aparición de síntomas depresivos (Howlin, 1997, cp. Ghaziuddin, et al. 2002).

Según una revisión bibliográfica realizada por Steward, Barnard, Pearson, Hasan y O'Brien (2006) de estudios acerca de depresión en sujetos con AAF y TA, donde se incluyen las investigaciones de depresión nombradas anteriormente, con el objetivo de proporcionar una explicación detallada de los síntomas y proporcionar sugerencias para la identificación y la evaluación de la depresión en estos trastornos. Esta revisión contó con 27 artículos y en base a la ocurrencia de depresión en AAF y TA, concluyeron que estudios con una población grande para evaluar la incidencia y prevalencia de la depresión en estos diagnósticos aún no ha sido realizada.

Sin embargo, si se encontraron estudios que detallan la ocurrencia de la depresión en grupo de individuos con AAF y TA (Ghaziuddin et al. 1992; 1998; Kim et al. 2000; Larsen and Mouridsen, 1997; Rumsey et al., 1985; Tantam, 1991, cp. Steward, et al, 2006). Éstos mostraron notable variabilidad, diferenciándose por ejemplo en el tamaño, período de estudio, edad de los individuos, criterios

diagnósticos y métodos de muestreo. Los niveles de depresión entre individuos con AAF y TA varían extensamente de estudio a estudio, siendo la diferencia más alta en un 34%. Las muestras están conformadas, generalmente, por jóvenes, lo cual podría decir que ellos pueden que sólo muestren indicadores de depresión y no un trastorno depresivo que los podría afectar a lo largo de sus vidas (Steward, et al. 2006). Se concluyó en base a la revisión de estos artículos acerca de estudios realizados en sujetos con AAF y TA que se encuentra una presencia bastante común de indicadores de ansiedad y depresión entre los niños y adolescentes que padecen estos trastornos, sin embargo, la bibliografía es escasa e insuficiente para establecer el grado de prevalencia de los mismos.

De acuerdo a la literatura revisada, la presente investigación tiene como objetivo comparar tres muestras conformadas por niños y adolescentes con Trastorno de Asperger, Trastorno Autista de alto funcionamiento y sin diagnóstico clínico psiquiátrico, para comprobar si hay diferencias en indicadores de ansiedad y de depresión en ellos, con la aspiración de hacer un aporte empírico a la Psicología Clínica, que redunde en mayor bienestar para estas poblaciones objeto de estudio.

MÉTODO

Problema de Investigación

¿Existen diferencias en indicadores de ansiedad y depresión en niños y adolescentes en función de la condición de Trastorno de Asperger, Autismo de alto funcionamiento y sin diagnóstico clínico psiquiátrico?

Hipótesis

Hipótesis General

Los indicadores de ansiedad y depresión diferirán en función del Trastorno Generalizado del Desarrollo y la etapa de desarrollo humano.

Hipótesis Específicas

- Se espera en los adolescentes un puntaje significativamente mayor en la escala SCAS de ansiedad y en la escala CDI de depresión que en los niños.
- Se espera un puntaje significativamente mayor en la escala SCAS de ansiedad y en la escala CDI de depresión en los sujetos con Trastorno de Asperger que en aquellos diagnosticados con Autismo de alto funcionamiento y éstos a su vez que los sujetos sin diagnóstico clínico psiquiátrico.

Variables

Variables Independientes

1) Etapa de Desarrollo Humano

Definición Conceptual: Período evolutivo con características físicas, cognitivas y psicosociales particulares que van cambiando a lo largo de toda la vida (Papalia, 1996).

Definición Operacional: Variable categórica nominal de grupos naturales. De dos niveles (niñez intermedia; adolescencia). Edad cronológica del sujeto al momento de la administración de las pruebas, siendo ubicado así en su respectiva etapa de desarrollo humano. Se tomaron en cuenta para la muestra de la presente investigación: la etapa de la niñez intermedia (de los ocho a los once años inclusive) y la etapa de la adolescencia (de los doce hasta los diecisiete años inclusive).

2) Trastorno Generalizado del Desarrollo

Definición Conceptual: Trastorno clínico psiquiátrico caracterizado por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas de desarrollo, entre ellas se incluye alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos con intereses y actividades estereotipadas (APA, 2000).

Definición Operacional: Variable categórica nominal de grupos naturales. De tres niveles (presencia de Trastorno de Asperger; presencia de Autismo de alto funcionamiento; ausencia de diagnóstico clínico psiquiátrico).

- 1) Presencia de Trastorno de Asperger, diagnosticado por un instituto especializado en Trastornos Generalizados del Desarrollo o por un especialista en esta área, reportado al momento del contacto inicial y confirmado mediante la revisión de los criterios diagnósticos esenciales del TA, según el DSM-IV-TR (APA, 2000).
- 2) Presencia de Autismo de alto funcionamiento, diagnosticado por un instituto especializado en Trastornos Generalizados del Desarrollo o por un especialista de esta área, reportado al momento del contacto inicial y confirmado mediante la revisión de los criterios diagnósticos esenciales del Trastorno de Autismo según el DSM-IV-TR (APA, 2000), especificándose previamente en cada caso que el sujeto sea de alto funcionamiento.
- 3) Ausencia de diagnóstico clínico psiquiátrico.

Variables Dependientes

1) Ansiedad

Definición Conceptual: La ansiedad es entendida como un síntoma elicitado tanto por estímulos externos (situaciones o hechos reales vividos por la persona) como por estímulos internos (pensamientos, ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes). Generalmente, es suficiente la presencia de evaluaciones cognitivas asociadas a peligro/riesgo y a indefensión para que aparezca la ansiedad (Flores, 2009).

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en la *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) (Escala de Ansiedad en Niños) (Spence, 1998, cp. Hernández, s.f) (Ver Anexo A). Se tomó en cuenta la puntuación global acumulada de la suma de los 38 ítems totales, habiendo un rango posible de 0 a 114 puntos, donde a mayor

puntuación total obtenida, mayor cantidad de indicadores de ansiedad, mientras que a menor puntuación total, menor cantidad de indicadores de ansiedad.

2) Depresión

Definición Conceptual: La depresión es una alteración del estado de ánimo en el que están activados una serie de esquemas, los cuales constituyen una forma de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones negativas y disfóricas; suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes, es decir inactivos, y activarse cuando el sujeto se enfrenta con situaciones que le generan estrés similar a aquellas en las que se formaron (Beck, 1967).

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en el "*Children Depression Inventory*" (CDI) (Inventario de Depresión en Niños) (Kovacs, 1992, cp. Roselló, et al, 1996) (Ver Anexo B). Se suma la puntuación de los 26 ítems totales que puede ir en un rango de cero a 52 puntos; donde a mayor puntuación total obtenida, mayor cantidad de indicadores de depresión, mientras que a menor puntuación, menor cantidad de indicadores de depresión.

Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación es un diseño no experimental o ex post facto, debido a que no hay manipulación directa de las variables (etapa de desarrollo humano, condición de Trastorno Generalizado del Desarrollo), no se cumple con la triple aleatorización y se observan los fenómenos tal y como ocurren en su contexto natural (Kerlinger y Lee, 2002).

Así mismo, es de corte transversal o seccional, ya que la medición se realizó en un corte puntual del tiempo (Arnau, 1995).

Igualmente, es un diseño correlacional, ya que mide o analiza la asociación entre categorías o variables, en términos de relación (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

Se utilizó como estrategia o técnica de control para evitar que las variables extrañas relevantes incidieran sobre los resultados, mantener constante las variables extrañas: (a) instrucciones que se le administraron a los sujetos; (b) procedimiento; (c) actitud del experimentador; (d) instrumentos empleados (Kerlinger y Lee, 2002).

Población y muestra

1) Para la prueba piloto, la población estuvo conformada por niños y adolescentes en una edad comprendida entre los siete y diecisiete años de edad inclusive, sin diagnóstico clínico psiquiátrico. Los niños estuvieron conformados entre los siete y once años de edad inclusive, mientras que los adolescentes entre los 12 y 17 años de edad inclusive. Ésta permitió adaptar los instrumentos SCAS y CDI a la cultura venezolana.

El tipo de muestreo fue intencional (no probabilístico), en el cual se eligieron los sujetos que cumplían con las condiciones de edad pertinente. Éstos se encontraron disponibles para el momento de la investigación (Kerlinger y Lee, 2002). La muestra estuvo conformada por 428 sujetos para la SCAS, distribuidos en 207 niños y 221 adolescentes; mientras que se les administró el CDI a 417 sujetos, 195 de ellos niños, y el resto (222) fueron adolescentes. Con ésto se cumplió el criterio de contar con al menos diez sujetos por ítem, para un adecuado análisis de confiabilidad y validez de cada instrumento. Además, se eligieron distribuyéndose proporcionalmente de acuerdo al rango de edad establecido (de siete a 17 años de edad).

El muestreo consistió en ir a colegios regulares de Caracas, ubicados en diversas zonas geográficas de la capital, siendo éstos: Colegio Nuestra Señora de Guadalupe, Refugio de la Infancia y Colegio Andy Aparicio.

2) Con respecto al estudio definitivo, la población estuvo conformada por niños y adolescentes con una edad comprendida entre los ocho y diecisiete años de edad inclusive, diagnosticados con Trastorno de Asperger o con Autismo de alto funcionamiento por un instituto especializado en Trastornos Generalizados del Desarrollo o por un especialista del área, y por niños y adolescentes en una edad comprendida entre los ocho y diecisiete años de edad inclusive, sin diagnóstico clínico psiquiátrico.

El tipo de muestreo fue intencional (no probabilístico), en el cual se eligieron a los sujetos que cumplieran con las condiciones de edad pertinente y de presencia del cuadro clínico psiquiátrico (TA o AAF) o sin diagnóstico clínico psiquiátrico. Éstos se encontraron disponibles para el momento de la investigación (Kerlinger y Lee, 2002). Tomando en cuenta la prevalencia de los dos grupos clínicos psiquiátricos (Autismo en general 2 por cada mil personas; Trastorno de Asperger 2,5 por cada mil personas), la muestra estuvo conformada por un total de 67 sujetos, distribuidos de la siguiente manera: (a) 10 niños diagnosticados con TA; (b) 10 niños diagnosticados con AAF; (c) 15 niños sin diagnóstico clínico psiquiátrico; (d) 10 adolescentes diagnosticados con TA; (e) 7 adolescentes diagnosticados con AAF; y (f) 15 adolescentes sin diagnóstico clínico psiquiátrico.

El procedimiento de muestreo consistió en ir a instituciones sugeridas por los docentes de la cátedra de Psicopatología Clínica I, especializadas en Trastornos Generalizados del Desarrollo ubicadas en Caracas, que específicamente atienden sujetos diagnosticados con Trastorno de Asperger y Autismo de alto funcionamiento (siendo éstas: Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño [INVEDIN], Centro de Entrenamiento para la Integración y el Aprendizaje [CEPIA], Centro Integral para la estimulación

Cognitiva y Comunicativa [CIPECC] y Centro de Enseñanza Integral Dugarbin). Mientras que para incluir a los sujetos sin diagnóstico clínico psiquiátrico se realizó un muestreo intencional en el cual se escogieron colegios regulares de Caracas, ubicados en diversas zonas geográficas de la capital (siendo éstos: Colegio Champagnat, y Colegio Moral y Luces Herzl-Bialik).

Instrumentos

- *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1998, cp. Hernández, s.f)

La Escala de Ansiedad en Niños (SCAS; Spence, 1998, cp. Hernández, s.f), es un instrumento que permite estimar el nivel de ansiedad de niños y adolescentes a partir de una puntuación global que resulta de 38 ítems valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar dentro de un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Los treinta y ocho ítems hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad.

Debe aclararse que a mayor puntuación total, mayor nivel de indicadores ansiedad presenta la persona, siendo 0 la puntuación total mínima y 114 la puntuación total máxima, que resulta producto de la acumulación de los 38 ítems donde en cada uno se puntúe tres.

Aparte de esta puntuación total, se han calculado seis sub-puntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. A través de un estudio de validación de la escala llevada a cabo por Spence, Barret y Turner en el año 2003, se obtuvo como resultados de los análisis factoriales confirmatorios, que estos apoyaron los seis factores constantes con los subtipos presumidos de la ansiedad. Igualmente, se obtuvo que la consistencia interna del

resultado total y de las subescalas fue alta, pero el autor no ofrece a todo público los valores numéricos pertinentes a esto.

En enero de 2011, se realizó una prueba piloto a partir de la versión original en español (Ver Anexo C), a la que se le realizaron modificaciones para adaptarla a una muestra venezolana (Ver Anexo D), la cual se empleó con el fin de verificar su validez y confiabilidad al aplicarla en la población venezolana y comparar estos resultados con el estudio de validación de esta escala realizado por Spence, Barret y Turner en el año 2003.

A partir de los resultados obtenidos en un análisis descriptivo en la muestra total (N=428) de la prueba piloto, la cual incluyó 207 niños y 221 adolescentes, se observó una Media=35,26 con una Sd=15,22. La media aritmética que se obtuvo en este estudio fue mayor que la reportada en el estudio de validación realizado por Spence, Barret y Turner (2003) que fue de 23 puntos en población sin diagnóstico clínico psiquiátrico; ésto puede entenderse, ya que Caracas es una ciudad que se encuentra actualmente en una situación social compleja donde factores como la delincuencia y la violencia son protagonistas a diario, quedando expuestos niños y adolescentes a tales situaciones contraproducentes, vívidas o imaginadas, que pueden estar potenciando consecuencias como la ansiedad.

Además, la distribución se mostró leptocúrtica, por lo que los datos se comportaron de manera homogénea entre ellos (Ku=0,255). Presentó una asimetría positiva (As=0,706), donde la curva se encuentra coleada hacia la derecha, ya que la mayoría de los datos se concentraron en los puntajes inferiores, resultado esperado producto de que la muestra estuvo conformada por población no clínica (Ver Anexo E).

En cuanto a los resultados obtenidos, específicamente en la muestra de niños (N=207) se obtuvo una Media=37,11 (Sd=17,24), donde la distribución fue platicúrtica (Ku= -0,189) con una asimetría positiva (As=0,613) coleada hacia la

derecha, por lo que la mayoría de los datos se encontraron en los puntajes inferiores (Ver Anexo E).

En cambio, en la muestra de adolescentes ($N=221$) se obtuvo una media de 33,52 con una desviación estándar de 12,84. Como se puede observar, estos resultados son levemente inferiores en comparación con la muestra de niños. La distribución de adolescentes fue leptocúrtica ($Ku=0,166$) al igual que la muestra general, y con una asimetría positiva ($As=0,575$) igual que las distribuciones anteriores. Fue coleada hacia la derecha mostrando que la mayoría de los datos se concentraron en los niveles inferiores. Esto último es esperado considerando que la muestra está conformada por sujetos de una población no clínica (Ver Anexo E).

Por último, se puede agregar que en cuanto al comportamiento de la muestra total, ésta no se distribuyó de manera normal, lo cual es evidenciado por: (a) el coeficiente Kolmogorov-Smirnov ($S-K=1,74$ con una significancia de 0,005) dando significativo, rechazando así la hipótesis nula en la cual se esperaba normalidad; (b) se mostró una distribución leptocúrtica ($Ku=0,255$) y se espera, generalmente, mesocúrtica si se distribuyeran los datos de manera normal; (c) no se obtuvo una distribución simétrica que sería lo esperado, generalmente, para una distribución normal, sino que mostró una asimetría positiva coleada a la derecha ($As=0,706$) (d) por último el gráfico de QQ-plot mostró como los datos no se adaptan a lo esperado (Ver Anexo E).

Por otra parte, a partir de un análisis de consistencia interna entre los 38 ítems del instrumento SCAS, se obtuvo que la confiabilidad del mismo fue muy alta, ya que arrojó un Alfa de Cronbach igual a 0,88. Además, todos los ítems correlacionaron moderadamente y de manera positiva con el total de la escala, demostrando que todos son valiosos para la misma y por ende convino mantenerlos a todos incluidos (Ver Anexo E).

Posteriormente se realizó un primer análisis factorial exploratorio que se realizó con los 38 ítems que suman la puntuación total del SCAS, éste sugirió, en función de lo visto en su gráfico de sedimentación, considerar dos factores (Ver Anexo E). Éstos explican el 25% de la varianza (Ver Anexo E). Se utilizó el método Varimax con la normalización Kaiser.

Con un modelo bifactorial, los ítems quedarían distribuidos de la siguiente manera en los dos factores:

Tabla 1. *Dos factores obtenidos a través del análisis factorial de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS)*

Factor	Ítems																			
I	1	3	4	6	9	12	13	16	18	19	20	21	24	29	32	34	35	36	37	41
II	2	5	7	8	10	14	15	22	23	25	27	28	30	33	39	40	42	44		

Sin embargo, esta opción a pesar de ser conveniente a nivel estadístico, no es manejable a nivel teórico, ya que, conceptualmente, los ítems correspondientes a cada factor no son homogéneos intra factorialmente, ni se diferencian adecuadamente de los del otro factor.

También se consideró la opción de seis factores, tal como sugirieron Spence, Barret y Turner en 2003. En este caso, éstos cuentan con el 40,6% de la varianza explicada (Ver Anexo E). Se utilizó el método Varimax con la normalización Kaiser.

Los ítems quedarían distribuidos de la siguiente manera en los seis factores:

Tabla 2. *Dos factores obtenidos a través del análisis factorial de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS)*

Factor	Ítem
I	2 5 8 15 25 28 30 33 39 44
II	7 9 10 12 20 22 24 29
III	32 34 36 37
IV	4 6 16 18 19 23 35
V	14 27 40 41 42
VI	1 3 13 21

En el caso de los seis factores, es conveniente, estadísticamente, analizar la información bajo este criterio. Sin embargo, tal como en el modelo bifactorial, éste no resulta viable conceptualmente, ya que los ítems de un mismo factor no cumplen con similares criterios teóricos, ni se diferencian del resto de los ítems de otros factores bajo uno o varios patrones determinados.

Por ende, los resultados del estudio definitivo se analizaron bajo el sistema de una puntuación global de la escala compuesta por la sumatoria de los 38 ítems, tal como se ha mencionado anteriormente.

Tomando en cuenta los resultados arrojados por el presente estudio piloto y los aspectos cualitativos derivados de la administración del instrumento SCAS, se realizaron las siguientes modificaciones para la administración del estudio definitivo (Ver Anexo A):

- Se agregó la opción para que los sujetos colocaran su edad, ya que ésta es una variable a considerar en el estudio final.
- Se agregaron opciones para que el sujeto coloque su sexo y el grado escolar que cursa. Estas variables se tomaron en cuenta con el fin de

equilibrar adecuadamente la muestra utilizada, además de que permite una mayor recolecta de información acerca del sujeto, en caso de ser necesarias a futuro.

- Se realizó una modificación en la instrucción “Marca con una 'X' dentro del paréntesis la opción que muestre qué tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas” agregándole lo siguiente “Intenta ser lo más sincero posible al contestar” para que los sujetos respondieran con mayor honestidad las preguntas del instrumento.
- En el ítem 30 se modificó la palabra “camiones” por “autobuses” para una mayor adaptación a la cultura venezolana y un mejor entendimiento del ítem.
- Se cambió el ítem 19 “No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas”, ya que refiere una doble negación y los sujetos reportaron dificultades en la comprensión de dicho ítem, por lo que se modificó la redacción del mismo a “Me cuesta dejar de pensar en cosas malas o tontas”.
- Se eliminaron 6 ítems positivos de relleno de la escala original de 44 ítems, quedando sólo 38, ya que aquellos no contaban para la puntuación total y podían contribuir de manera negativa a la fatiga de los sujetos.

- *Children Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1992)*

El Inventario de Depresión para Niños (CDI) es una adaptación que hizo Kovacs (1992) del Inventario de Depresión de Beck (BDI). El CDI busca estimar el nivel de depresión que tiene un niño o adolescente a partir de la puntuación global obtenida por el mismo en la herramienta.

Kovacs (1992), al presentar el CDI, ofreció los siguientes resultados: la media aritmética en una población no clínica es de 5,9 con una desviación típica de 5,4. Para una puntuación que cae por encima de un punto de corte, es decir 1 a

2 desviaciones estándar por encima de la media, se considera que ya es positivo para la depresión (Kovacs, 1992).

La puntuación total es obtenida a partir de la acumulada en los 26 ítems que tiene el instrumento. Cada pregunta en el CDI se compone de tres posibles respuestas, el niño o adolescente que se está evaluando selecciona la respuesta que mejor lo describe a él o ella durante las dos semanas anteriores. Cada ítem puede puntuar de cero a dos, lo que le permite ir en un rango de cero a 52 puntos. Se entiende que a mayor puntuación total, se espera mayores indicadores de depresión que presenta la persona. Se aplica a niños y adolescentes entre ocho y diecisiete años inclusive.

Bernal, Rosselló y Martínez (1996) en su estudio evaluaron las propiedades psicométricas del CDI en una muestra de adolescentes de 13 a 20 años y encontraron que en población no clínica (256 participantes) el coeficiente de consistencia interna del CDI fue de 0,82 y en población clínica (59 participantes) fue de 0,80. Es decir, en ambas poblaciones se observa una confiabilidad alta del instrumento.

Bernal, Rivera y Roselló (2005), en un estudio de validación del instrumento CDI para Trastorno de Depresión Mayor con adolescentes puertorriqueños, encontraron que a partir de una puntuación obtenida de 20 ya podría hablarse de este trastorno en el sujeto.

En enero de 2011, se realizó una prueba piloto a partir de la versión original en español (Ver Anexo F) a la cual se le realizaron algunas modificaciones para adaptarla a una muestra venezolana (Ver Anexo G), empleándola con el fin de verificar su validez y confiabilidad al aplicarla en la población nacional y comparar estos resultados con los estudios de validación de esta escala realizado por Bernal, Rosselló y Martínez en el año 1996 y por Bernal, Rivera y Roselló en el año 2005.

Considerando la muestra total ($N=417$) de la prueba piloto, en la cual se incluyen 195 niños y 222 adolescentes, se obtuvieron los siguientes resultados: una media aritmética de 9,85 puntos con una desviación estándar de 5,99 puntos, presentando como rango un mínimo de 0 puntos a un máximo de 33 puntos. La distribución se mostró leptocúrtica con un apuntalamiento acentuado, por lo que los datos se comportaron muy homogéneamente ($Ku=1,07$), situación que es esperada cuando se habla de un concepto clínico en una población no clínica (Ver Anexo H). Además, presentó una asimetría positiva ($As=1,06$), ya que está coleada hacia la derecha, mostrando que la mayoría de los datos se agruparon hacia los puntajes bajos (Ver Anexo H).

Observando cada una de las muestras, según la etapa de desarrollo humano, se obtuvo en los niños ($N=195$) una media de 9,68 puntos con una desviación estándar de 6,52 puntos. La distribución se mostró leptocúrtica ($Ku=0,941$) con una asimetría positiva ($As=1,15$) coleada hacia la derecha, por lo que la mayoría de los datos se concentraron en los puntajes inferiores (Ver Anexo H).

En cuanto a la muestra de adolescentes ($N=222$), se obtuvo una media de 10,01 con una desviación estándar de 5,49 puntos. La distribución fue leptocúrtica ($Ku=1,169$) con una asimetría positiva ($As=0,706$) mostrándose coleada hacia la derecha, indicando así que la mayoría de los datos se encontraron en los puntajes bajos (Ver Anexo H).

Vale destacar que en ambas poblaciones es esperado puntajes bajos, tal como resultó en esta prueba piloto, ya que se trata de población no clínica psiquiátrica y se espera que conceptos que aluden a distorsiones afectivas, como la ansiedad y la depresión, no deben encontrarse acentuados de manera generalizada en los miembros de esta población.

En cuanto a la normalidad de la muestra total, se puede decir que ésta no se distribuyó normalmente, lo cual es reflejado por: (a) el coeficiente Kolmogorov-

Smirnov ($S-K=2,64$ con una significancia de 0,000) dando significativo, rechazando así la hipótesis nula en la cual se esperaba normalidad; (b) se mostró una distribución leptocúrtica ($Ku=1,07$) y se espera, generalmente, mesocúrtica si se distribuyeran los datos de manera normal; (c) no se obtuvo una distribución simétrica que sería lo esperado, generalmente, para una distribución normal, sino que mostró con una asimetría positiva coleada a la derecha ($As=1,06$); y (d) por último el gráfico de QQ-plot mostró que los datos no se adaptaban a la línea de normalidad esperada (Ver Anexo H).

A partir de un análisis de consistencia interna del instrumento CDI, se obtuvo que la confiabilidad del mismo fue alta, ya que arrojó un Alfa de Cronbach igual a 0,797 (Ver Anexo H). Este coeficiente confirma el valor de consistencia interna presentado por Bernal, Rosselló y Martínez (1996), en su estudio de evaluación de las propiedades psicométricas del CDI que fue de 0,82 en población sin diagnóstico clínico psiquiátrico.

A continuación, se observó que no todos los ítems correlacionaron positivamente con el total de la escala. El ítem CDI19 correlacionó negativamente con la escala ($CDI19= -0,147$), es decir a menor puntuación en el ítem, mayor puntuación en la escala, lo cual no conviene para el propósito de la presente investigación, ya que se busca que todos y cada uno de los ítems sean representativos en sí de lo que busca medir la escala. Así mismo, en caso de ser eliminado el CDI19, la escala subiría su coeficiente Alfa de Cronbach de 0,797 a 0,818. En cuanto al ítem CDI6, si bien correlaciona positivamente con la escala total, esta correlación es muy baja ($CDI6=0,010$), y a su vez la escala aumentaría su coeficiente de consistencia interna levemente si este ítem fuese eliminado (de Alfa de Cronbach= 0,797 a Alfa de Cronbach= 0,805) (Ver Anexo H).

Además, a partir de un primer análisis factorial exploratorio que se realizó con los 27 ítems que cuentan para la puntuación total del CDI versión original, éste sugirió, en función de lo visto en su gráfico de sedimentación, que se considerara dos factores para interpretar dicho inventario (Ver Anexo H).

Los dos factores explican el 26% de la varianza (Anexo H). Se utilizó el método Varimax con la normalización Kaiser.

Los ítems quedarían distribuidos en la tabla de la siguiente manera:

Tabla 3. Factores obtenidos a través del análisis factorial del Inventario de Depresión Infantil (CDI)

Factor	Ítems																		
I	1	2	3	4	7	8	9	10	11	12	14	16	17	18	20	21	22	24	25
II									5	13	15	23	26	27					

Sin embargo, esta opción a pesar de ser conveniente a nivel estadístico, no es manejable a nivel teórico, ya que conceptualmente los ítems correspondientes a cada factor no son homogéneos intra factorialmente ni se diferencian adecuadamente de los del otro factor.

Por ende, los resultados del estudio definitivo se analizaron bajo el sistema de una puntuación global de la escala compuesta por la sumatoria de los 26 ítems definitivos (una vez eliminado el ítem 19 de la escala).

Tomando en cuenta los resultados arrojados por el estudio piloto y los aspectos cualitativos derivados de la administración del instrumento CDI, se realizaron las siguientes modificaciones (Ver Anexo B):

- Se eliminó la opción “Nombre” con el fin de garantizar el anonimato de los sujetos.
- Se le agregó la siguiente instrucción en la parte superior de la primera hoja del instrumento: “Marca con una 'X' dentro del cuadrado la opción que consideres que más se identifica contigo, recuerda marcar solo una opción por pregunta.

Intenta responder lo más sinceramente posible. No hay respuestas buenas o malas”.

- En los ítems 10, 11 y 17 se modificó la frase “de cuando en cuando” por “de vez en cuando” para una adaptación a la cultura venezolana y un mejor entendimiento.
- Al ítem 6 se le modificó su redacción, ya que influye negativamente en la confiabilidad del instrumento, y además, no se encuentran delimitadas temporalmente sus alternativas de modo adecuado como el resto de los ítems ocasionando dificultades en su comprensión. Las opciones del ítem se modificaron de la siguiente manera: la primera opción del ítem “A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas” se cambió a “De vez en cuando pienso que me pueden ocurrir cosas malas”; la segunda opción del ítem “Me preocupa que me ocurran cosas malas” a “Muchas veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas” y la tercera opción del ítem “Estoy seguro que me van a ocurrir cosas terribles” a “Siempre pienso que me van a ocurrir cosas malas”
- Se eliminó de la escala el ítem 19, ya que además de correlacionar negativamente con la escala. Su eliminación garantizaba un aumento en la confiabilidad del instrumento (en 2,1 puntos). Además, conceptualmente no parecía ser un ítem propio de una escala de depresión, sino más bien se apegaba a una pregunta acerca de miedos somáticos en niños y adolescentes.

Procedimiento

Las escalas se validaron para la población venezolana a través de una prueba piloto. Por lo tanto, este procedimiento consistió en ir a colegios regulares de Caracas, donde se les hizo la solicitud a la directiva de los mismos para administrarles los instrumentos a los estudiantes. Se mantuvieron en todos los casos los controles de iluminación, ruido y demás factores que puedan resultar de

interferencia para los sujetos. El análisis de los datos recogidos se explicará en el siguiente apartado.

Todo el proceso de recolección de datos del estudio piloto duró un tiempo aproximado de una semana.

Tanto para la prueba piloto como para el estudio definitivo, se administraron los instrumentos de modo aleatorio entre los sujetos. Se les facilitó un lápiz mongol número dos para que respondieran los cuestionarios y a cada sujeto se le ubicó en una mesa individual a un metro y medio de distancia del otro para asegurar que los sujetos no copiaran las respuestas de los compañeros y evitar así cualquier tipo de comunicación. Una vez finalizado el primero de los instrumentos, se les entregó a continuación el siguiente hasta que completaron los dos instrumentos requeridos. Entre cada escala se les concedió cinco minutos de receso a los sujetos para reducir el efecto de la falta de atención y concentración por causa de la fatiga. El proceso de administración duró en total un máximo de 45 minutos aproximadamente por cada sujeto.

En cuanto al estudio definitivo, una vez predeterminados los sujetos incluidos en la muestra en forma intencional, habiéndolos seleccionado de las instituciones especiales e instituciones regulares escogidas de Caracas, se procedió a la aplicación de las escalas de ansiedad y depresión en un salón de cada respectiva institución, controlando una iluminación y ventilación adecuada, donde se minimizaron los ruidos y demás factores que pudieron resultar de interferencia y distracción para los sujetos.

En el caso de los niños y adolescentes con un Trastorno Generalizado del Desarrollo que mostraron dificultad en responder a las escalas de manera individual, se les administró las mismas de manera oral a cada uno de ellos con la asesoría individual de uno de los investigadores, y se les concedió mayor tiempo de descanso entre ítem e ítem y entre ambas escalas.

Una vez que todos concluyeron, se cerró el procedimiento agradeciendo a todos los participantes por su colaboración y retirándose los administradores del lugar. A continuación se dio paso al proceso de análisis de datos, a partir de la construcción de una base de los mismos.

Todo el proceso de recolección de datos del estudio definitivo, duró un tiempo aproximado de tres semanas o lo que es lo mismo 15 días hábiles.

Análisis de datos

Una vez recogidos los datos de la prueba piloto, se procedió a analizarlos en el programa *Statistical Package For Social Sciences* versión 17 (SPSS), donde se colocó cada sujeto en su respectiva fila y cada respuesta de ítem en su respectiva columna, así como su etapa de desarrollo humano (“0” si era niño, “1” si era adolescente). Se procedió a realizar un análisis de confiabilidad a partir del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach y se comprobó que ningún ítem afectase significativamente a su respectiva escala. Además, se obtuvieron los estadísticos descriptivos y se realizaron los análisis factoriales pertinentes para cada instrumento.

Al concluir la recopilación de datos del estudio definitivo, después de la aplicación de los instrumentos, se creó una base de datos a partir de la cual se realizaron los análisis estadísticos utilizando el mismo programa que se usó para el análisis de los datos de la prueba piloto (SPSS, Versión 17).

Se colocó en las filas a los sujetos incluidos en la muestra seleccionada para el estudio. La columna uno se estableció para las etapas de desarrollo humano categorizadas en niños y adolescentes, donde se colocó cero a los sujetos considerados niños según los criterios preestablecidos, y uno a los sujetos considerados adolescentes. La columna dos se estableció para la condición de

TGD, donde se procedió a colocar cero si el sujeto no tenía diagnóstico clínico psiquiátrico, uno si el sujeto tenía diagnóstico de TA, o dos en caso de que el sujeto haya sido diagnosticado con AAF. La columna tres se estableció para la variable ansiedad y se procedió a colocar la puntuación total obtenida por el sujeto en la escala de esta variable (SCAS). Por último, la puntuación total obtenida por el sujeto en el Inventario de Depresión en Niños (CDI), se colocó en la columna cuatro.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obteniendo los estadísticos pertinentes para la muestra en general, tanto para ansiedad como para depresión, sin discriminar por etapa de desarrollo humano ni por condición de TGD (media aritmética, desviación estándar, mínimo, máximo, asimetría y kurtosis), así como la utilización del gráfico histograma para cada una de las variables dependientes.

A continuación, se realizó un contraste entre los grupos a partir del análisis estadístico t de Student para grupos independientes, sin embargo, se verificó primero que se cumplieran sus supuestos (equivalencia de las varianzas entre los grupos, a partir de la prueba de Levine; variables dependientes deben distribuirse normalmente, a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, de su asimetría y kurtosis, y/o a través de un gráfico de normalidad como el QQ Plot).

Una vez comprobado la no violación de los supuestos, se corrió el análisis de los datos a partir de las 26 pruebas de t de Student pertinentes al estudio y se obtuvieron los resultados, considerando la t de Student, la significancia y sus grados de libertad.

Consideraciones Éticas

Según el Código Deontológico de Investigación en Psicología (Gómez, Peña y Robles, 2002), como consideraciones éticas pertinentes para la presente investigación se incluyeron:

- Previo a la administración de los instrumentos, los investigadores contaron con el permiso y aprobación de los padres y/o representantes legales de los sujetos incluidos en la muestra del estudio; así como de las autoridades de las distintas instituciones a las que se asistió.
- Los investigadores se dirigieron con total respeto y cordialidad hacia los sujetos y sus representantes legales, garantizando el bienestar general de los participantes.
- Los sujetos participaron de manera voluntaria en la investigación teniendo consentimiento informado acerca del procedimiento.
- Se garantizó la confidencialidad y el anonimato en toda la información que cada uno de los sujetos brindó.
- Cada sujeto pudo retirarse por voluntad propia del estudio en cualquier fase del procedimiento.
- La investigación se encuentra justificada, documentada e interpretada siguiendo estándares científicos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Ansiedad (SCAS)

Análisis descriptivo

Al considerar el comportamiento de la variable ansiedad en la muestra en general, a partir de los 67 sujetos que contestaron la SCAS, conformada por 38 ítems de frecuencia de 0 a 3, se obtuvo en la puntuación total un rango que va de un mínimo de 2 puntos a un máximo de 91. Se observa una distribución con asimetría positiva ($As=1,594$), por lo que la mayoría de los sujetos se encuentran en los puntajes más bajos de la escala. Además, es una distribución leptocúrtica, por lo que los valores están concentrados cercanos a la media aritmética ($Ku=3,449$; $Media=31,2985$; $Sd=16,863$), tal como se muestra en la Tabla 4 y en la Figura 1. Adicionalmente, se observa una distribución heterogénea ($CV= 53,87\%$), con un comportamiento que se ajusta a la curva normal ($S-K=1,052$; $sig=0,218$) (Ver Figura 2 y Anexo I).

Tabla 4. *Análisis Descriptivo del Puntaje Total de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS)*

N	
Válidos	67
Perdidos	0
Media	31,2985
Mediana	29,0000
Moda	15,00
Desviación estándar	16,86310
Asimetría	1,594
Error estándar de la asimetría	0,293
Kurtosis	3,449
Error estándar de la Kurtosis	0,578
Rango	89,00
Mínimo	2,00
Máximo	91,00

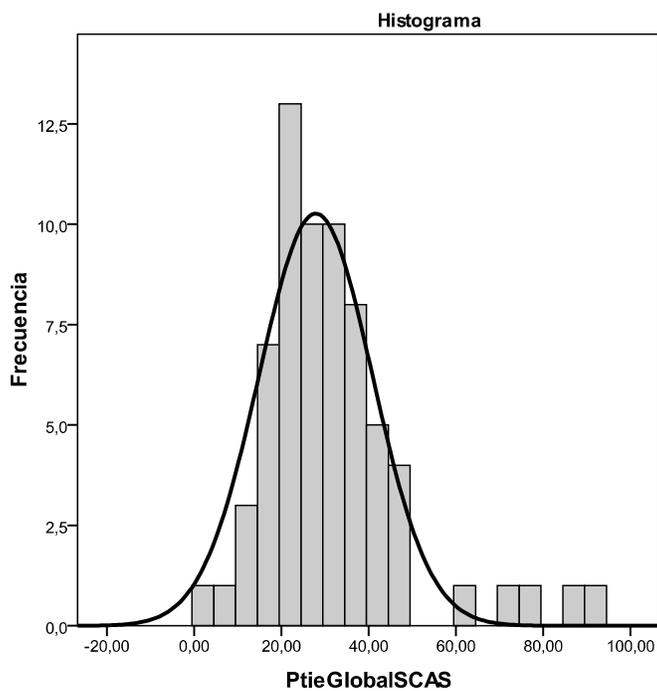


Figura 1. Histograma del Puntaje Global de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS)

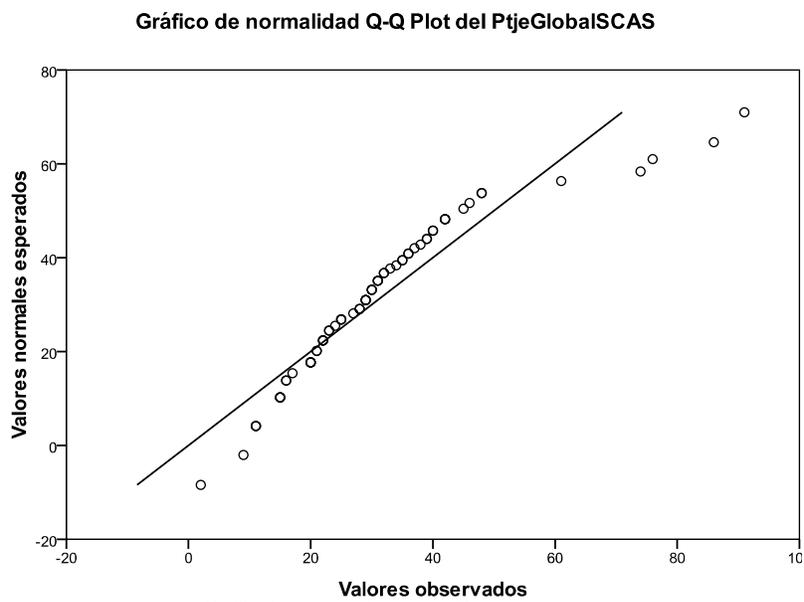


Figura 2. Gráfico de normalidad Q-Q Plot del Puntaje Global de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS)

Diferencias en función de las variables independientes

En primer lugar y en cuanto a la etapa de desarrollo humano, los grupos de niños y adolescentes independientemente de la presencia o no de un diagnóstico clínico psiquiátrico, cumpliendo el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=1,236; $p= 0,27$), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos ($T=0,979$; $gl=65$; $p=0,331$; Media Niños=33,22; Sd= 17,55; Media Adolescentes= 29,18; Sd= 16,08).

En relación con la variable Trastorno Generalizado del Desarrollo, no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos con diagnóstico de TA y con diagnóstico de AAF ($T=1,99$; $gl=23,54$; $p=0,057$; Media TA= 30,90; Sd= 12,85; Media AAF= 43,88; Sd= 24,03), no cumpliendo el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=4,895; $p= 0,034$) (Ver Tabla 5).

Por otro lado, los niveles de ansiedad en el grupo con TA y el grupo sin diagnóstico clínico psiquiátrico (SD) difirieron significativamente ($T=2,109$; $gl=48$; $p=0,04$), siendo el grupo de TA el que muestra los mayores niveles de ansiedad (Media TA=30,90; Sd=12,85; Media SD=24,43; Sd=8,85), cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=1,801; $p= 0,186$). Así mismo, se observaron diferencias significativas entre los grupos de AAF y SD ($T=3,215$; $gl=18,49$; $p=0,005$), en donde el grupo de AAF mostró el puntaje superior (Media AAF=43,88; Sd=24,03; Media SD=24,43; Sd=8,85), no cumpliendo el supuesto de homogeneidad de varianzas de error (Levine=13,92; $p= 0,001$) (Ver Tabla 5).

Adicionalmente, en cuanto al Trastorno de Asperger, no se hallaron diferencias significativas entre los niños y los adolescentes ($T=1,84$; $gl=18$; $p=0,081$; Media Niños= 35,9; Sd= 14,73; Media Adolescentes= 25,9; Sd= 8,72), los cuales cumplen con el supuesto de homogeneidad de varianzas de error (Levine=2,088; $p= 0,166$) (Ver Tabla 5). Igualmente, en el caso del Autismo de alto funcionamiento, se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas de error (Levine=0,314; $p= 0,584$), y no hubo diferencias significativas en función de la

etapa de desarrollo ($T=0,315$; $gl=15$; $p=0,757$; Media Niños= 42,3; $Sd=24,07$; Media Adolescentes= 46,14; $Sd= 25,71$) (Ver Tabla 5).

En relación a los participantes sin diagnóstico clínico psiquiátrico, cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de varianzas de error ($Levine=2,38$; $p= 0,134$), los niveles de ansiedad tampoco difirieron significativamente en función de la etapa de desarrollo ($T=0,591$; $gl=28$; $p=0,559$; Media Niños= 25,4; $Sd= 10,32$; Media Adolescentes= 23,946; $Sd= 7,34$) (Ver Tabla 5).

Por último, y considerando las diferencias en ansiedad en función del diagnóstico, para el grupo de niños y para el grupo de adolescentes, se halló que para el caso de niños, no se encontraron diferencias significativas entre el TA y AAF ($T=0,717$; $gl=18$; $p=0,483$; Media TA=35,9; $Sd=14,73$; Media AAF=42,3; $Sd=24,07$), cumpliendo con el supuesto de la homogeneidad de las varianzas ($Levine=0,814$; $p= 0,379$) (Ver Tabla 5). Por otro lado, si se hallaron diferencias significativas entre los grupos de niños con TA y el SD ($T=2,1$; $gl=23$; $p=0,047$), siendo el TA el que presenta la media superior comparado al SD (Media TA=35,90; $Sd= 14,73$; Media SD=25,40; $Sd= 10,32$), cumpliendo el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error ($Levine=0,944$; $p= 0,341$). Igualmente, se hallaron diferencias significativas entre los grupos de niños de AAF y SD ($T=2,42$; $gl=23$; $p=0,024$), en donde AAF presenta la media superior (Media AAF=42,30; $Sd=24,07$; Media SD=25,4; $Sd=10,32$), cumpliendo el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error ($Levine=3,123$; $p= 0,090$) (Ver Tabla 5).

En relación con los adolescentes, se observó que los grupos con diagnóstico de TA y AAF, los cuales no cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas de error ($Levine=10,339$; $p=0,006$), no obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos ($T=2,003$; $gl=6,97$; $p=0,085$; Media TA=25,9; $Sd=8,723$; Media AAF=46,14; $Sd=25,71$). Igualmente, en relación al contraste de las medias de los grupos de TA y SD, mostró homogeneidad de las varianzas de error ($Levine=0,14$; $p= 0,712$), y no se obtuvieron diferencias significativas ($T=0,753$; $gl=23$; $p=0,459$; Media TA=25,9; $Sd=8,723$; Media SD=23,46; $Sd=7,34$). Así mismo, el contraste entre adolescentes

con AAF y SD no presentó diferencias estadísticamente significativas ($T=2,29$; $gl=6,46$; $p=0,059$; Media AAF=46,14; Sd=25,71; Media SD=23,46; Sd=7,34), no cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error ($L=17,92$; $p= 0,000$), tal como se señala en la Tabla 5 a continuación.

Tabla 5. *Tabla de contrastes de t de Students de la SCAS*

Contrastes	Media-Desviación	Levine	Sig Levine	T	gl	Sig T
Niños / Adolescentes		1,236	0,27	0,979	65	0,331
Niños	33,22 – 17,55					
Adolescentes	29,18 – 16,08					
TA / AAF		4,895	0,034	1,99	23,54	0,057
TA	30,90 – 12,85					
AAF	43,88 – 24,03					
TA / SD		1,801	0,186	2,109	48	0,040*
TA	30,90 – 12,85					
SD	24,43 – 8,85					
AAF / SD		13,92	0,001	3,215	18,49	0,005*
AAF	43,88 – 24,03					
SD	24,43 – 8,85					
TA: Niños / Adolescentes		2,088	0,166	1,84	18	0,081
Niños	35,90 – 14,73					
Adolescentes	25,90 – 8,72					
AAF: Niños / Adolescentes		0,314	0,584	0,315	15	0,757
Niños	42,30 – 24,07					
Adolescentes	46,14 – 25,71					
SD: Niños / Adolescentes		2,38	0,134	0,591	28	0,559
Niños	25,40 – 10,32					
Adolescentes	23,946 – 7,34					
Niños : TA / AAF		0,814	0,379	0,717	18	0,483
TA	35,90 – 14,73					
AAF	42,30 – 24,07					
Niños : TA / SD		0,944	0,341	2,10	23	0,047*
TA	35,90 – 14,73					
SD	25,40 – 10,32					
Niños : AAF / SD		3,123	0,090	2,42	23	0,024*
AAF	42,30 – 24,07					
SD	25,40 – 10,32					
Adolescentes: TA / AAF		10,339	0,006	2,003	6,97	0,085
TA	25,90 – 8,723					
AAF	46,14 – 25,71					
Adolescentes: TA / SD		0,14	0,712	0,753	23	0,459
TA	25,90 – 8,723					
SD	23,46 – 7,34					
Adolescentes: AAF / SD		17,92	0,000	2,29	6,46	0,059
AAF	46,14 – 25,71					
SD	23,46 – 7,34					

Depresión (CDI)

Análisis descriptivo

A partir de los resultados obtenidos, considerando el comportamiento de la variable depresión en la muestra en general, se observa que a partir de los 67 sujetos que respondieron el CDI, el cual está conformado por 26 ítems que van de 0 a 2, se obtuvo en un rango con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 35 puntos. Muestra una distribución con asimetría positiva ($As=1,485$), ya que la mayoría de los sujetos respondieron con los valores inferiores de la escala, siendo una distribución leptocúrtica, estando la mayoría de los puntajes concentrados cercanos a la media aritmética ($Ku= 4,573$; $Media=9,6567$; $Sd=5,761$) (Ver Tabla 6 y la Figura 3). Además, presenta dispersión de los datos, siendo una distribución heterogénea ($CV= 59,66\%$) que se ajusta a la curva normal ($S-K=0,968$; $sig=0,306$) (Ver Figura 4 y Anexo J).

Tabla 6. Análisis Descriptivo del Puntaje Total del Inventario de Depresión Infantil (CDI)

N	
Válidos	67
Perdidos	0
Media	9,6567
Mediana	10,0000
Moda	11,00
Desviación estándar	5,761
Asimetría	1,485
Error estándar de la asimetría	0,293
Kurtosis	4,573
Error estándar de la Kurtosis	0,578
Rango	35,00
Mínimo	0,00
Máximo	35,00

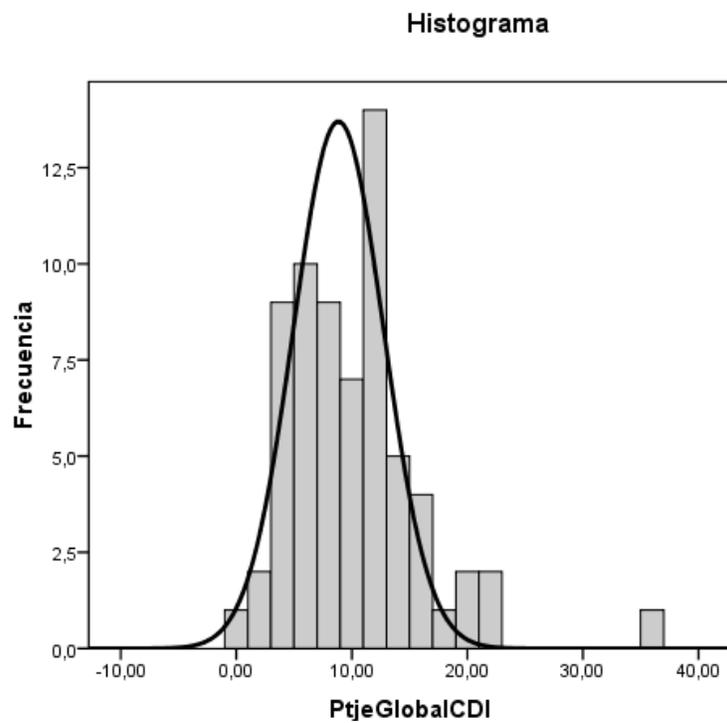


Figura 3. Histograma del Puntaje Global del Inventario de Depresión en Niños (CDI)

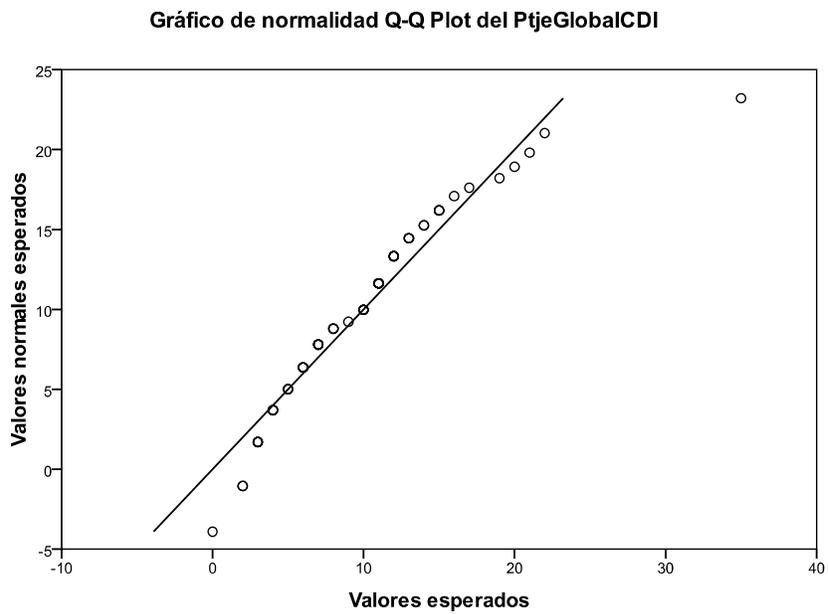


Figura 4. Gráfico de normalidad Q-Q Plot del Puntaje Global en el Inventario de Depresión en Niños (CDI)

Diferencias en función de las variables independientes

En lo que respecta a depresión, a partir de los resultados que se presentan en la Tabla 7, se observó que en cuanto a la etapa de desarrollo humano independientemente de la presencia o no de un diagnóstico clínico psiquiátrico, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de depresión ($T=1,018$; $gl=65$; $p=0,312$; Media Niños=8,97; Sd=4,99; Media Adolescentes=10,41; Sd=6,51), cumpliendo el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=0,115; $p=0,736$),

En relación con la variable Trastorno Generalizado del Desarrollo, no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos con diagnóstico de TA y con diagnóstico de AAF ($T=0,295$; $gl=35$; $p=0,77$; Media TA=12; Sd=6,8; Media AAF=12,59; Sd=4,99), cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de las varianzas (Levine=0,092; $p=0,764$) (Ver Tabla 7).

Por el contrario, se hallaron diferencias significativas entre los grupos con diagnóstico de TA y SD ($T=3,817$; $gl=48$; $p=0,000$), siendo el grupo de TA el que muestra los mayores niveles de depresión (Media TA=12; Sd=6,8; Media SD=6,43; Sd=3,46); en el cual se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=1,953; $p=0,169$). Así mismo, se encontraron diferencias significativas entre los grupos con diagnóstico de AAF y SD ($T=4,981$; $gl=45$; $p=0,000$), en donde el grupo de AAF mostró el puntaje superior (Media AAF=12,59; Sd=4,99; Media SD=6,43; Sd=3,46), cumpliéndose el supuesto de homogeneidad de varianzas de error (Levine=2,016; $p=0,163$) (Ver Tabla 7).

En relación al Trastorno de Asperger, no se hallaron diferencias con respecto a los niveles de depresión según la etapa de desarrollo humano ($T=0,849$; $gl=18$; $p=0,407$; Media Niños=10,7; Sd=3,23; Media Adolescentes=13,3; Sd=9,13), cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=3,363; $p=0,083$) (Ver Tabla 7). Así mismo, en cuanto al Autismo de alto funcionamiento, cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de las varianzas

de error (Levine=0,139; $p= 0,715$), los grupos de niños y adolescentes no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de depresión ($T=0,107$; $gl=15$; $p=0,916$; Media Niños=12,7; Sd=4,81; Media Adolescentes=12,43; Sd=5,62) (Ver Tabla 7).

En relación a los sujetos sin diagnóstico clínico psiquiátrico, en el contraste de ambos grupos de niños y adolescentes, cumpliendo con el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=0,042; $p= 0,84$), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($T=1,808$; $gl=28$; $p=0,081$; Media Niños=5,33; Sd=3,54; Media Adolescentes=7,53; Sd=3,11) (Ver Tabla 7).

Finalmente, considerando únicamente el grupo de niños, no se hallaron diferencias significativas entre el TA y el AAF ($T=1,091$; $gl=18$; $p=0,289$; Media TA=10,7; Sd=3,23; Media AAF=12,7; Sd=4,81), en donde se cumple el supuesto de homogeneidad (Levine=1,507; $p= 0,235$), tal como se encuentra señalado en la Tabla 7. Por otro lado, se hallaron diferencias significativas entre los grupos de niños con TA y SD ($T=3,841$; $gl=23$; $p=0,001$), siendo el TA el que presenta la media superior con respecto al SD (Media TA=10,7; Sd=3,23; Media SD=5,33; Sd=3,54), los cuales en ambos casos son grupos homogéneos (Levine=0,303; $p= 0,587$). Igualmente, se hallaron diferencias significativas entre los grupos de niños de AAF y SD ($T=4,419$; $gl=23$; $p=0,000$), en donde el grupo AAF presenta la media superior (Media AAF=12,7; Sd=4,81; Media SD=5,33; Sd=3,54), cumpliéndose el supuesto esperado de homogeneidad de varianza de error (Levine=0,846; $p=0,367$) (Ver Tabla 7).

En relación con los adolescentes, se observó que los grupos con diagnóstico de TA y AAF, habiendo homogeneidad en las varianzas de error (Levine=0,541; $p=0,473$), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($T=0,223$; $gl=15$; $p=0,826$; Media TA=13,3; Sd=9,13; Media AAF=12,43; Sd=5,62). Igualmente, en relación al contraste de las medias de los grupos de TA y SD, en donde no se cumplió el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=4,368; $p= 0,048$), no se obtuvieron diferencias significativas ($T=1,924$; $gl=10,41$; $p=0,082$; Media TA=13,3; Sd=9,13; Media

SD=7,53; Sd=3,11). En contraste, los adolescentes con AAF y SD sí presentaron diferencias estadísticamente significativas ($T=2,651$; $gl=20$; $p=0,015$), siendo el grupo de AAF el que presentó valores superiores de depresión (Media AAF=12,43; Sd=5,62; Media SD=7,53; Sd=3,11) cumpliéndose el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levine=2,484; $p=0,131$), tal como se señala en la Tabla 7 que se presenta a continuación.

Tabla 7. Tabla de contrastes de t de Students de la CDI

Contrastes	Media-Desviación	Levine	Sig Levine	T	gl	Sig T
Niños / Adolescentes		0,115	0,736	1,018	65	0,312
Niños	8,97 – 4,99					
Adolescentes	10,41 – 6,51					
TA / AAF		0,092	0,764	0,295	35	0,77
TA	12,0 – 6,8					
AAF	12,59 – 4,99					
TA / SD		1,953	0,169	3,817	48	0,000*
TA	12,0 – 6,8					
SD	6,43 – 3,46					
AAF / SD		2,016	0,163	4,981	45	0,000*
AAF	12,59 – 4,99					
SD	6,43 – 3,46					
TA: Niños / Adolescentes		3,363	0,083	0,849	18	0,407
Niños	10,7 – 3,23					
Adolescentes	13,3 – 9,13					
AAF: Niños / Adolescentes		0,139	0,715	0,107	15	0,916
Niños	12,7 – 4,81					
Adolescentes	12,43 – 5,62					
SD: Niños / Adolescentes		0,042	0,84	1,808	28	0,081
Niños	5,33 – 3,54					
Adolescentes	7,53 – 3,11					
Niños: TA / AAF		1,507	0,235	1,091	18	0,289
TA	10,7 – 3,23					
AAF	12,7 – 4,81					
Niños: TA / SD		0,303	0,587	3,841	23	0,001*
TA	10,7 – 3,23					
SD	5,33 – 3,54					
Niños: AAF / SD		0,846	0,367	4,419	23	0,000*
AAF	12,7 – 4,81					
SD	5,33 – 3,54					
Adolescentes: TA / AAF		0,541	0,473	0,223	15	0,826
TA	13,3 – 9,13					
AAF	12,43 – 5,62					
Adolescentes: TA / SD		4,368	0,048	1,924	10,41	0,082
TA	13,3 – 9,13					
SD	7,53 – 3,11					
Adolescentes: AAF / SD		2,484	0,131	2,651	20	0,015*
AAF	12,43 – 5,62					
SD	7,53 – 3,11					

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo comprobar si había diferencias en indicadores de ansiedad y de depresión en tres muestras de niños y adolescentes comparándolos en función de la condición de Trastorno de Asperger (TA), Autismo de alto funcionamiento (AAF) y sin diagnóstico clínico psiquiátrico (SD).

Para ubicarlos dentro de la etapa de desarrollo humano correspondiente a niñez intermedia, se seleccionaron los sujetos en edades comprendidas entre los 8 y 11 años de edad, y para la etapa de la adolescencia entre los 12 y 17 años de edad. Con respecto a los que padecen de un trastorno clínico psiquiátrico, todos fueron diagnosticados por instituciones especializadas en Trastornos Generalizados del Desarrollo ubicadas en Caracas, Venezuela.

El interés por este tema surgió a partir del debate que existe dentro de la investigación clínica psiquiátrica acerca de la posible diferenciación o no entre el TA y el AAF. Manuales como el DSM-IV-TR y el CIE-10 establecen diferencias entre ambos, describiendo a cada uno como categorías diagnósticas independientes dentro de los TGD. Por su parte, hay autores como Pérez y Martos (2009) que estudiaron el aspecto afectivo-emocional y conductual en estas dos poblaciones y afirman que tanto la práctica clínica como la investigación empírica han revelado la existencia de alteraciones en esos aspectos que son comunes a ambos trastornos.

Valorando la importancia y repercusión que puede tener esto sobre la intervención de estos pacientes, se considera de creciente necesidad seguir estudiando esta línea de investigación.

Para ello, se tomaron en cuenta dos variables dependientes (ansiedad y depresión) que permiten ahondar el plano afectivo de estas personas, sin dejar de

lado la etapa de desarrollo humano (niñez intermedia o adolescencia) en la que se encuentran cada uno de los participantes del estudio.

A partir de esto, se trabajó de modo paralelo con los indicadores de ansiedad y depresión, y se consideraron los posibles contrastes pertinentes entre subgrupos, en función de las combinaciones entre la etapa de desarrollo humano de los sujetos con la condición o no de TGD; para así encontrar respuestas a las diversas hipótesis.

Ansiedad

La ansiedad es experimentada frecuentemente por niños, adolescentes y adultos a lo largo de sus vidas como un comportamiento adaptativo; cuando se incrementa su presencia, se convierte en una problemática que parece haber aumentado en las últimas décadas (Borreguero, 2004). A pesar de que Freire, et al, en 2007 afirman que el riesgo de padecer alteraciones psicológicas como ansiedad aumentan notablemente al encontrarse en la etapa de la adolescencia, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre los niños y adolescentes participantes en cuanto a esta variable, a pesar de que si se esperaban ($T=0,979$; $gl=65$; $p=0,331$; Media Niños=33,22; $Sd=17,55$; Media Adolescentes=29,18; $Sd=16,08$). Al realizar un análisis más específico, tomando en cuenta la variable TGD, se confirma este hallazgo en cada uno de los casos.

Al contrastar sólo a los niños con TA con los adolescentes con TA ($T=1,84$; $gl=18$; $p=0,081$; Media Niños=35,9; $Sd=14,63$; Media Adolescentes=25,9; $Sd=8,72$), donde se esperaba, igualmente, mayor ansiedad en los adolescentes, ya que, teóricamente, en esta etapa evolutiva, el grupo de amistades se convierte en el entorno y cobijo principal de cualquiera de ellos, y por ende para un adolescente con TA o AAF el riesgo de mostrar síntomas severos de ansiedad podría aumentar abruptamente, considerando que ellos cuentan con limitadas

habilidades sociales para relacionarse (Freire, et al, 2007). Así mismo sucedió en el caso de los individuos con AAF ($T=0,315$; $gl=15$; $p=0,757$; Media Niños=42,30; $Sd=24,07$; Media Adolescentes=46,14; $Sd=25,71$). Pareciera, que tanto en el caso de las personas con TA como las personas con AAF, desde niños empiezan a aislarse, debido en parte a primeras experiencias frustrantes ante repetidos intentos fracasados por relacionarse, volviéndose menos dependientes de lo social y del entorno; y por ende al llegar a la adolescencia, donde la ansiedad se genera, principalmente, a partir de las relaciones sociales, ésta no se ve incrementada en comparación a la niñez.

El mismo hallazgo se obtuvo en el caso de los niños SD en comparación a los adolescentes SD ($T=0,591$; $gl=28$ $p=0,559$; Media Niños=25,4; $Sd=10,32$; Media Adolescentes=23,946; $Sd=7,34$). Este resultado en particular es el más inesperado según el basamento teórico, ya que se espera mayores indicadores de ansiedad en adolescentes que en niños de manera significativa. Esto puede deberse a dos posibles razones no excluyentes una de otra; una es que en la actualidad, los jóvenes se encuentran sumamente protegidos de posibles situaciones sociales que le generen ansiedad, ya que cuentan con herramientas virtuales y tecnológicas para lidiar con ella, limitando así el contacto social directo (M. Matos, comunicación personal, Julio 20, 2011). La otra explicación, es que la equivalencia obtenida entre niños y adolescentes en ansiedad, se puede deber a que el instrumento utilizado (SCAS), posiblemente, no tiene la capacidad de discriminar en función de la variable etapa de desarrollo humano.

Al parecer, la explicación más válida es que parecen no haber diferencias en cuanto a indicadores de ansiedad entre niños y adolescentes, sino que más bien las discrepancias pueden presentarse en cuanto a las condiciones por las que se genera e intensifica este estado y las manifestaciones del mismo (Aláez-Fernández, et al, 2000).

En el caso de los niños, las principales manifestaciones son temor a sufrir daño uno mismo o las figuras de apego y/o pequeñas fobias; y se evidencia presentando repercusiones como dificultades de aprendizaje, preocupaciones excesivas por separación y problemas de conducta dentro del ámbito escolar (Centre Londres, 1994). Por su parte, razones de índole social son las que generalmente potencian estados ansiosos en adolescentes y lo manifiestan mostrando conductas extremas, ya sea de aislamiento o de riesgo; inseguridad; y en ocasiones viene acompañado por síntomas somáticos (Czernik, et al. 2006).

Por ende, si bien, según Aláez-Fernández, et al. (2000) pueden haber diferencias en cuanto al tipo de síntomas que aparecen en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo, ésta no debería variar en la cantidad de indicadores.

Al comparar los sujetos que tienen TA con los sujetos con AAF, tanto en la muestra general, como en los niños y en los adolescentes, se esperaba que los que presentaban TA mostraran significativamente mayores niveles de ansiedad que los diagnosticados con AAF. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la muestra general entre ellos ($T=1,99$; $gl=23,54$ $p=0,057$; Media TA=30,9; Sd=12,85; Media AAF=43,88; Sd=24,03). Igualmente, fue el caso de la comparación entre niños ($T=0,717$; $gl=18$; $p=0,483$; Media TA=35,9; Sd=14,73; Media AAF=42,3; Sd=24,07) y la comparación entre los adolescentes ($T=2,003$; $gl=6,97$ $p=0,085$; Media TA=25,09; Sd=8,73; Media AAF=46,14; Sd=25,71). Contrariamente a lo encontrado por Ghaziuddin, et al. (1998), quienes sugieren que los sujetos con TA son más dependientes del exterior en su estilo de procesamiento de la información y más conscientes de la complejidad de los pensamientos, fantasías y emociones en comparación a aquellos con AAF, produciéndoles así un posible mayor nivel de ansiedad. Así mismo, en 1999, Tonge, et al. obtuvieron mayores indicadores de ansiedad en los sujetos con TA sobre los que tenían AAF; y explicó que esto podía deberse a que los individuos con TA tienden a estar más conscientes de su

condición y las consecuencias negativas a nivel social que esto conlleva, produciéndoles así mayores niveles de ansiedad.

Los resultados de este estudio, en cuanto a la comparación entre el TA y el AAF, se pueden explicar a través de lo expuesto por Calle y Utria (2004) sobre la Teoría de la mente con relación a individuos con estos trastornos, donde reseñan que tanto unos como los otros sufren una alteración en la habilidad para entender la naturaleza de las representaciones mentales y su papel en la determinación del comportamiento de la gente y de ellos mismos; ya que si bien los que tienen TA se dan cuenta de las características de las otras personas, éstos se encuentran involuntariamente aislados, porque sus aproximaciones tienden a ser inadecuadas. Es decir, aunque pueden describir las intenciones, emociones y pensamientos de los otros; ésto lo realizan sólo de manera mecánica y por ende son incapaces de entenderlos y aprovechar este conocimiento de manera útil y espontánea. Por consiguiente, al presentarse esta incapacidad, tanto en AAF como en TA, conlleva a que ninguno pueda relacionarse exitosamente en su entorno o que la interpretación de este contexto social esté mediada por sus propios esquemas cognitivos rígidos, por lo que este análisis se hace de manera idiosincrática, lo cual pudiera explicar que sus respuestas a los ítems del instrumento no se ajusten a lo esperado por los autores.

La Teoría de la mente, explica que los niños, tanto los que tienen TA como aquellos con AAF, comienzan a percibir que “son diferentes” de los demás compañeros del aula al entrar a la educación básica, generándoles ansiedad a ambos con igual intensidad, a pesar de que lo manifiesten de diversas maneras (Russell y Sofronoff, 2005). En la misma línea, a pesar de que se piensa que el adolescente con TA percibe más el rechazo social del entorno y por ende sufre más ansiedad, tal como afirma Attwood (2002); Calle y Utria (2004) explican que ambos perciben la falta de amigos y la limitada habilidad que tienen para lograrlo, generándoles situaciones frustrantes de estrés que pueden conducir a la presencia de elevados indicadores de ansiedad.

Por otra parte, en cuanto a posibles diferencias entre las personas con TA o con AAF de personas SD; Kim, et al. (2000) afirman que el simple hecho de contar con patrones rígidos de comportamiento y menor adaptación a entornos cambiantes, genera estados de ansiedad más elevados. Esto último sucede con los individuos que tienen TA, los cuales cuentan, además de lo anterior, con limitadas habilidades para relacionarse socialmente, incrementando aún más su ansiedad. Igualmente, en el caso de los individuos con AAF, la ansiedad intensificada se puede deber en parte al propio conocimiento de una discapacidad en el lenguaje que dificulta la interacción para así desenvolverse de modo adaptativo. Esto le genera estrés al individuo de modo regular y constante, lo que conlleva a potenciar indicadores de ansiedad. Además, el niño con AAF tolera muy mal la frustración y se revela ante la contrariedad. Para él, la imposición de normas es extraordinariamente frustrante y mal entendida, generándole un alto grado de ansiedad (Aguirre, et al. 2000).

En la misma dirección que estas teorías, en este estudio, cuando se contrastó la muestra general, independientemente de la etapa de desarrollo humano, si se encontraron diferencias significativas entre las medias aritméticas del grupo de sujetos SD con el grupo TA ($T=2,109$; $gl=48$; $p=0,04$) donde este último arrojó la media más elevada en ansiedad (Media TA=30,90; Sd=12,85; Media SD=24,43; Sd=8,85). Y el mismo caso en los individuos con AAF que muestran indicadores significativamente más altos de ansiedad que los sujetos SD ($T=3,215$; $gl=18,49$ $p=0,005$) (Media AAF=43,88; Sd=24,03; Media SD=24,43; Sd=8,85).

Igualmente, tal como se esperaba en función del basamento teórico, también se hallaron diferencias significativas en ansiedad entre los grupos de niños con TA y SD ($T=2,10$; $gl=23$ $p=0,047$), siendo el TA quien presenta la media superior con respecto a el grupo SD (Media TA=35,90; Sd=14,73; Media SD=25,4; Sd=10,32). Y de la misma manera, se encontraron diferencias significativas entre

los niños con AAF y los niños SD ($T=2,42$; $gl=23$; $p=0,024$), siendo los AAF los que presentaron la media aritmética superior (Media AAF=42,3; Sd=24,07; Media SD=25,4; Sd=10,32).

En cambio, en el caso de los adolescentes, no se encontraron diferencias significativas entre las medias aritméticas de los grupos con TA y SD ($T=0,753$; $gl=23$ $p=0,459$; Media TA=25,9; Sd=8,72; Media SD=23,46; Sd=7,34) ni entre los grupos de adolescentes con AAF y SD ($T=2,29$; $gl=6,46$ $p=0,059$; Media AAF=46,14; Sd=25,71; Media SD=23,46; Sd=7,34), a pesar de lo que afirman Green, et al, (2000), quienes explican que los síntomas de ansiedad son altamente representados en los individuos con TA o con AAF, ya que existen dificultades en la percepción social y afectiva, la cual se agrava para muchos de éstos en la adolescencia. Se resalta que estos hallazgos difieren de los encontrados en la muestra general y en la muestra de niños. En este estudio, los resultados de los contrastes entre adolescentes, coinciden con los obtenidos por Williamson, Craig y Slinger (2008), quienes compararon adolescentes con TA y SD encontrando puntuaciones equivalentes en ansiedad. Esto puede explicarse, tal como describe Attwood (1998), que adolescentes con TA o con AAF pueden desarrollar mecanismos de defensa para hacer frente a sus dificultades sociales y afectivas, por ejemplo, darle menos importancia a la amistad y más a la elección de actividades solitarias, evadiendo así las dificultades para establecer relaciones. En este mismo sentido Williamson, Craig y Slinger (2008) plantearon la posibilidad de que la aprobación de los padres podría compensar o actuar como un amortiguador por la falta de compañeros.

También, se puede plantear la explicación de que mientras los jóvenes SD pocas veces tienen la aproximación a espacios terapéuticos y de asesoramiento a lo largo de su niñez y su adolescencia, los jóvenes con TA o con AAF, generalmente, por su condición se encuentran desde muy temprana edad bajo un acompañamiento psicoterapéutico, lo cual les permite aprender a manejar cada vez de mejor manera sus sentimientos y emociones, logrando reducir por ejemplo,

sus niveles de ansiedad hasta equipararlos a un joven SD (M. Matos, comunicación personal, Julio 20, 2011).

Depresión

Síntomas como la depresión pueden ser considerados funcionales, y aumentan claramente cuando el individuo comienza a entrar en la adolescencia y se mantiene constante hasta superar esta etapa de desarrollo humano (Aláez-Fernández, et al. 2000). En este estudio, cuando se contrastó a todos los niños y adolescentes participantes, independientemente de la condición diagnóstica, en lo que respecta a indicadores de depresión, no se mostraron diferencias significativas ($T=1,018$; $gl=65$; $p=0,312$; Media Niños=8,97; Sd=4,99; Media Adolescentes=10,41; Sd=6,51). En contraposición a lo expresado por Aláez-Fernández, et al. (2000) y coincidiendo con Conesa (2004) y Berger (2010) se podría pensar que la diferencia está más en la forma de expresión en cada una de las etapas de desarrollo que en la presencia o ausencia de depresión. Mientras que el niño en etapa intermedia con depresión tiende a ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse de manera indisciplinada, estar malhumorado y/o sentirse incomprendido (Conesa, 2004); en la adolescencia, el estado anímico depresivo puede ser una respuesta temporal al proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste, a la influencia de las hormonas sexuales y a conflictos de independencia con los padres, entre otros (Berger, 2010).

Al contrastar los niños y los adolescentes en función de su condición diagnóstica, no se obtuvieron diferencias significativas entre ellos en el caso de los TA ($T=0,849$; $gl=18$; $p=0,407$; Media Niños=10,7; Sd=3,32; Media Adolescentes=13,3; Sd=9,13), igualmente sucedió para los que presentaban AAF ($T=0,107$; $gl=15$; $p=0,916$; Media Niños=12,7; Sd=4,81; Media Adolescentes=12,43; Sd=5,62), y tampoco hubo diferencias significativas en

función de la etapa de desarrollo humano entre los dos grupos SD ($T=1,808$; $gl=28$; $p=0,081$; Media Niños=5,33; $Sd=3,54$; Media Adolescentes=7,53; $Sd=3,11$). Contrariamente a Freire, et al, 2007, quienes explican que a partir de la adolescencia el riesgo de padecer alteraciones psicológicas como depresión aumenta notablemente en las personas con TA y AAF. Para estas personas la adolescencia es una época especialmente difícil, ya que en ese momento experimentan un mayor deseo de relación y necesidad de formar parte de un grupo, junto con una clara conciencia de las diferencias entre ellos y los otros jóvenes de su edad. En todos los casos, pareciera que las diferencias en depresión pueden estar en las manifestaciones, en función de la etapa evolutiva, más no en la presencia o ausencia de la misma.

En cuanto a la variable TGD, con independencia de la etapa de desarrollo humano. Russell y Sofronoff, en 2005, encontraron que un grupo de sujetos con TA obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en depresión que un grupo de individuos con AAF. Sin embargo, al comparar en este estudio sujetos que tienen TA con sujetos con AAF, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($T=0,295$; $gl=35$; $p=0,77$; Media TA=12; $Sd=6,8$; Media AAF=12,59; $Sd=4,99$). Esto puede entenderse, ya que, según Pérez y Pérez (2009), ambas poblaciones presentan dificultades similares en habilidades que han sido reflejadas por la Teoría de la mente (atribuir estados mentales y emocionales en los demás y en ellos mismos). En la misma línea, las personas con TA pueden comunicar mejor sus síntomas depresivos que los que tienen un AAF, sin embargo no por ello quiere decir que los síntomas sean más intensos. Esta teoría aplica también al considerar sólo al grupo de niños, donde no se encontraron diferencias significativas entre el grupo TA y el grupo AAF ($T=1,091$; $gl=18$; $p=0,289$; Media TA=10,7; $Sd=3,23$; Media AAF=12,7; $Sd=4,81$), a pesar de que al igual que en la muestra general, si se esperaban diferencias. De igual manera sucedió cuando sólo se consideraron a los adolescentes, donde también se observa que los grupos con TA y con AAF no presentan diferencias

estadísticamente significativas entre las medias aritméticas de ambos ($T=0,223$; $gl=15$; $p=0,826$; Media TA=13,3; Sd=9,13; Media AAF=12,43; Sd=5,62).

Por su parte, tal como se esperaba en la muestra general, se encontraron diferencias significativas entre las medias aritméticas del grupo de sujetos SD con el grupo TA ($T=3,817$; $gl=48$ $p=0,000$) donde este último arrojó la media más elevada en depresión (Media TA=12; Sd=6,8; Media SD=6,43; Sd=3,46). Y de igual manera, se encontró que los sujetos con AAF muestran significativamente indicadores más altos de depresión que los sujetos SD ($T=4,981$; $gl=45$; $p=0,000$) (Media AAF=12,59; Sd=4,99; Media SD=6,43; Sd=3,46), lo cual coincide con el estudio epidemiológico de Stewart, et al. (2006) en donde el AAF y el TA se asocian con una mayor prevalencia en síntomas clínicos psiquiátricos, siendo uno de los más comunes la depresión.

En ambos casos, esto puede ser interpretado a través de la Teoría de la mente, mostrando así indicadores de depresión más intensos que en poblaciones normales. Es decir, esta teoría explica que tanto los individuos con TA como los que tienen AAF pueden mostrar dificultades para predecir la conducta de los otros; dificultad para darse cuenta de las intenciones de los otros y conocer las verdaderas razones que guían sus conductas; dificultad a la hora de explicar sus propias conductas; problemas para entender emociones, tanto las propias como las de los demás, lo que les lleva a mostrar escasas reacciones empáticas; dificultades para comprender cómo sus conductas o comentarios afectarán a las otras personas e influirán en lo que los demás piensen de él al ofrecer cualquier tipo de información. Además, muestran deficiencias para tener en cuenta el nivel de conocimiento y grado de interés del interlocutor sobre el tema en cuestión; dificultad para anticipar lo que los demás pueden pensar sobre su comportamiento y para mentir y para comprender engaños; así como para comprender las interacciones sociales, lo que puede llevar a problemas a la hora de respetar turnos, seguir el tema de la conversación y mantener un contacto ocular adecuado (Centre Londres, 1994).

El hecho de experimentar esta limitación cognitiva no impide que emocionalmente las personas con AAF o con TA se vean afectados negativamente, sino que más bien puede potenciar estados depresivos, mostrando así, en ambas poblaciones, mayores indicadores de depresión que una población no clínica.

Así mismo, al desglosar la muestra general, también en los niños se hallaron diferencias significativas en depresión entre los grupos TA y SD ($T=3,841$; $gl=23$; $p=0,001$), siendo el TA el que presenta la media superior con respecto al SD (Media TA=10,7; Sd=3,23; Media SD=5,33; Sd=3,54). Igualmente, se hallaron diferencias significativas entre los grupos de niños con AAF y SD ($T=4,419$; $gl=23$; $p=0,000$), en donde los que presentan AAF destacan la media superior (Media AAF=12,7; Sd=4,81; Media SD=5,33; Sd=3,54).

Por otro lado, en lo que a adolescentes respecta, Ghaziuddin, et al. (1998), explican que la depresión fue el diagnóstico más común encontrado en adolescentes con TA, estando esta condición más asociada a dicho estado anímico. Sin embargo, en el presente estudio, a diferencia de la muestra general y de la de niños, no se obtuvieron diferencias significativas entre los adolescentes con TA y los SD ($T=1,924$; $gl=10,41$ $p=0,082$; Media TA=13,3; Sd=9,13; Media SD=7,53; Sd=3,11). Al parecer, indiferentemente si es o no población clínica, la comparación social y la búsqueda de aprobación de los demás está muy presente en la adolescencia, influyendo directamente en indicadores de depresión, tal y como refieren Baroff (1991), Brown, et al. (1986) y Harter, 1990, cp. Williamson, Craig y Slinger (2008). Por su parte, Attwood (1998), reporta que los adolescentes con TA pueden desarrollar mecanismos de defensa como una manera de enfrentarse a sus dificultades en el ámbito socio-afectivo, pudiendo de esta forma restarle importancia a la amistad como un factor relevante en sus vidas y tender a elegir actividades que las puedan realizar de manera solitaria, evadiendo así las dificultades que poseen para el establecimiento de relaciones interpersonales, disminuyendo la posibilidad de presentar elevados indicadores de

depresión; esto explicaría la ausencia de diferencias significativas entre los adolescentes con TA y los SD.

De igual manera, Williamson, Craig y Slinger (2008) plantean la posibilidad de si la búsqueda de aprobación de los padres podría compensar o actuar como un amortiguador en la falta de amistades debido a sus limitaciones sociales, para así evitar el contacto con sus pares, que ante sus fracasados intentos por relacionarse, les puede generar indicadores de depresión. Estas últimas explicaciones pueden dar fundamento de la equivalencia en indicadores de depresión entre adolescentes con TA y SD.

En cambio, el contraste entre adolescentes con AAF y adolescentes SD, presentó diferencias estadísticamente significativas ($T=2,651$; $gl=20$; $p=0,015$), al igual que los resultados encontrados en la muestra general y en la de niños. Igualmente, los adolescentes con AAF obtuvieron las puntuaciones más elevadas en comparación a los adolescentes sin diagnóstico clínico psiquiátrico (Media AAF=12,43; Sd=5,62; Media SD=7,53; Sd=3,11). En estos adolescentes (AAF), los resultados encontrados se expresan más claramente por los postulados de la Teoría de la mente en quienes estas limitaciones parecen verse mucho más acentuadas que en los adolescentes con TA.

Vale destacar que este último contraste de medias aritméticas en depresión, es el único que difiere en su resultado de los contrastes realizados en ansiedad, donde en éste último no hubo diferencias significativas entre el grupo de adolescentes con AAF y adolescentes SD, como ya se mencionó anteriormente ($T=2,29$; $gl=6,46$; $p=0,059$; Media AAF=46,14; Sd=25,71; Media SD=23,46; Sd=7,34).

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, el cual tuvo como finalidad comprobar si existen diferencias en indicadores de ansiedad y depresión en niños y adolescentes, en función de la condición de Trastorno de Asperger, Autismo de alto funcionamiento y sin diagnóstico clínico psiquiátrico; se observó que las diferencias en ambos casos estuvieron principalmente entre la condición de presentar Trastorno Generalizado del Desarrollo, indiferentemente cual sea, y los sujetos sin diagnóstico clínico psiquiátrico, no hallándose discrepancias entre los grupos en cuanto a la etapa de desarrollo humano, y entre el Trastorno de Asperger y Autismo de alto funcionamiento.

En relación a la ansiedad, no hubo discrepancias en cuanto a la cantidad de indicadores en la misma entre niños y adolescentes, puesto que no se encontraron diferencias significativas entre las muestras. Específicamente, estos resultados se repiten en los sujetos con TA, así como en los que presentan AAF y los SD. En este caso, pareciera que las diferencias en ansiedad pudieran encontrarse en las manifestaciones, y no en la cantidad de indicadores presentes (Aláez-Fernández, et al. 2000).

Al comparar el TA con el AAF en ansiedad, a pesar de esperarse diferencias, no se encontraron en la muestra general. El mismo caso sucedió al considerarse sólo los niños, y de igual manera al tomarse en cuenta sólo los adolescentes. Con respecto a esto, la Teoría de la mente establece que tanto individuos con TA como con AAF, sufren una alteración en la habilidad para entender la naturaleza de las representaciones mentales y su papel en la determinación del comportamiento de los demás, lo que genera que no puedan relacionarse exitosamente en su entorno, potenciando elevados niveles de ansiedad (Calle y Utria, 2004).

Por otro lado, los individuos sin diagnóstico clínico psiquiátrico presentan menores niveles de ansiedad en comparación con los sujetos con diagnósticos de TA y de AAF. Al considerar únicamente los niños, estas discrepancias se repiten. Las personas con TA o con AAF, por el hecho de presentar un cuadro clínico psiquiátrico, pueden encontrarse expuestas a situaciones con mayor nivel de estrés, y posiblemente más carga de frustración, producto de limitaciones inherentes a su condición, generándoles mayores estados ansiosos (Kim, et al. 2000).

A diferencia de lo anterior, en el caso de los adolescentes, no se diferenciaron los SD con los TA ni con los AAF. Esto se atribuyó a que tanto los adolescentes con TA como los que tienen AAF tienden a desarrollar mecanismos de defensa para compensar sus dificultades sociales y afectivas, disminuyendo los estados ansiosos, por ejemplo, a través de la elección de actividades solitarias, para evadir las limitaciones al establecer relaciones (Attwood, 1998).

Por otra parte, en el caso de la depresión, no hubo diferencias entre niños y adolescentes, considerando tanto la muestra general, como más específicamente la de los sujetos con TA, con AAF o SD. A partir de esto, al igual que en el caso de la ansiedad, pareciera que los niveles con que presentan síntomas depresivos no varía en función de la etapa de desarrollo humano en la que se encuentren, a pesar de que no lo expresen de modo similar y/o que las condiciones sean diferentes (Aláez-Fernández, et al. 2000).

Al considerar el TA con el AAF en el caso de la depresión, no se hallaron diferencias significativas en la muestra general, lo cual también se presentó en el caso específico de los niños y en el de los adolescentes. De esto puede concluirse, según la Teoría de la mente, que ambas poblaciones presentan dificultades similares en las habilidades comunicativas, sociales y conductuales, en donde a pesar de que las personas con TA pueden comunicar mejor sus síntomas depresivos que los que tienen un AAF, no quiere decir que sus

síntomas sean más intensos (Pérez y Pérez, 2009).

En el caso de los individuos de la muestra general sin diagnóstico clínico psiquiátrico, reportan menores niveles de depresión que los sujetos con diagnósticos de TA o de AAF, lo cual también se observó en el caso específico de los niños. De igual manera sucede con los adolescentes sin diagnóstico y los que tienen AAF, siendo éstos últimos los que muestran mayores niveles de depresión. A partir de la Teoría de la mente, se puede concluir que tanto individuos con TA como los que tienen AAF, pueden mostrar dificultades para predecir el comportamiento de los otros, así como para explicar sus propias conductas y entender las emociones, lo que les lleva a mostrar escasas reacciones empáticas y los limita para comprender las interacciones sociales, potenciando estados depresivos en mayor medida que en una población no clínica (Centre Londres, 1994).

En el caso de los adolescentes con TA, no hubo diferencias en indicadores de depresión de los adolescentes SD, lo cual puede explicarse que en aquellos con TA la búsqueda de aprobación de los padres podría compensar la falta de amistades que tienen debido a sus limitaciones sociales, disminuyendo los estados anímicos depresivos causados por estos déficits al ser compensados por otras vías (Williamson, Craig y Slinger, 2008).

Por otra parte, en cuanto a la ansiedad y la depresión, y sus instrumentos utilizados (SCAS y CDI), pareciera que en función del comportamiento en los resultados de las dos variables dependientes, éstas se comportaron de manera similar en todos los contrastes ofrecidos por este estudio, a excepción del contraste de los adolescentes con AAF con los adolescentes SD. A partir de esto, se puede concluir que puede estar habiendo un posible solapamiento a nivel teórico de los conceptos, no quedando claro los límites de cada uno de ellos; y/o que el problema se esté encontrando en los instrumentos utilizados, que pueden

no estar operacionalizando de la manera más adecuada cada uno de sus respectivos conceptos clínicos psiquiátricos.

En conclusión, a partir de estos hallazgos, se observa que las etapas de desarrollo humano consideradas para el presente estudio, no muestran diferencias significativas en indicadores de ansiedad y depresión, lo cual resultó ser inesperado en función del basamento teórico, sobre todo en la población sin diagnóstico clínico psiquiátrico. También resalta que las diferencias en cuanto a estos indicadores parecen encontrarse principalmente en función de la presencia o no de un TGD, independientemente de si es TA o AAF. Estos resultados apoyan la existencia de similitudes entre personas diagnosticadas con TA y las que presentan AAF en cuanto a los síntomas afectivos, contribuyendo con la postura de que no existen diferencias entre estos dos diagnósticos, con la variación en la severidad de los síntomas que caracterizan al espectro autista.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las limitaciones encontradas en el presente estudio, se hace referencia a que como parte de la muestra se necesitaba a poblaciones con un diagnóstico clínico psiquiátrico, específicamente niños y adolescentes con Trastorno de Asperger o con Autismo de alto funcionamiento. Ésto produjo una mayor dificultad al momento de recabar los sujetos, ya que además de que éstos son una población reducida en la sociedad, no todos se encuentran escolarizados o institucionalizados, y su presencia en los centros especializados en Trastornos Generalizados del Desarrollo puede ser en un horario sumamente reducido por semana, a diferencia de niños de población regular que cumplen con un amplio horario escolar. Para esto, se intentó maximizar la búsqueda de sujetos con dichos diagnósticos, abriendo el campo de posibles instituciones que pudiesen colaborar. También se recurrió a la ayuda de psicólogos clínicos que en su consulta privada atendían a pacientes con estos diagnósticos. A pesar de esto, algunos de los resultados inesperados obtenidos en este estudio, pueden atribuirse al tamaño de la muestra utilizada.

Los instrumentos utilizados requieren de una capacidad comprensiva en lectura que les permita entender cada uno de los ítems para que éstos puedan ser completados confiablemente. En este sentido, al momento de recoger la muestra del estudio, se presentaron casos en los que niños con alguno de los dos trastornos implicados, mostraban dificultad o poca coherencia al comprender y responder el contenido de los ítems que el instrumento les preguntaba. En muchos casos, la comprensión de estos niños fue muy concreta y literal, lo que pudo causar distorsiones cuando se requería realizar alguna interpretación o inferencia para responder adecuadamente. Para disminuir esta interferencia, se optó como primera alternativa, brindarle un acompañamiento individual por parte de los investigadores, utilizando las técnicas y el tiempo necesario. En segunda instancia, se acordó invalidar los casos que no mostraban comprensión y coherencia al responder, para así evitar resultados poco confiables. Sin embargo,

algunos resultados de los encontrados que no eran esperados, pueden atribuirse a la naturaleza del instrumento considerando características inherentes a estas poblaciones clínicas.

Por su parte, en lo que a recomendaciones respecta, se sugiere a modo general, continuar con investigaciones que brinden mayor cantidad de argumentos al debate de si el TA y el AAF deberían ser un mismo diagnóstico dentro del espectro autista, en aras de alcanzar mejores evaluaciones, diagnósticos e intervenciones que favorezcan a estos individuos.

En la misma línea de lo anterior, se recomienda realizar nuevas investigaciones que confirmen o refuten los resultados obtenidos en el presente estudio, sobre posibles diferencias en variables afectivas en función de la etapa de desarrollo humano.

En lo que concierne a los instrumentos utilizados, se recomienda realizarle nuevas validaciones venezolanas, que permitan reafirmar o no los resultados obtenidos en la prueba piloto de esta investigación. Con esto, se busca mejorar cada vez más la validez y confiabilidad de este tipo de instrumentos extranjeros adaptados a la cultura venezolana.

Por último, para futuras investigaciones que trabajen con este tipo de trastornos, se recomienda la inclusión de los padres u otros cuidadores, maestros o miembros de los equipos técnicos que los atienden; añadiendo instrumentos que validen las medidas auto referidas por los individuos, ya que estos representantes, generalmente, se muestran muy activos en el cuidado de los niños, y por ende tienen mucho conocimiento de características propias de éstos, que pueden favorecer resultados más confiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaéz-Fernández, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). *Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de <http://www.psicothema.com/pdf/367.pdf>
- American Psychiatric Association DSM IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000). Barcelona: Masson.
- American Psychological Association. (2007). *Divisions of the American Psychological Association*. Recuperado en Noviembre 25, 2009, de <http://www.apa.org/about/division.html>
- Arnau, J. (1995). Metodología de la investigación psicológica. En M.T. Anguera, M.T., J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo. *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A. (1967). *Teoría cognitiva de la depresión*. Bilbao: Biblioteca de psicología Desclee de brouwer.
- Bellini, S. (2004). *Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de <http://foa.sagepub.com/content/19/2/78>
- Bernal, G., Rivera, C., y Roselló, J. (2005). *The children depression inventory (CDI) and the Beck depression inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group in Puerto Rican adolescents*. Recuperado en Noviembre, 26, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33705305>

- Bernal, G., Roselló, J. y Martínez, A. (1996). *El inventario de depresión para niños/as (CDI): Propiedades psicométricas en dos muestras puertorriqueñas*. Recuperado en Octubre, 16, 2010 de <http://hjb.sagepub.com/content/32/2/232.full.pdf+html>
- Bocanegra, P. (s.f.). *Síndrome de Asperger*. Recuperado en Junio, 29, 2010 de <http://www.slowmind.net/pedrogarcia.html>
- Borreguero, M. (2004). *El síndrome de Asperger ¿excentricidad o discapacidad social?*. Madrid: Alianza editorial
- Caballero, R. (2004). *Los trastornos generales del desarrollo: Una aproximación desde la práctica*. Andalucía: CONSEJERIAS DE EDUCACION
- Calle, J., y Utria, O. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 36 (3), 517-530.
- Cecerols, R. (2010). *Descubrir al Asperger*. España: Pairal.
- Centre Londres, (1994). *Ansiedad como se manifiesta en la infancia y niños de preescolar*. Recuperado en Noviembre, 26, 2010 de <http://www.mailxmail.com/ansiedad-trastorno-ninos-adolescentes/ansiedad-como-se-manifiesta-infancia-ninos-preescolar>
- Centro Neuro-Psiquiátrico IANNUS (s.f.) Recuperado en Noviembre, 22, 2009 de <http://iannus.org/comorbilidad> con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Recuperado en Noviembre, 26, 2009 de www.ub.edu/mide/publicacions/doc/article%20isabel%20paula.pdf

- Conesa, X. (2004). *Depresión según edad y sexo*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de <http://www.mailxmail.com/depresion-como-tratarla/depresion-segun-edad-sexo>
- Cornella, J. y Llusent, A. (s.f). *Objetivación clínica del “espectrum autista” durante la pubertad y la adolescencia*. Recuperado en Junio, 29, 2010 de http://www.centrelondres94.com/files/objetivacion_clinica_del_espectrum_autista_durante_la_pubertad_y_la_adolescencia.pdf
- Cornin, D. (2011). *Tensión emocional en el Síndrome de Asperger y Autismo*. Recuperado en Junio, 7, 2011 de <http://autismodiario.org/2011/03/20/tension-emocional-en-el-sindrome-de-asperger-y-autismo/>
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J., y Almirón, L. (2006) *Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes*. Recuperado en Junio, 30, 2010 de http://med.unne.edu.ar/revista/revista162/1_162.pdf
- Farrugia, S., y Hudson, J (2006). *Anxiety in adolescents with Asperger Syndrome: negative thoughts, behavioral problems, and life interference*. Recuperado en Octubre, 29, 2009 de foa.sagepub.com/cgi/content/refs/21/1/25
- Flores, P. (2009). *La ansiedad y su tratamiento cognitivo conductual*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de <http://www.deficitdeatencionperu.org/psicol-gicos-/la-ansiedad-y-su-tratamiento-cognitivo-conductual.html>
- Freire, S., Llorente, M., Gonzalez, A., Martos, J., Martinez, C., y Ayuda, R., (2007). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger*. Sevilla: Asperger Andalucía.
- Galletero, J., Gimón, J., Echeburúa, E., Yllá, L., y Gonzalez, L. (s.f.) La etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*. Recuperado en Noviembre, 23, 2009 de www.psicoter.es/pdf/etiolog_ansiedad.pdf

García, E. y Jorreto, R. (2005). *Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar*. Sevilla: Asperger Andalucía

García, R (2009) *Explicando la depresión*. Recuperado en Noviembre, 27, 2009 de <http://www.somosinternet.com/explicando-la-depresion/>

Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E. y Ghaziuddin, N. (1998). Co-morbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *Journal of Intellectual Disability and Research*, 42, 279-283

Ghaziuddin, M., Ghaziuddin N., y Greden J. (2002) *Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care*. Recuperado en Noviembre, 27, 2009 de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12199134

Gillberg, C. (1989). *Asperger Síndrome in 23 Swedish children: A clinical study*. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 29, 257-266

Gillberg, C. (1998). Outcomes in autism and autistic-like conditions. *Journal of the Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 30. 372-382

Gómez, M., Peña, G., y Robles, J. (2002). *Código Deontológico de la Investigación en Psicología* (1ª ed.). Caracas: Publicaciones UCAB.

Guerra, J. (2011). *Los niños autistas necesitan horarios*. Recuperado en Junio, 7, 2011 de <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkIFayuVplJTTTJoiE.php>

Guzmán, L. y Castañeda, A. (s.f). *Psicología del desarrollo*. Recuperado en Octubre, 16, 2010 de http://members.tripod.com/psico1_deshumano/introduccion.html

- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., y Cox, A. (2000). *Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger Syndrome compared with conduct disorder*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de <http://www.springerlink.com/content/t746jp73747xhp48/fulltext.pdf>
- Happé, F. (1997). *El autismo: componer la mente y entender las piezas*. Recuperado en Mayo, 7, 2011 de <http://www.mindship.org/happe.htm>
- Hernández, L. (s.f.). *Spanish (South American) Version: SCAS child*. Recuperado en Noviembre, 26, 2010 de http://www.scaswebsite.com/index.php?p=1_37
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2002). *Metodología de la Investigación* (3ª ed.). México DF: Mc Graw Hill.
- Ibarra, M., y Gru, A. (1994, Agosto). *Funcionamiento Intelectual en autistas*. Trabajo libre presentado en las XII Jornadas Nacionales de Psiquiatría, Caracas, Venezuela.
- Izquierdo, R. (s.f.). *Niveles de ansiedad en atletas de alto funcionamiento*. Recuperado en Noviembre, 22, 2009 de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art2c001
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*. Recuperado en Noviembre, 28, 2009 de www.garfield.library.upenn.edu/.../A1979HZ31800001.pdf
- Kaplan, H., Sadock, B., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de psiquiatría* (7ª ed.). Panamericana. España.: 530, 531, 583, 584, 588, 589, 593, 627.

- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Kim, J., Szatmari, P., Bryson, S., Streiner, D., y Wilson, F. (2000). *The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome*. Recuperado en Octubre, 29, 2009 de <http://aut.sagepub.com/cgi/content/short/4/2/117>
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory (CDI) Manual*. Toronto: Multi Health Systems. Inc
- López, A. (2006). *Síndrome de Asperger*. Recuperado en Abril, 23, 2010 de <http://www.psicopedagogia.com/asperger>
- López, S. (2008). La conducta socio-afectiva en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa. *Pensamiento psicológico*. 4 (10), 111-121
- Marchesi, A., Coll, C., y Palacios, J. (1999). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza editorial.
- Medury, A., y Lyness, D. (2008). *El autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1&ps=107&cat_id=20258&article_set=63048
- Papalia, D (1996) *Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pérez, P., y Martos, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*. 48 (2), 31-34.

- Pérez, P., y Pérez, J. (2009). *Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: Comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo*. Recuperado en Noviembre, 27, 2009 de www.ub.edu/mide/publicacions/doc/article%20isabel%20paula.pdf
- Pettinelli, M. (2009). *La ansiedad y el Síndrome de Asperger*. Recuperado en Junio, 29, 2010 de <http://cnx.org/content/m33280/latest/>
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital* (2ª ed.). México: Pearson Educación
- Roca, E. (2005). *Teoría cognitiva de Beck para la depresión*. Recuperado en Noviembre, 27, 2009 de <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>
- Russell, E., y Sofronoff, K. (2005). *Anxiety and social worries in children with Asperger syndrome*. Recuperado en Marzo, 18, 2011 de <http://content.ebscohost.com/pdf10/pdf/2005/7ZU/01Jul05/17428608.pdf?T=P&P=AN&K=17428608&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeqK44y9fwOLCmr0mep7NSs6%2B4S7GWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGus0mvp7ZKuePfgex44Dt6fIA>
- Santalla, Z. (2006). *Guía para la elaboración formal de reportes de investigación*. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas, Venezuela.
- Sanz, J. (1993). *Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. Recuperado en Junio, 4, 2010 de http://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf

- Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés SEAS. (1997). *La naturaleza de los trastornos de ansiedad*. Recuperado en Noviembre, 26, 2010 de <http://www.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>
- Schniering, C.A., y Rapee, R.M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The Children's Automatic Thoughts Scale. *Behaviour Research and Therapy: Behavioral Assessment Section*, 40, 1091-1109.
- Spence, S., Barrett, P., Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with young adolescents. *Anxiety Disord.*; 17(6):605-25.
- Stewart, M., Barnard L., Pearson, J., Hasan, R., y O'Brien, G. (2006). *Presentation of depression in autism and Asperger Syndrome: A review*. Recuperado en Octubre, 29, 2009 de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16522713
- Tauro, M. (2008). *Depresión: La pérdida del objeto*. Recuperado en Noviembre 27, 2009, de <http://www.editum.org/Depresion-La-Perdida-Del-Objeto-p-548.html>
- Tellería, C. (2003). *Estudio comparativo del estilo de procesamiento cognitivo en niños diagnosticados con trastornos autista de alto funcionamiento y trastorno de asperger*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Thede, L., y Colidge, F. (2006). *Psychological and neurobehavioral comparisons of children with Asperger's disorder versus High-Functioning Autism*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de http://www.heartforlistening.com/files/Asperger_Thesis_article.pdf

- Tonge, B., Brereton, A., Gray, K., y Einfeld, S. (1999). *Behavioural and emotional disturbance in highfunctioning autism and Asperger syndrome*. Recuperado en Noviembre, 25, 2010 de <http://aut.sagepub.com/content/3/2/117.full.pdf+html>
- Tsai, L. (1998). *PDD national center of children disabilities*. Recuperado en Noviembre 26, de http://www.asgc.org/es-faq_pdd.htm
- Yancen, K. (2001). *Estudio comparativo de dos muestras clínicas de escolares dentro del espectro autista*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Wicks, R. e Israel, A. (2008). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3^a ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Whilliamson, S., Craig, J., y Slinder, R. (2008). *Exploring the relationship between measures of self-esteem and psychological adjustment among adolescents with Asperger Syndrome*. Recuperado en Noviembre, 26, 2010 de <http://aut.sagepub.com/content/12/4/391.full.pdf+html>

ANEXO A

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)

Versión modificada para Estudio Final

ESCALA SCAS

Edad: _____

Sexo: _____

Grado: _____

Marca con una “X” dentro del paréntesis la opción que muestre qué tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas. Intenta ser lo más sincero posible al contestar.

1. Hay cosas que me preocupan

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

2. Me da miedo la oscuridad

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

3. Cuando tengo un problema me duele el estómago

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

4. Siento temor

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

6. Me da miedo presentar un examen

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

11. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

12. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

13. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

14. Me da miedo dormir solo(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

15. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

16. Me dan miedo los perros

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

17. Me cuesta dejar de pensar en cosas malas o tontas

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

18. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

19. De repente empiezo a temblar sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

20. Me preocupa que algo malo pueda pasarme

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

21. Me asusta ir al doctor o al dentista

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

22. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

23. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

24. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

25. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

26. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

27. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, autobuses, parques)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

28. De repente me siento muy asustado(a) sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

29. Me dan miedo los insectos o las arañas

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

30. De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

31. Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

32. De repente mi corazón late muy rápido sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

33. Me preocupa estar asustado(a) cuando hay nada que temer

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

34. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

35. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

36. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

37. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

38. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

ANEXO B

Inventario de Depresión en Niños (CDI)

Versión modificada para Estudio Final

CUESTIONARIO CDI

Edad: _____

Sexo: _____

Grado: _____

Marca con una "X" dentro del cuadrado la opción que consideres que más se identifica contigo, recuerda marcar solo una opción por pregunta. Intenta responder lo más sinceramente posible. No hay respuestas buenas o malas.

- | | |
|---|---|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando
 <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces.
 <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien
 <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas.
 <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas
 <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas
 <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas
 <input type="checkbox"/> Nada me divierte</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Soy malo siempre
 <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces
 <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces</p> <p>6. <input type="checkbox"/> De vez en cuando pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 <input type="checkbox"/> Muchas veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 <input type="checkbox"/> Siempre pienso con seguridad que me van a ocurrir cosas malas</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Me odio
 <input type="checkbox"/> No me gusta como soy
 <input type="checkbox"/> Me gusta como soy</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía.
 <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía.
 <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme
 <input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría
 <input type="checkbox"/> Quiero matarme.</p> | <p>10. <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días
 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días
 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre
 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces.
 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando.</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente
 <input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente.</p> <p>13. <input type="checkbox"/> No puedo decidirme
 <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme
 <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto
 <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 <input type="checkbox"/> Soy feo</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme
 <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme.
 <input type="checkbox"/> Duermo muy bien</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Estoy cansado de vez en cuando
 <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días
 <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre</p> |
|---|---|

18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
19. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
20. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
21. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
22. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
- Algunos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
23. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
24. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
25. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen
26. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

ANEXO C

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)

Versión original en español

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con qué tan seguido te pasan estas cosas a tí. No hay respuestas buenas o malas.

1. Hay cosas que me preocupan
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
2. Me da miedo la obscuridad
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
3. Cuando tengo un problema siento feo en el estómago
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
4. Siento temor
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
6. Me da miedo presentar un examen
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

15. Me da miedo dormir solo(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

17. Soy bueno en los deportes

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

18. Me dan miedo los perros

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

21. De repente empiezo a temblar sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

23. Me asusta ir al doctor o al dentista

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

26. Soy un(a) buen(a) niño(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

- 28.** Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 29.** Me preocupa lo que otras personas piensan de mí
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 30.** Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques)
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 31.** Me siento feliz
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 32.** De repente me siento muy asustado(a) sin razón
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 33.** Me dan miedo los insectos o las arañas
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 34.** De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 35.** Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 36.** De repente mi corazón late muy rápido sin razón
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 37.** Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 38.** Me gusta como soy
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 39.** Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños)
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 40.** Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 41.** Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

43. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en la escuela

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

ANEXO D

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)

Versión para Prueba Piloto

Escala SCAS

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Grado:** _____

Marca con una “X” dentro del paréntesis la opción que muestre qué tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas. Intenta ser lo más sincero posible al contestar.

1. Hay cosas que me preocupan
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
2. Me da miedo la oscuridad
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
3. Cuando tengo un problema me duele el estómago
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
4. Siento temor
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
6. Me da miedo presentar un examen
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

- 12.** Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 13.** De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 14.** Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien
 (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 15.** Me da miedo dormir solo(a)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 16.** Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 17.** Soy bueno en los deportes
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 18.** Me dan miedo los perros
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 19.** No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 20.** Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 21.** De repente empiezo a temblar sin razón
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 22.** Me preocupa que algo malo pueda pasarme
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 23.** Me asusta ir al doctor o al dentista
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 24.** Cuando tengo un problema me siento nervioso(a)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 25.** Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 26.** Soy un(a) buen(a) niño(a)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, autobuses, parques)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

31. Me siento feliz

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

33. Me dan miedo los insectos o las arañas

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

34. De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

35. Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

37. Me preocupa estar asustado(a) cuando hay nada que temer

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

38. Me gusta como soy

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

39. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

40. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

43. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en el colegio

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

ANEXO E

Tablas y gráficos de los análisis descriptivos, análisis de confiabilidad y análisis factorial de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) en la Prueba Piloto

Tabla E.1. *Estadísticos Descriptivos de la Muestra Total*

N	Valid	428
	Missing	0
Mean		35,2570
Median		33,0000
Mode		29,00
Std. Deviation		15,22137
Skewness		,706
Std. Error of Skewness		,118
Kurtosis		,255
Std. Error of Kurtosis		,235
Minimum		2,00
Maximum		91,00

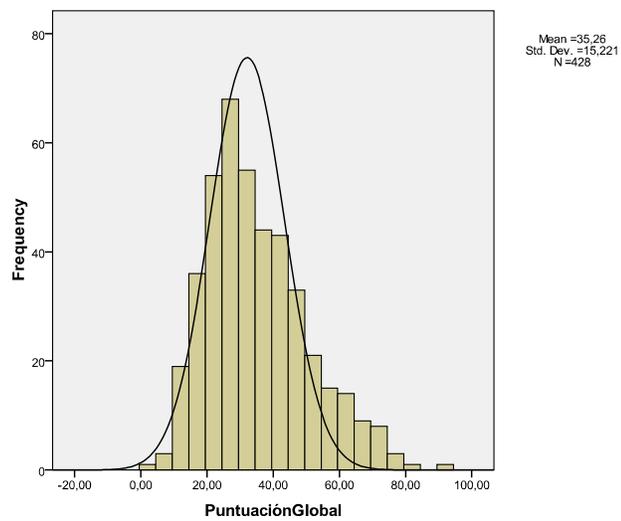


Figura E.2. Histograma de la Distribución de la Muestra Total SCAS

Tabla E.3. *Estadísticos Descriptivos de la Muestra de Niños SCAS*

N	Valid	207
	Missing	0
Mean		37,1111
Median		34,0000
Mode		29,00
Std. Deviation		17,24417
Skewness		,613
Std. Error of Skewness		,169
Kurtosis		-,189
Std. Error of Kurtosis		,337
Minimum		2,00
Maximum		91,00

Tabla E.4. *Estadísticos Descriptivos de la Muestra de Adolescentes*

N	Valid	221
	Missing	0
Mean		33,5204
Median		32,0000
Mode		27,00
Std. Deviation		12,84473
Skewness		,575
Std. Error of Skewness		,164
Kurtosis		,166
Std. Error of Kurtosis		,326
Minimum		9,00
Maximum		74,00

Tabla E.5. *Coefficiente Kolmogorov Smirnov sobre la Distribución de la Muestra SCAS*

		PuntuaciónGlobal
N		428
Normal Parameters ^{a,,b}	Mean	35,2570
	Std. Deviation	15,22137
Most Extreme Differences	Absolute	,084
	Positive	,084
	Negative	-,047
Kolmogorov-Smirnov Z		1,744
Asymp. Sig. (2-tailed)		,005

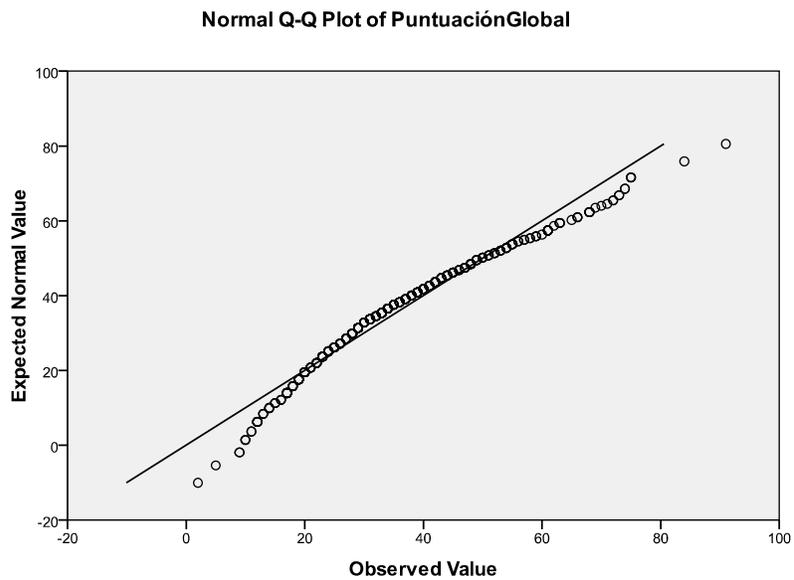


Figura E.6. QQ-Plot de la Distribución de la Muestra Total SCAS

Tabla E.7. *Coefficiente Alfa de Cronbach SCAS*

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,880	,884	38

Tabla E.8. *Correlación de cada ítem con la SCAS*

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SCAS1	,299	,879
SCAS2	,429	,876
SCAS3	,253	,879
SCAS4	,324	,878
SCAS5	,403	,877
SCAS6	,366	,877
SCAS7	,397	,877
SCAS8	,452	,876
SCAS9	,432	,876
SCAS10	,346	,878
SCAS12	,302	,879
SCAS13	,384	,877
SCAS14	,358	,878
SCAS15	,366	,877
SCAS16	,380	,877
SCAS18	,287	,879
SCAS19	,327	,878
SCAS20	,465	,875
SCAS21	,450	,876
SCAS22	,503	,875
SCAS23	,297	,879
SCAS24	,334	,879
SCAS25	,304	,879
SCAS27	,352	,878
SCAS28	,426	,877
SCAS29	,447	,876
SCAS30	,404	,877
SCAS32	,526	,875
SCAS33	,377	,877
SCAS34	,370	,877
SCAS35	,394	,877
SCAS36	,500	,875
SCAS37	,430	,877
SCAS39	,461	,876
SCAS40	,228	,881
SCAS41	,470	,875
SCAS42	,268	,879
SCAS44	,461	,875

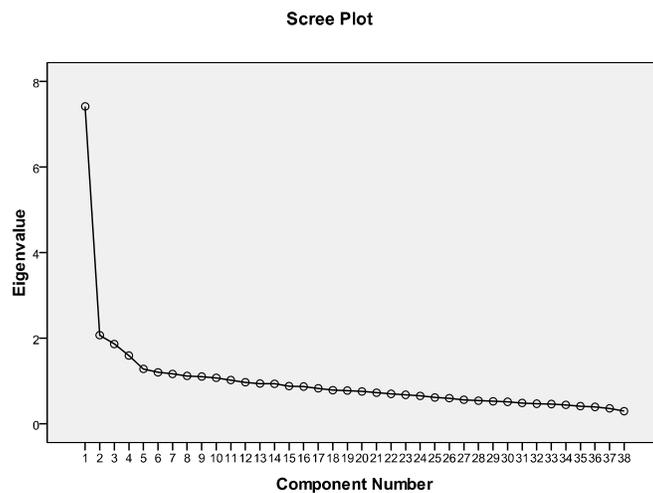


Figura E.9. Gráfico de Sedimentación SCAS

Tabla E.10. Matriz de Componentes rotados de Dos

	Component	
	1	2
SCAS1	,430	
SCAS2	,240	,456
SCAS3	,249	
SCAS4	,478	
SCAS5		,516
SCAS6	,551	
SCAS7	,291	,333
SCAS8		,656
SCAS9	,435	,241
SCAS10	,259	,276
SCAS12	,278	
SCAS13	,394	,229
SCAS14		,489
SCAS15		,459
SCAS16	,460	
SCAS18	,242	,233

SCAS19	,513	
SCAS20	,609	
SCAS21	,531	
SCAS22	,379	,393
SCAS23	,207	,277
SCAS24	,386	
SCAS25		,428
SCAS27		,423
SCAS28	,224	,470
SCAS29	,507	
SCAS30	,236	,434
SCAS32	,589	,250
SCAS33		,418
SCAS34	,455	
SCAS35	,490	
SCAS36	,633	
SCAS37	,462	,234
SCAS39		,584
SCAS40		,437
SCAS41	,385	,344
SCAS42		,329
SCAS44		,669

Tabla E.11. *Matriz de Componentes rotados SCAS de Seis*

	Component					
	1	2	3	4	5	6
SCAS1		,340				,342
SCAS2	,518	,297				
SCAS3	,232					,498
SCAS4		,317		,399		,263
SCAS5	,610					,245
SCAS6		,277		,575		
SCAS7	,309	,344	-,214	,266		,268
SCAS8	,596	,246			,251	
SCAS9		,560		,244		
SCAS10		,477		,317		
SCAS12		,555			,210	
SCAS13						,653

SCAS14	,268				,459	
SCAS15	,618					
SCAS16			,271	,604		
SCAS18	,268		,259	,303		
SCAS19				,491		,297
SCAS20		,464	,289			,421
SCAS21			,370	,243		,418
SCAS22	,217	,661			,211	
SCAS23	,223			,505		
SCAS24		,391	,248			
SCAS25	,397					
SCAS27	,280		,224		,337	
SCAS28	,419		,346			
SCAS29		,571	,352			
SCAS30	,380		,369		,205	
SCAS32			,524	,215		,291
SCAS33	,410	,361				
SCAS34			,567			,215
SCAS35		,342	,233	,384		
SCAS36		,284	,528			,374
SCAS37			,621	,229		
SCAS39	,532				,227	,207
SCAS40					,694	
SCAS41		,206	,306		,490	
SCAS42					,668	
SCAS44	,563				,323	

ANEXO F
Inventario de Depresión en Niños (CDI)
Versión original en español

ANEXO G
Inventario de Depresión en Niños (CDI)
Versión para Prueba Piloto

CUESTIONARIO CDI

Edad: _____

Sexo: _____

Grado: _____

Marca con una "X" dentro del cuadrado la opción que consideres que más se identifica contigo, recuerda marcar solo una opción por pregunta. Intenta responder lo más sinceramente posible. No hay respuestas buenas o malas.

- | | |
|---|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando
 <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces.
 <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien
 <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas.
 <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas
 <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas
 <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas
 <input type="checkbox"/> Nada me divierte</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Soy malo siempre
 <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces
 <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces</p> <p>6. <input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 <input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Me odio
 <input type="checkbox"/> No me gusta como soy
 <input type="checkbox"/> Me gusta como soy</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía.
 <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía.
 <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme
 <input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría
 <input type="checkbox"/> Quiero matarme.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días
 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días
 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p> | <p>11. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre
 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces.
 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando.</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente
 <input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente.</p> <p>13. <input type="checkbox"/> No puedo decidirme
 <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme
 <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto
 <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 <input type="checkbox"/> Soy feo</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme
 <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme.
 <input type="checkbox"/> Duermo muy bien</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Estoy cansado de vez en cuando
 <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días
 <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre</p> <p>18. <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 <input type="checkbox"/> Algunos días no tengo ganas de comer
 <input type="checkbox"/> Como muy bien</p> |
|---|--|

- 19.** No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
- 20.** Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
- 21.** Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
- 22.** Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
- 23.** Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
- 24.** Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
- 25.** Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
- 26.** Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen
- 27.** Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

ANEXO H

Tablas y gráficos de los análisis descriptivos, análisis de confiabilidad y análisis factorial del Inventario de Depresión en Niños (CDI) en la Prueba Piloto

Tabla H.1. Estadísticos Descriptivos de la Muestra Total CDI

N	Valid	417
	Missing	0
Mean		9,8513
Median		9,0000
Mode		6,00
Std. Deviation		5,98853
Skewness		1,068
Std. Error of Skewness		,120
Kurtosis		1,072
Std. Error of Kurtosis		,238
Minimum		,00
Maximum		33,00

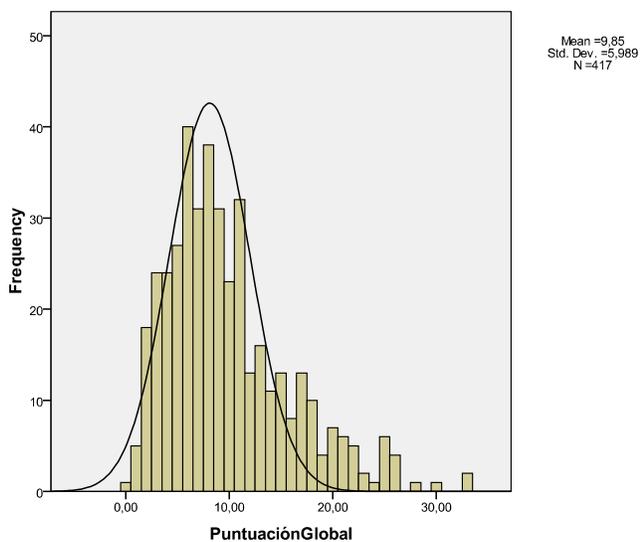


Figura H.2. Histograma de la Distribución de la Muestra Total CDI

Tabla H.3. *Estadísticos Descriptivos en la Muestra de Niños CDI*

N	Valid	195
	Missing	0
Mean		9,6769
Median		8,0000
Mode		6,00
Std. Deviation		6,52143
Skewness		1,155
Std. Error of Skewness		,174
Kurtosis		,941
Std. Error of Kurtosis		,346
Minimum		1,00
Maximum		33,00

Tabla H.4. *Estadísticos Descriptivos de la Muestra de Adolescentes CDI*

N	Valid	222
	Missing	0
Mean		10,0045
Median		9,0000
Mode		8,00
Std. Deviation		5,48837
Skewness		,959
Std. Error of Skewness		,163
Kurtosis		1,169
Std. Error of Kurtosis		,325
Minimum		,00
Maximum		33,00

Tabla H.5. *Coefficiente Kolmogorov Smirnov de la Muestra Total CDI*

		Puntuación Global
N		417
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	9,8513
	Std. Deviation	5,98853
Most Extreme Differences	Absolute	,130
	Positive	,130
	Negative	-,081
Kolmogorov-Smirnov Z		2,648
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

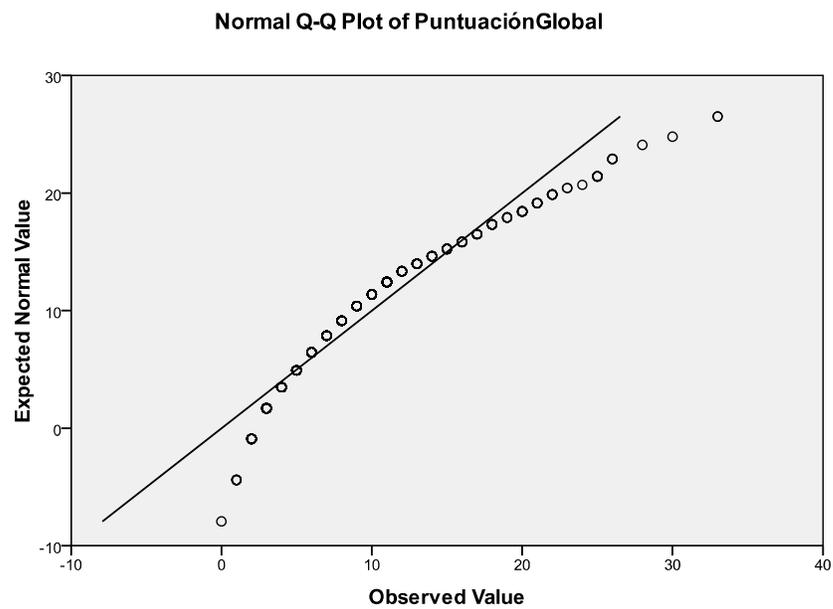


Figura H.6. QQ-plot de la Distribución de la Muestra Total CDI

Tabla H.7. Coeficiente Alfa de Cronbach CDI

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,797	,816	27

Tabla H.8. *Correlación de cada ítem con el CDI*

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CDI1	,362	,791
CDI2	,375	,789
CDI3	,452	,787
CDI4	,110	,799
CDI5	,336	,791
CDI6	,010	,805
CDI7	,463	,787
CDI8	,506	,782
CDI9	,379	,789
CDI10	,430	,786
CDI11	,309	,792
CDI12	,268	,793
CDI13	,335	,790
CDI14	,312	,791
CDI15	,339	,791
CDI16	,410	,786
CDI17	,322	,791
CDI18	,315	,792
CDI19	-,147	,818
CDI20	,455	,784
CDI21	,423	,787
CDI22	,251	,794
CDI23	,405	,787
CDI24	,489	,782
CDI25	,533	,784
CDI26	,218	,796
CDI27	,403	,789

Scree Plot

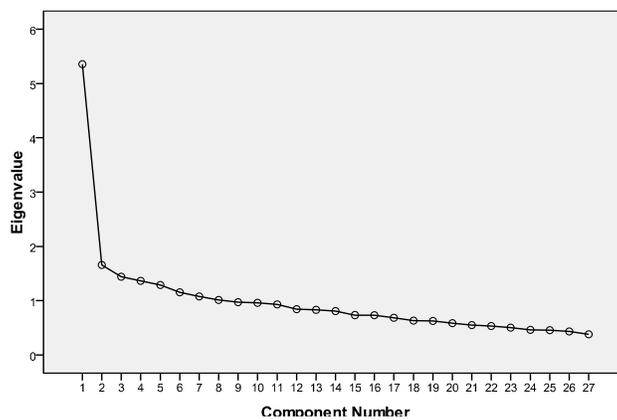


Figura H.9. Gráfico de Sedimentación CDI

Tabla H.10. *Matriz de Componentes rotados CDI*

	Component	
	1	2
CDI1	,420	,154
CDI2	,401	,225
CDI3	,467	,286
CDI4	,155	
CDI5	,236	,505
CDI6		-,061
CDI7	,553	,195
CDI8	,569	,218
CDI9	,462	,108
CDI10	,649	-,063
CDI11	,502	-,129
CDI12	,376	
CDI13	,299	,312
CDI14	,296	,295
CDI15	,166	,547
CDI16	,511	,073
CDI17	,368	,131
CDI18	,373	,137
CDI19		-,404
CDI20	,576	
CDI21	,521	,074
CDI22	,302	,091
CDI23	,206	,645
CDI24	,483	,333
CDI25	,662	,140
CDI26	-,062	,700
CDI27	,282	,468

ANEXO I

**Tablas y figuras del Análisis de Resultados de la Escala de
Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) en el estudio definitivo**

Tabla I.1. Prueba Kolmogorov-Smirnov de la SCAS

Prueba de Kolmogorov-Smirnov de la Escala de Ansiedad en Niños de Spence (SCAS)

	Total
Kolmogorov-Smirnov	1,052
Significancia	0,218

Tabla I.2 Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes

Etapa del Desarrollo Humano	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS Niños	35	33,2286	17,55175	2,96679
Adolescentes	32	29,1875	16,08533	2,84351

Tabla I.3. Contraste t de Student Niños-Adolescentes

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	1,236	,270	,979	65	,331	4,04107	4,12572	-4,19855	12,28070
Equal variances not assumed			,983	64,999	,329	4,04107	4,10943	-4,16602	12,24816

Tabla I.4. Estadísticos Grupos TA-SD

Dx	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS Sin Dx Clínico Psiquiátrico	30	24,4333	8,85782	1,61721
Síndrome de Asperger	20	30,9000	12,85097	2,87356

Tabla I.5. Contraste t de Student TA-SD

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	1,801	,186	-2,109	48	,040	-6,46667	3,06559	-12,63045	-,30288
Equal variances not assumed			-1,961	30,910	,059	-6,46667	3,29738	-13,19251	,25918

Tabla I.6. Estadísticos Grupos SD-AAF

Dx	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS Sin Dx Clínico Psiquiátrico	30	24,4333	8,85782	1,61721
Autismo de Alto Funcionamiento	17	43,8824	24,03872	5,83025

}

Tabla I.7. *Contraste t de Student SD-AAF*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	13,928	,001	-4,004	45	,000	-19,44902	4,85741	-29,23235	-9,66568
Equal variances not assumed			-3,215	18,496	,005	-19,44902	6,05038	-32,13599	-6,76204

Tabla I.8. *Estadísticos Grupos TA-AAF*

Dx	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
PtjeGlobalSCAS	Síndrome de Asperger	20	30,9000	12,85097	2,87356
	Autismo de Alto Funcionamiento	17	43,8824	24,03872	5,83025

Tabla I.9. *Contraste t de Student TA-AAF*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	4,895	,034	-2,092	35	,044	-12,98235	6,20512	-25,57942	-,38529
Equal variances not assumed			-1,997	2,355E1	,057	-12,98235	6,49993	-26,41121	,44651

Tabla I.10. *Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes SD*

Etapa del Desarrollo Humano		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Niños	15	25,4000	10,32196	2,66512
	Adolescentes	15	23,4667	7,34717	1,89703

Tabla I.11. *Contraste t de Student Niños-Adolescentes SD*

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	2,383	,134	,591	28	,559	1,93333	3,27133	-4,76768	8,63435
Equal variances not assumed			,591	25,289	,560	1,93333	3,27133	-4,80020	8,66686

Tabla I.12. *Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes TA*

Etapa del Desarrollo Humano		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Niños	10	35,9000	14,73054	4,65821
	Adolescentes	10	25,9000	8,72353	2,75862

Tabla I.13. *Contraste t de Student Niños-Adolescentes***Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	2,088	,166	1,847	18	,081	10,00000	5,41377	-1,37391	21,37391
Equal variances not assumed			1,847	1,462E1	,085	10,00000	5,41377	-1,56526	21,56526

Tabla I.14. *Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes AAF***Group Statistics**

Etapa del Desarrollo Humano		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Niños	10	42,3000	24,07419	7,61293
	Adolescentes	7	46,1429	25,71918	9,72094

Tabla I.15. *Contraste t de Student Niños-Adolescentes AAF***Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,314	,584	-,315	15	,757	-3,84286	12,19462	-2,98351E1	22,14937
Equal variances not assumed			-,311	12,486	,761	-3,84286	12,34720	-3,06295E1	22,94376

Tabla I.16. *Estadísticos Grupos Niños TA-SD*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Sin Dx Clínico Psiquiátrico	15	25,4000	10,32196	2,66512
	SIndrome de Asperger	10	35,9000	14,73054	4,65821

Tabla I.17. *Contraste t de Student Niños TA-SD***Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,944	,341	-2,102	23	,047	-10,50000	4,99601	-20,83504	-,16496
Equal variances not assumed			-1,957	14,835	,070	-10,50000	5,36673	-21,95002	,95002

Tabla I.18. *Estadísticos Grupos Niños SD-AAF*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Sin Dx Clínico Psiquiátrico	15	25,4000	10,32196	2,66512
	Autismo de Alto	10	42,3000	24,07419	7,61293
	Funcionamiento				

Tabla I.19. *Contraste t de Student Niños SD-AAF*

	Independent Samples Test								
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	3,123	,090	-2,424	23	,024	-16,90000	6,97184	-31,32235	-2,47765
Equal variances not assumed			-2,095	11,233	,060	-16,90000	8,06595	-34,60826	,80826

Tabla I.20. *Estadísticos Grupos Niños TA-AAF*

	Dx	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Síndrome de Asperger	10	35,9000	14,73054	4,65821
	Autismo de Alto Funcionamiento	10	42,3000	24,07419	7,61293

Tabla I.21. *Contraste t de Student Niños TA-AAF*

	Independent Samples Test								
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,814	,379	-,717	18	,483	-6,40000	8,92500	-2,51507E1	12,35072
Equal variances not assumed			-,717	14,911	,484	-6,40000	8,92500	-2,54331E1	12,63311

Tabla I.22. *Estadísticos Adolescentes TA-SD*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Sin Dx Clínico Psiquiátrico	15	23,4667	7,34717	1,89703
	Síndrome de Asperger	10	25,9000	8,72353	2,75862

Tabla I.23. *Contraste t de Student Adolescentes TA-SD*

Independent Samples Test										
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
	Equal variances assumed	,140	,712	-,753	23	,459	-2,43333	3,23100	-9,11717	4,25050
Equal variances not assumed			-,727	17,071	,477	-2,43333	3,34794	-9,49465	4,62798	

Tabla I.24. *Estadísticos Adolescentes SD-AAF*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PtjeGlobalSCAS	Sin Dx Clínico Psiquiátrico	15	23,4667	7,34717	1,89703
	Autismo de Alto Funcionamiento	7	46,1429	25,71918	9,72094

Tabla I.25. *Contraste t de Student Adolescentes SD-AAF*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	17,924	,000	-3,223	20	,004	-22,67619	7,03532	-37,35161	-8,00077E0
Equal variances not assumed			-2,290	6,462	,059	-22,67619	9,90431	-46,49755	1,14517

Tabla I.26. *Estadísticos Adolescentes TA-AAF*

Group Statistics					
Dx	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
PtjeGlobalSCAS	Síndrome de Asperger	10	25,9000	8,72353	2,75862
	Autismo de Alto Funcionamiento	7	46,1429	25,71918	9,72094

Tabla .27. *Contraste t de Student Adolescentes TA-AAF*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	10,339	,006	-2,332	15	,034	-20,24286	8,68024	-3,87443E1	-1,74137
Equal variances not assumed			-2,003	6,975	,085	-20,24286	10,10478	-4,41541E1	3,66843

ANEXO J

**Tablas y figuras del Análisis de Resultados del Inventario de
Depresión en Niños (CDI) en el estudio definitivo**

Tabla j.1. Prueba Kolmogorov-Smirnov de la CDI

<i>Prueba de Kolmogorov-Smirnov del Inventario de Depresión en Niños (CDI)</i>	
	Total
Kolmogorov-Smirnov	0,968
Significancia	0,306

Tabla J.2 Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes

Group Statistics

Etapa del Desarrollo Humano	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI Niños	35	8,9714	4,98519	,84265
Adolescentes	32	10,4063	6,50488	1,14991

Tabla J.3. Contraste t de Student Niños-Adolescentes

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	,115	,736	-1,018	65	,312	-1,43482	1,40885	-4,24849	1,37885
Equal variances not assumed			-1,006	57,987	,318	-1,43482	1,42561	-4,28850	1,41886

Tabla J.4 *Estadísticos Grupos TA-AAF*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Síndrome de Asperger	20	12,0000	6,79783	1,52004
	Autismo de Alto	17	12,5882	4,98822	1,20982
	Funcionamiento				

Tabla J.5. *Contraste t de Student TA-AAF*

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,092	,764	-,295	35	,770	-,58824	1,99192	-4,63206	3,45559
Equal variances not assumed			-,303	34,335	,764	-,58824	1,94273	-4,53492	3,35845

Tabla J.6 *Estadísticos Grupos TA-SD*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Síndrome de Asperger	20	12,0000	6,79783	1,52004
	Sin Diagnostico	30	6,4333	3,46095	,63188

Tabla J.7. *Contraste t de Student TA-SD*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	1,953	,169	3,817	48	,000	5,56667	1,45855	2,63405	8,49928
Equal variances not assumed			3,382	25,632	,002	5,56667	1,64615	2,18060	8,95273

Tabla J.8 *Estadísticos Grupos AAF-SD*

Group Statistics					
Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Autismo de Alto Funcionamiento	17	12,5882	4,98822	1,20982
	Sin Diagnostico	30	6,4333	3,46095	,63188

Tabla J.9. *Contraste t de Student AAF-SD*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	2,016	,163	4,981	45	,000	6,15490	1,23560	3,66628	8,64352
Equal variances not assumed			4,509	24,898	,000	6,15490	1,36490	3,34326	8,96654

Tabla J.10. Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes TA

Group Statistics					
Etapa del Desarrollo Humano		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Niños	10	10,7000	3,23351	1,02252
	Adolescentes	10	13,3000	9,12932	2,88694

Tabla J.11. Contraste t de Student Niños-Adolescentes TA

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	3,363	,083	-,849	18	,407	-2,60000	3,06268	-9,03445	3,83445
Equal variances not assumed			-,849	11,223	,414	-2,60000	3,06268	-9,32460	4,12460

Tabla J.12. Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes AAF

Group Statistics					
Etapa del Desarrollo Humano		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Niños	10	12,7000	4,80856	1,52060
	Adolescentes	7	12,4286	5,62308	2,12533

Tabla J.13. *Contraste t de Student Niños-Adolescentes AAF*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,139	,715	,107	15	,916	,27143	2,53787	-5,13792	5,68078
Equal variances not assumed			,104	11,675	,919	,27143	2,61328	-5,44003	5,98288

Tabla J.14. *Estadísticos Grupos Niños-Adolescentes SD*

Group Statistics					
Etapa del Desarrollo Humano	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
ptjeGlobalCDI Niños	15	5,3333	3,53890	,91374	
Adolescentes	15	7,5333	3,11372	,80396	

Tabla J.15. *Contraste t de Student Niños-Adolescentes SD*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,042	,840	-1,808	28	,081	-2,20000	1,21707	-4,69306	,29306
Equal variances not assumed			-1,808	27,553	,082	-2,20000	1,21707	-4,69489	,29489

Tabla J.16. *Estadísticos Grupos Niños TA-AAF*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Sindrome de Asperger	10	10,7000	3,23351	1,02252
	Autismo de Alto Funcionamiento	10	12,7000	4,80856	1,52060

Tabla J.17. *Contraste t de Student Niños TA-AAF*

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	1,507	,235	-1,091	18	,289	-2,00000	1,83242	-5,84978	1,84978
Equal variances not assumed			-1,091	15,758	,291	-2,00000	1,83242	-5,88943	1,88943

Tabla J.18. *Estadísticos Grupos Niños TA-SD*

Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Sindrome de Asperger	10	10,7000	3,23351	1,02252
	Sin Diagnostico	15	5,3333	3,53890	,91374

Tabla J.19. *Contraste t de Student Niños TA-SD*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,303	,587	3,841	23	,001	5,36667	1,39729	2,47615	8,25718
Equal variances not assumed			3,914	20,648	,001	5,36667	1,37130	2,51192	8,22141

Tabla J.20. *Estadísticos Grupos Niños AAF-SD*

Group Statistics					
Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Autismo de Alto Funcionamiento	10	12,7000	4,80856	1,52060
	Sin Diagnostico	15	5,3333	3,53890	,91374

Tabla J.21. *Contraste t de Student Niños AAF-SD*

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,846	,367	4,419	23	,000	7,36667	1,66688	3,91845	10,81488
Equal variances not assumed			4,153	15,384	,001	7,36667	1,77402	3,59363	11,13970

Tabla J.22. Estadísticos Grupos Adolescentes TA-AAF

Group Statistics					
Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Sindrome de Asperger	10	13,3000	9,12932	2,88694
	Autismo de Alto	7	12,4286	5,62308	2,12533
	Funcionamiento				

Tabla J.23. Contraste t de Student Adolescentes TA-AAF

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	,541	,473	,223	15	,826	,87143	3,90077	-7,44288	9,18573
Equal variances not assumed			,243	14,854	,811	,87143	3,58489	-6,77612	8,51898

Tabla J.24. Estadísticos Grupos Adolescentes TA-SD

Group Statistics					
Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Sindrome de Asperger	10	13,3000	9,12932	2,88694
	Sin Diagnostico	15	7,5333	3,11372	,80396

Tabla J.25. *Contraste t de Student Adolescentes TA-SD*

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	4,368	,048	2,276	23	,032	5,76667	2,53359	,52553	11,00780
Equal variances not assumed			1,924	10,410	,082	5,76667	2,99680	-,87515	12,40849

Tabla J.26. *Estadísticos Grupos Adolescentes AAF-SD*

Group Statistics					
Dx		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ptjeGlobalCDI	Autismo de Alto Funcionamiento	7	12,4286	5,62308	2,12533
	Sin Diagnostico	15	7,5333	3,11372	,80396

Tabla J.27. *Contraste t de Student Adolescentes AAF-SD*

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	2,484	,131	2,651	20	,015	4,89524	1,84647	1,04357	8,74691
Equal variances not assumed			2,154	7,772	,064	4,89524	2,27230	-,37161	10,16208