Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Medicina Humana

Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un Hospital Peruano, 2026

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Gabriela Mariahn ASPILCUETA MONTOYA

ASESOR

Juan Carlos OCAMPO ZEGARRA

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aspilcueta G. Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un Hospital Peruano, 2026 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Gabriela Mariahn Aspilcueta Montoya
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76385727
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7699-6938
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Ocampo Zegarra
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40435580
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3317-9938
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Francisco Javier Bravo Alva
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07402184
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Manuel José Inostroza Fernández
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25468233
Miembro del jurado 2	

Nombres y apellidos	Jessica Evelyn Málaga Zenteno
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29608361
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: La Victoria Calle: Av. Miguel Grau N.º 800, Latitud: -12.05955 Longitud: , -77.022262°
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2026
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNMSM

Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.08.2026 14:48:48 -05:00

ACTA N°00139-2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA

Siendo las 14:00 horas del once de agosto del año dos mil veintiséis, en el aula 2A del pabellón de aulas de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Francisco Javier Bravo Alva (Presidente), José Manuel Inostroza Fernández (Miembro), Jessica Evelyn Málaga Zenteno (Miembro) y Juan Carlos Ocampo Zegarra (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **"Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un Hospital peruano, 2026"**, presentado por doña **GABRIELA MARIAHN ASPILCUETA MONTOYA**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Habiendo obtenido el calificativo de:

.....Dieciocho..... (letras) .....18..... (número)

que corresponde: .....Aprobado con Mencion Honrosa.....

Quedando conforme con lo expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

Mg. Francisco Javier Bravo Alva
Presidente

M.E. Manuel José Inostroza Fernández
Miembro

M.E. Jessica Evelyn Málaga Zenteno
Miembro

M.E. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana

Dr. HECTOR PEREYRA ZALDIVAR
Director (e)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

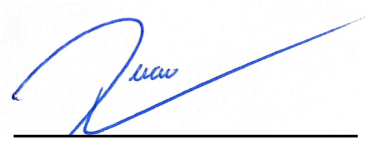
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° 000290-2026-D-FM/UNMSM de la tesis cuyo título es “Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un Hospital peruano, 2026”, presentado por la bachiller GABRIELA MARIAHN ASPILCUETA MONTOYA para optar el Título Profesional de Médico Cirujana,

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **11%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Médico Cirujana.

Lima, 25 de agosto de 2026



Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA

DNI: 40435580

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a todas las personas que día a día luchan para construir una sociedad más inclusiva, empática y libre de estigmas hacia las personas que viven con Trastorno del Espectro Autista. Madres, padres, familiares, profesionales de la salud, docentes, amigos: espero que lo que está escrito aquí contribuya, aunque sea en pequeña medida, a esa causa que nos une.

Gabriela A.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi madre, por su amor incondicional, su dedicación constante y la fe inquebrantable que siempre ha tenido en mí.

A mi padre, por su respaldo y constante preocupación durante esta etapa de mi formación.

A mi hermano, compañero de vida, con quien comparto la pasión de aprender y la búsqueda constante de conocimiento.

A Tamara, Tobias y Lizzette, mis fieles compañeros, quienes llenaron mi vida de amor y alegría.

A mis tíos Eduardo, Nora, Marco Antonio, Yovanna, Beto y a Laura, quienes, con su cariño, apoyo y confianza, han estado presentes a lo largo de mi trayectoria, brindándome siempre palabras de aliento y motivación.

A Fátima, Camila, Antonella, William y Miguel, queridos amigos, por su constante apoyo y compañía durante los últimos años.

Agradezco al Dr. Juan Carlos Ocampo, mi asesor de tesis, por su orientación, dedicación y valiosos aportes durante el desarrollo de esta investigación.

Finalmente, extiendo este agradecimiento a todos aquellos que me acompañaron durante este proceso.

Con aprecio, Gabriela A.

ÍNDICE

RESUMEN viii

ABSTRACT ix

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 1

1.1 Planteamiento y delimitación del problema 1

1.2. Formulación del problema 3

1.3. Formulación de objetivos 3

Objetivo general 3

Objetivos específicos 3

1.4. Justificación de la investigación 4

1.5. Limitaciones del estudio 5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 6

2.1. Bases teóricas: 6

2.2. Antecedentes 12

2.3 Glosario 16

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO 18

3.1. Diseño de investigación 18

3.2. Población 18

3.3. Muestra 18

3.4. Criterios de inclusión y exclusión 19

3.5. Variables del estudio 20

3.6. Operacionalización de Variables 21

3.7. Técnicas e instrumentos de Recolección de datos 25

3.8. Plan de recolección de datos 26

3.9. Análisis de datos 27

3.10. Consideraciones éticas 28

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 30

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN....42
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES....44
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES....45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....46
ANEXOS....55
Anexo 01: Matriz de Consistencia:....55
Anexo 02: Consentimiento Informado....57
Anexo 03: Cuestionarios....60
Anexo 04: Consistencia interna de los instrumentos....64
Anexo 05: Resolución decanal sobre la aprobación del proyecto de tesis....67
Anexo 06: Acta de aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos....68
Anexo 07: Acta de aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen....69
Anexo 08: Aprobación de la solicitud de autorización para ejecución del Proyecto de Investigación de la Red Prestacional Almenara Essalud....70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, 2026 (n=322) 31

Tabla 2. Características descriptivas de las variables temporales de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, 2026 (n=322).....32

Tabla 3: Niveles de severidad de síntomas depresivos según el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, 2026 (n=322) 33

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los ítems del PHQ-9 en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026 35

Tabla 5. Niveles de severidad de los síntomas ansiosos según el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026 36

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los ítems del Inventario de Ansiedad de Beck en cuidadores de niños y adolescentes con TEA.....38

Tabla 7: Distribución de los niveles de los síntomas de ansiedad según el nivel de síntomas de depresión en cuidadores de niños y adolescentes con TEA atendidos en el HNGAI, 2026 (n=322) 40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026. 34

Figura 2: Presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026. 37

RESUMEN

Introducción: El cuidado de menores con Trastorno del Espectro Autista (TEA) representa un desafío para la salud mental de los cuidadores debido a la carga emocional constante asociada a las demandas del cuidado, adaptación al diagnóstico y dificultades de acceso a los servicios de salud. Evidencia internacional reporta prevalencias elevadas de depresión y ansiedad en cuidadores de personas con TEA. En el Perú, la investigación es limitada, lo que evidencia la necesidad de profundizar en estudios en este ámbito.

Objetivo: Determinar los niveles de síntomas de depresión y ansiedad en cuidadores principales de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) durante el año 2026.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 322 cuidadores seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos entre marzo y mayo de 2026. Se aplicaron el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Se realizó el análisis estadístico utilizando Stata v.19. Se estimó la prevalencia síntomas de ansiedad y depresión. La asociación entre ambas variables se analizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson.

Resultados: La muestra estuvo conformada principalmente por mujeres (84,47%) y madres (78,26%), con una mediana de edad de 40,5 años, el 85.71% residía en Lima. La prevalencia de síntomas clínicamente significativos fue de 20.81 % para depresión (PHQ-9 ≥ 10) y 20.5% para ansiedad (BAI ≥ 16). Se encontró una correlación positiva moderada entre depresión y ansiedad (rho = 0,653; p < 0,001).

Conclusiones: Uno de cada cinco cuidadores presentó sintomatología significativa de depresión, así como de ansiedad. Así mismo se halló una correlación positiva moderada entre ambas variables lo que indica comorbilidad significativa en esta población.

Palabras clave: “Cuidadores”; “Depresión”; “Ansiedad”; “Salud Mental”; “Perú”.

ABSTRACT

Introduction: Caring for children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD) represents significant challenges to caregivers' mental health due to the constant emotional burden associated with caregiving demands, adaptation to the diagnosis, and difficulties in accessing healthcare services. International evidence reports high prevalence rates of depression and anxiety among caregivers of individuals with ASD. In Peru, research on this topic remains limited, highlighting the need for further studies in this field.

Objective: To determine the levels of depressive and anxiety symptoms among primary caregivers of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD) receiving care at Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) during 2026**.**

Materials and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 322 caregivers selected through non-probability consecutive convenience sampling between March and May 2026. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered. Statistical analyses were performed using Stata version 19. The prevalence of anxiety and depression was estimated with 95% confidence intervals (95% CI). The association between both variables was assessed using Pearson's chi-square test.

Results: The sample consisted predominantly of women (84.47%) and mothers (78.26%), with a median age of 40.5 years; 85.71% resided in Lima. The prevalence of clinically significant symptoms was 20.81% for depression (PHQ-9 ≥ 10) and 20.5% for anxiety (BAI ≥ 16). A moderate positive correlation was found between depression and anxiety (rho = 0.653; $p < 0.001$).

Conclusions: One in five caregivers presented significant depressive symptoms, as well as significant anxiety symptoms. Furthermore, a moderate positive correlation was observed between both variables, indicating substantial comorbidity in this population.

Keywords: "Caregivers"; "Depression"; "Anxiety"; "Mental Health"; "Peru"

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento y delimitación del problema

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta el funcionamiento adaptativo desde etapas tempranas de la vida, comprometiendo aspectos como las interacciones sociales, así como la presencia de patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos (1,2). Globalmente, se estima que la prevalencia del TEA en niños y adolescentes es 0.6%, mientras que, en el continente americano, alcanza al 1% de esta población (3). En el Perú no se dispone de una estimación precisa de su magnitud; sin embargo, la Encuesta Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS) reportó que el 3.4% de los hogares incluye al menos un miembro con dificultades para relacionarse debido a aspectos emocionales, conductuales o afectivos, grupo dentro del cual podrían identificarse personas con TEA (4).

Si bien las repercusiones del TEA en los niños y adolescentes han sido descritas, sus implicancias también alcanzan a los cuidadores principales tales como padres, familiares o tutores responsables de brindar cuidado continuo a los pacientes (5). Estos cuidadores enfrentan múltiples desafíos, como dificultades en la comunicación y comprensión de las necesidades del menor, la búsqueda de tratamientos adecuados y la adherencia a largo plazo, así como diversas barreras sociales, económicas y demográficas relacionadas con el TEA (5). Asimismo, el proceso de adaptación al diagnóstico, el impacto emocional que implica asumir el rol de cuidador de una persona con TEA y las exigencias inherentes relacionadas pueden variar de manera heterogénea, incluyendo un proceso de duelo inicial al recibir el diagnóstico (5). Esta carga de cuidado demanda estrategias de afrontamiento para manejar el estrés y favorecer una adaptación continua a esta experiencia (6,7). Asimismo, se ha descrito que esta carga puede asociarse negativamente con la resiliencia familiar, lo que sugiere que las implicancias

del TEA podrían extenderse a todo el núcleo familiar (6). En este contexto de estrés crónico, los cuidadores pueden experimentar un deterioro progresivo de su calidad de vida y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos como la ansiedad y la depresión (6,8).

Un estudio transversal en Bangladesh identificó que el 44.5% de las madres de menores con TEA reportaron sintomatología compatible con el trastorno depresivo mayor y que hasta el 46.6% reportó al menos un impacto moderado en alguna dimensión de la calidad de vida (9). De manera similar, un estudio realizado en Nepal identificó que el 33% y el 24,6% de los cuidadores presentaron síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión, respectivamente (10). En Latinoamérica, una investigación realizada en República Dominicana identificó una prevalencia de síntomas clínicamente significativos de ansiedad de 31.6% en padres de personas con TEA (11). En Perú, un estudio de corte transversal realizado en un entorno hospitalario con 102 padres de niños con TEA encontró una prevalencia de síntomas depresivos de 64,7% (12). En términos generales, observamos que los estudios internacionales y nacionales reportan prevalencias que van desde el 24% al 80% en cuanto a la presencia de síntomas depresivos y ansiosos. Esta heterogeneidad es atribuible a las diferentes metodologías aplicadas, instrumentos de medición utilizados. las características poblacionales y los contextos socioculturales de dichos estudios.

A pesar de la evidencia disponible sobre la salud mental de los cuidadores de los niños y adolescentes con TEA, en el Perú existe una limitada cantidad de investigaciones que evalúen de manera conjunta la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en esta población. El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), uno de los establecimientos de mayor complejidad del Seguro Social de Salud (EsSalud) y centro de referencia nacional, recibe de manera continua niños y adolescentes con TEA (13). Sin embargo, no se dispone de investigaciones en esta institución que evalúen la presencia y severidad de síntomas de depresión y ansiedad en sus cuidadores principales y los estudios disponibles en Perú son aún escasos. Resolver este vacío de conocimiento permitirá dimensionar adecuadamente

la magnitud de estos trastornos y sentar las bases para el diseño de programas de apoyo dirigidos a este grupo poblacional vulnerable, así como orientar futuras investigaciones en esta área de estudio. En este contexto, es necesario generar evidencia que nos permita comprender la magnitud de la problemática para así también orientar acciones con el fin de fortalecer la salud mental de los cuidadores.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en un hospital peruano durante el año 2026?

1.3. Formulación de objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de síntomas de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) durante el año 2026.

Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico y temporal de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI.
- Estimar la prevalencia y los niveles de severidad de los síntomas depresivos en los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, mediante el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), durante el año 2026.

- Estimar la prevalencia y los niveles de severidad de los síntomas de ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), durante el año 2026.
- Evaluar la correlación entre los niveles de síntomas de depresión y los niveles de síntomas de ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI.

1. 4. Justificación de la investigación

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) demanda un acompañamiento constante por parte de los cuidadores principales, lo que incrementa el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión por implicancias propias del trastorno (14,15). Actualmente, la información sobre la salud mental de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA proviene principalmente de contextos distintos a la realidad peruana. En este sentido, el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, centro de referencia nacional de EsSalud, constituye un escenario pertinente para generar evidencia local que permita comprender esta problemática. Además, contar con datos sobre los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores permitirá identificar necesidades no cubiertas y orientar la implementación de estrategias de apoyo psicosocial, fortaleciendo la atención integral del paciente y su familia. El estudio es factible dado el acceso directo a los cuidadores y el empleo de instrumentos breves, de fácil aplicación y validados en el Perú. Asimismo, el estudio cumplirá con los lineamientos éticos nacionales e internacionales, asegurando la protección de los participantes. En conjunto, esta investigación contribuirá a visibilizar a un grupo vulnerable y a fundamentar futuras intervenciones y políticas de salud mental.

1. 5. Limitaciones del estudio

En el presente estudio, se reconocen algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, debido al empleo de un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos, los resultados presentan dificultades para su extrapolación a la población total de cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el Perú u otros contextos. Existe además la posibilidad de incurrir en un sesgo de selección dado que los cuidadores que acepten participar voluntariamente podrían diferir en sus niveles de ansiedad y depresión respecto de aquellos que no participan. El diseño transversal constituye otra importante limitación dado que impide establecer relaciones causales o evaluar cambios en el tiempo. Adicionalmente, el estudio se desarrolló en un único establecimiento de salud, cuyas características podrían diferir de otros hospitales o regiones del país, lo que limita la generalización de los hallazgos. Finalmente, dado que las variables de salud mental se evaluarán mediante instrumentos de autorreporte (PHQ-9 y BAI), existe la posibilidad de sesgos de información como la deseabilidad social o la subestimación de síntomas, lo que puede influir en la precisión de las mediciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas:

Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades significativas en la comunicación y en la interacción social, así como por la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos (16). Estos síntomas suelen ser evidentes desde los primeros años de vida, aunque su gravedad es variable, lo que origina presentaciones clínicas diversas y, en muchos casos, diagnósticos tardíos (1).

Una perspectiva complementaria plantea que el TEA debe entenderse como una condición neurobiológica del desarrollo que se manifiesta, además, mediante diferencias en el procesamiento sensorial y en la flexibilidad cognitiva y conductual (17). Este trastorno se trata de una condición permanente, caracterizada por un amplio rango de capacidades y formas de funcionamiento, cuyas necesidades de apoyo pueden variar según la etapa del desarrollo y las demandas del entorno (17,18). Por ello, el TEA constituye una forma de neurodiversidad que requiere una evaluación clínica individualizada y modelos de atención centrados en la persona (17,18).

La prevalencia del TEA presenta una marcada heterogeneidad a nivel mundial. Una revisión sistemática de 2022 que analizó estudios publicados entre 2012 y 2021 encontró que las prevalencias oscilaron entre 1.09 y 436 por 10 000 habitantes, con una mediana global de 100 por 10 000 habitantes (19). Además, se observó una razón hombre-mujer de 4.2:1 y se reportó que solo el 33% de los casos habían sido formalmente identificados, mientras que el 33% presentaba discapacidad intelectual asociada (19). En Europa, la mediana de la prevalencia fue también de 100 por 10 000 habitantes, con una

razón hombre-mujer de 4.1:1, aunque sólo el 20.9% de los casos se encontraban formalmente identificados (19). Por otro lado, en el Sudeste Asiático, la prevalencia fue comparativamente menor, con una mediana de 23.2 por 10 000 habitantes, y una razón hombre-mujer de 1.75:1 (19).

En Estados Unidos, se estima una prevalencia aproximada del 1.7%, en un contexto donde el cribado estandarizado a los 18 y 24 meses, así como la vigilancia continua del desarrollo son prácticas recomendadas (20). En Latinoamérica, si bien la evidencia disponible es limitada, algunos países cuentan con estimaciones epidemiológicas recientes. En Colombia, un estudio descriptivo publicado en 2022 identificó 18 695 niños entre 0 y 14 años que recibieron atención por TEA, con una prevalencia de 18.7 casos por 10 000 niños (21).

En el Perú, no existe aún un perfil epidemiológico nacional robusto y las estimaciones provienen principalmente de registros administrativos o estudios institucionales. Según un estudio donde toman como referencia el reporte del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), hasta diciembre de 2022 se registraron 14 142 personas con diagnóstico de TEA, de las cuales 78.4% eran varones y 52.3% residían en Lima (22). Un estudio publicado en 2024, realizado en un servicio de rehabilitación pediátrica y que analizó 120 niños, encontró que el diagnóstico se efectuó en promedio a los 3.83 años, que el 77.5% de los niños no contaba con una evaluación psicológica completa y que la mayoría asistía a educación regular, mientras que solo el 9.8% se encontraba en modalidad inclusiva (23). Por último, otra investigación peruana que analizó 171 registros en un instituto pediátrico de referencia reportó que el 50.3% contó con un diagnóstico tardío, lo que evidenció que la edad promedio de diagnóstico en Perú fue mayor que en otros países, especialmente en casos de sintomatología leve (24).

Cuidador de niños y adolescentes con TEA

Un cuidador se define como la persona encargada de supervisar y brindar apoyo a otra persona que, debido a su edad, condición de salud o nivel de dependencia, requiere asistencia para realizar sus actividades cotidianas (25). Su rol implica facilitar el desarrollo de sus actividades y fortalecer el entorno de la persona a su cargo, compensando sus limitaciones en la autonomía (25). En este marco, el cuidador principal corresponde a la persona que, por lo general es un familiar cercano, tutor o figura significativa para el paciente, asume la responsabilidad directa de atender sus necesidades (26). Además, es quien dedica la mayor parte del tiempo al cuidado continuo de un individuo, convirtiéndose en su principal soporte en la vida cotidiana (26).

El cuidador principal del niño con diagnóstico de TEA suele enfrentarse a una carga considerable, derivada tanto de las demandas del cuidado cotidiano como de las características propias del trastorno del menor (27). Es por ello que estudios previos han demostrado que el nivel de independencia y los patrones conductuales del niño con TEA influyen directamente en la intensidad de la carga del cuidador, generando mayores tensiones cuando existe menor autonomía funcional o cuando se presentan conductas desafiantes (28,29). En ese escenario, esta carga de cuidado exige estrategias de afrontamiento del cuidador para manejar el estrés y favorecer una adaptación continua a la experiencia de cuidado (6,7,27).

En consecuencia, se ha descrito que los padres de niños con TEA pueden presentar niveles significativamente más altos de estrés, desgaste emocional y afectación del bienestar físico en comparación con cuidadores de niños neurotípicos (28,30). Asimismo, puede asociarse negativamente con la resiliencia familiar, lo que sugiere que las implicancias del TEA podrían alcanzar a todo el núcleo familiar (9). En conjunto, se ha descrito que estas exigencias incrementadas repercuten en el bienestar general del cuidador, afectando su salud mental, calidad de vida y funcionamiento familiar (28-30).

Depresión

El DSM-5 define la depresión, específicamente el Trastorno Depresivo Mayor, como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación persistente de tristeza, la disminución marcada del interés o placer por las actividades habituales y una alteración significativa en el funcionamiento cotidiano (16). Además, pueden presentarse síntomas como alteraciones en el apetito o el peso, alteraciones del sueño, fatiga, dificultades en la atención y concentración y sentimientos de inutilidad o culpa excesiva (16). Dentro de la definición se considera que el periodo mínimo en que se presentan estos síntomas sea durante dos semanas y que generen un impacto clínicamente relevante en la vida diaria (16).

El Trastorno Depresivo Mayor posee una etiología multifactorial y su aparición no puede atribuirse a un solo mecanismo y se han desarrollado diversas hipótesis para explicar su origen (31). La Hipótesis de las Monoaminas, formulada en el decenio de 1950, sostiene que la depresión es originada por la deficiencia funcional de neurotransmisores en la hendidura sináptica, principalmente de la serotonina, dopamina y norepinefrina (32). La Hipótesis de la Disfunción del Eje Hipotálamo - Pituitario - Adrenal (HPA) sostiene que la hiperactividad de este eje debido a cambios en receptores de glucocorticoides conlleva a niveles elevados de cortisol lo que asimismo conlleva a daños neuronales en regiones anatómicas como el hipocampo y la corteza prefrontal (33). Aunado a esto, estudios demostraron que la alteración del eje HPA contribuye a un sistema inflamatorio alterado, lo cual aumenta la producción de citoquinas proinflamatorias (33). La Hipótesis Inflamatoria plantea que el incremento de las citoquinas proinflamatorias y el estrés oxidativo activan inflamasomas en células gliales (33). El TNF alfa activa la microglía que promueve la liberación del glutamato, induciendo de esa forma al daño excitotóxico (33). La hipótesis de la Neuroplasticidad y Remodelación Cerebral nos plantea que el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) presenta como función principal el mantenimiento de la supervivencia de las

neuronas y regular la neurogénesis en regiones como la Zona Subventricular y el Giro Dentado del Hipocampo (34). La hipótesis genética y epigenética sostiene que la depresión tiene una heredabilidad del 30% al 50% y que se han identificado más de 100 loci genéticos ligados al desarrollo del Trastorno Depresivo Mayor (35). La Hipótesis Sociopsicológica sostiene que eventos estresantes de la vida son factores de riesgo para desencadenar episodios depresivos (36). La Hipótesis del Eje Microbiota - Intestino - Cerebro sostiene que las alteraciones en las bacterias intestinales pueden inducir mediadores inflamatorios los cuales atraviesan la barrera hematoencefálica y afectan el estado del ánimo (37).

Depresión en cuidadores de menores con Trastorno del Espectro Autista

Un estudio observacional realizado en Karachi, Pakistán, identificó una prevalencia de depresión leve del 76.3%, depresión moderada del 59.3% y depresión severa del 76.5% entre cuidadores informales de menores con TEA (38). En Eslovenia, un estudio transversal identificó que el 35.7% de los padres presentaron síntomas depresivos (39). Una revisión sistemática reportó que los cuidadores de niños con TEA presentaron una mayor carga emocional asociada con depresión y ansiedad (40). Asimismo, algunos factores como el apoyo social percibido, el acceso a servicios especializados y diferencias culturales en la percepción del soporte influyen en el desarrollo de trastornos mentales (40).

Ansiedad

El DSM-5 define la ansiedad como una respuesta anticipatoria orientada hacia una amenaza futura que puede ser real o percibida, caracterizada por síntomas de tensión muscular, estado de hipervigilancia y tendencia a conductas evitativas (16). Los trastornos de ansiedad se distinguen por la presencia excesiva, persistente y difícil de controlar de esta

respuesta anticipatoria, la cual suele manifestarse junto con sensaciones de miedo o inquietud intensa (16). Para su diagnóstico, es necesario descartar que los síntomas sean consecuencia de afecciones médicas, sustancias u otros trastornos mentales, y se debe considerar el contexto sociocultural de la persona debido a la variabilidad en la expresión emocional y conductual según el entorno (16).

Diversos estudios han postulado que los síntomas ansiosos resultan de una disrupción en el equilibrio en los centros emocionales (amígdala) y los centros cognitivos superiores (corteza prefrontal) (41, 42). En trastornos de ansiedad, la amígdala presenta hiperactividad funcional y las áreas corticales no logran normalizar esta respuesta (41). Regiones como la corteza prefrontal y la corteza orbitofrontal son responsables en la evaluación de consecuencias, moderar el comportamiento social y regular el estado de ánimo (41). La hipótesis del glutamato propone que un exceso de actividad glutamatérgica contribuye a procesar memorias traumáticas de forma distorsionada, como ocurre en el Trastorno de Estrés Post Traumático (42) Los neuropéptidos también desempeñan un rol como moduladores, donde no solo actúan las monoaminas (serotonina, dopamina, norepinefrina) sino también sustancias como el Neuropéptido Y, y la Colecistoquinina, los cuales tienen un efecto ansiogénico (43). En la teoría del eje microbioma intestinal-sistema inmunitario-cerebro: plantea que, en situaciones de estrés crónico, la capa epitelial intestinal puede volverse más permeable, lo que resulta en un mayor movimiento de endotoxinas desde el interior del intestino hacia el exterior, lo que conduce a una inflamación de bajo grado, característica de varios trastornos de ansiedad (44).

Ansiedad en cuidadores de menores con Trastorno del Espectro Autista

Investigaciones previas en poblaciones de padres de niños con TEA han mostrado prevalencias elevadas de ansiedad. En Eslovenia, un estudio transversal realizado en 42 padres de niños con TEA identificó que el 42.9% de los padres presentaron niveles elevados de ansiedad (39). De manera

complementaria, un metaanálisis que incluyó 28 estudios con 13 270 padres evaluó si el estrés parental actúa como mediador entre el apoyo social percibido y la calidad de vida (45). Los resultados indicaron que un mayor apoyo social se asocia con menor ansiedad y mejor bienestar, mientras que niveles más altos de estrés parental se relacionan con menores indicadores de calidad de vida, evidenciando el papel modulador de los recursos psicosociales en la sintomatología emocional de los cuidadores (45).

2.2. Antecedentes

2.2.1 Antecedentes Internacionales

Diversos estudios internacionales han evaluado la prevalencia de síntomas psicológicos en cuidadores de niños con TEA. Un estudio de corte transversal realizado en 2021 por Demšar y Bakracevic, realizado en Eslovenia, tuvo como objetivo evaluar la relación entre la carga emocional del cuidado y los síntomas psicológicos en los cuidadores de niños con TEA (39). Para ello, se aplicaron las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression Anxiety Stress Scales, DASS) (39). Los autores reportaron que el 54.8% de los 42 padres de niños con TEA incluidos presentó niveles elevados de estrés, el 42.9% niveles elevados de ansiedad y el 35.7% síntomas depresivos (39).

Por otro lado, en un estudio transversal realizado en Katmandú, Nepal, por Pandey y Sharma en 2018, se evaluó a 61 cuidadores de niños con TEA utilizando la Lista de Verificación de Síntomas de Hopkins de 25 ítems (*Hopkins Symptom Checklist-25*, HSCL-25) para medir ansiedad y depresión, y la Entrevista de Sobrecarga de Zarit de 22 ítems (*Zarit Burden Interview*, ZBI-22) para evaluar la sobrecarga del cuidador (10). Los autores reportaron que el 33.0% presentó síntomas clínicamente significativos de ansiedad y el 24.6% síntomas depresivos. Por otro lado, la puntuación promedio de

sobrecarga fue de 41.49 ± 12.25, lo que indica un nivel moderado a severo (10). Además, se encontró una asociación significativa entre la sobrecarga percibida y la presencia de ansiedad y depresión, evidenciando que los factores emocionales influyen de manera importante en la carga que experimentan los cuidadores (10).

En México, un estudio transversal realizado por Magaña-Toledo et al. en 2025 tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de depresión y sobrecarga en 50 cuidadores primarios de niños con TEA, así como analizar la relación entre ambas variables (46). La depresión fue evaluada mediante la Escala de Depresión de Zung (*Zung Self-Rating Depression Scale*, Zung SDS), mientras que la sobrecarga, mediante la ZBI-22 (46). Los autores encontraron que el 28% de los cuidadores presentaba depresión y niveles elevados de sobrecarga (46). Por otro lado, en República Dominicana, un estudio transversal realizado en 2020 por Álvarez y De Beras tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad en padres de niños con TEA de una fundación de apoyo al trastorno (11). La investigación incluyó a 76 padres de niños con TEA y utilizó el BAI para evaluar los síntomas de ansiedad. Los resultados mostraron que el 31.6% de los cuidadores presentaba síntomas clínicamente significativos de ansiedad (11).

En un estudio transversal realizado en Brasil, se evaluó a 102 padres de niños con TEA atendidos en un centro especializado de referencia (14). Para la evaluación psicológica de los cuidadores se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) y, para la caracterización de la severidad de los síntomas conductuales de los niños, la Lista de Comportamientos Aberrantes (*Aberrant Behavior Checklist*, ABC) (14). Se identificó que el 33.7% de los cuidadores presentaba síntomas de ansiedad y el 26.7% de depresión; además, la presencia de síntomas conductuales severos en los niños incrementó significativamente la probabilidad de que los cuidadores presentarán síntomas severos de ansiedad y depresión, con un odds ratio (OR) de 35.2, lo que sugiere una relación entre la severidad clínica del TEA en los niños y el impacto psicológico en los cuidadores (14).

De manera similar, otro estudio realizado en Brasil evaluó a 80 cuidadores de niños con TEA atendidos en un servicio especializado de salud de la Amazonía, con el objetivo de analizar la relación entre ansiedad y calidad de vida (14). Para medir los síntomas de ansiedad, los autores emplearon el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory* BAI). Se reportó que 68.8% de los cuidadores presentaban ansiedad severa (puntuación BAI ≥26 puntos) (14). La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud de 36 ítems (*Short Form Health Survey*, SF-36), encontrándose que la mayoría de los cuidadores mostraba afectación en al menos un dominio, incluyendo dolor, funcionamiento social, limitaciones emocionales y salud mental (14). Además, se identificó que los niveles de ansiedad se asociaron de manera independiente con menores puntajes en el componente emocional de la calidad de vida, luego de ajustar por factores sociodemográficos y características clínicas de los niños con TEA (14).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En Perú, un estudio transversal desarrollado por Ticona y Cuno en 2024 tuvo como objetivo evaluar la presencia de depresión en cuidadores de niños con TEA de dos centros de educación básica especial (CEBES) de Arequipa. Para ello, se evaluó a 30 cuidadores, en su mayoría madres, mediante la Escala de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI-II) (47). Los resultados indicaron que aproximadamente el 46% de los cuidadores presentaba depresión leve, el 20%, depresión moderada y el 10%, depresión severa (47). Estos hallazgos muestran que, incluso en muestras relativamente pequeñas y en contextos institucionales locales, se describe sintomatología depresiva, lo que podría afectar el bienestar general y la calidad de vida del cuidador (47).

De manera similar, un estudio transversal realizado por León en 2021 tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de niños con TEA de una clínica privada de Loreto (48). Se evaluó

a 50 cuidadores, principalmente madres, mediante la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (*Goldberg Anxiety and Depression Scale*, GAD) (48). Los resultados mostraron que hasta un 80% de los cuidadores presentaba síntomas de depresión leve a moderada y ansiedad leve a moderada (48). La depresión leve se reportó en el 45% de participantes, depresión moderada en el 25% de los participantes y depresión severa en el 10%, mientras que, la ansiedad leve alcanzó el 40% de los participantes y la moderada el 30%. La comorbilidad entre depresión y ansiedad afectó aproximadamente al 35% de los cuidadores (48).

Por último, un estudio transversal desarrollado en el periodo 2023-2024 por Zorrilla en 2025 en el Hospital PNP Luis N. Sáenz tuvo como objetivo determinar la asociación entre sobrecarga del cuidador y la depresión en padres de niños con TEA (12). Se evaluó a 102 cuidadores, siendo el 71.6% madres, mediante el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) para medir síntomas depresivos. Los resultados mostraron que 64.7% de los cuidadores presentaba depresión (puntuación PHQ-9 > 4 puntos). Este hallazgo constituye un antecedente nacional relevante y nos esclarece sobre la magnitud de la problemática en salud mental en cuidadores de niños con TEA pertenecientes a un sector del sistema de salud.

En conjunto, los estudios internacionales y nacionales disponibles han reportado prevalencias heterogéneas de síntomas de ansiedad y depresión en cuidadores de niños con TEA, lo que refleja la magnitud de esta problemática en los sistemas de salud.

2.3 Glosario

- **Ansiedad:** Estado emocional caracterizado por una respuesta anticipatoria frente a una amenaza futura real o percibida. Según el DSM-5, incluye síntomas de tensión, hipervigilancia y conductas evitativas (16).
- **Apoyo social percibido:** Evaluación subjetiva que realiza una persona en relación con la disponibilidad y calidad de apoyo que recibe en su entorno social (45). Incluye: apoyo emocional, apoyo instrumental o práctico, apoyo informativo y apoyo en redes cercanas (45).
- **Calidad de vida relacionada con la salud (Health-Related Quality of Life):** Medida multidimensional del bienestar de una persona, evaluado desde la perspectiva de ella (45).
- **Carga del cuidador:** Conjunto de consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas experimentadas por la persona que brinda cuidado continuo a un individuo dependiente (26)
- **Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9):** Instrumento clínico validado que evalúa la sintomatología depresiva experimentada durante los últimos 14 días. Permite medir la presencia y severidad de síntomas de depresión a través de nueve ítems (50).
- **Cuidador principal:** Persona encargada de brindar asistencia, supervisión y apoyo continuo a un individuo dependiente debido a su condición de salud, edad u otras limitaciones funcionales (25).
- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente, anhedonia, alteraciones del sueño o apetito, dificultades de concentración y deterioro funcional (16).
- **Estrés parental:** Respuesta psicológica negativa que deriva de las demandas percibidas del rol de cuidador de un hijo (45).
- **Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI):** Instrumento psicométrico de 21 ítems diseñado para medir la presencia

y la intensidad de los síntomas de ansiedad en adultos. Evalúa manifestaciones fisiológicas y subjetivas de ansiedad (49).

- **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5):** Manual de referencia de la Asociación Americana de Psiquiatría que establece criterios diagnósticos para trastornos mentales (16).
- **Neurodiversidad:** Término que se refiere a la diversidad existente en la neurobiología humana la cual abarca el neurodesarrollo típico y el divergente. Paradigma que reconoce las variaciones neurológicas como el Trastorno del Espectro Autista, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad o la dislexia como parte de la diversidad humana y que cuestiona enfoques patologizantes (51).
- **Psiquiatría del Niño y del Adolescente:** Especialidad médica encargada de la evaluación, diagnóstico y manejo de trastornos del neurodesarrollo y salud mental en población pediátrica (16).
- **Trastorno del Espectro Autista (TEA):** Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento (16).

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de investigación

El presente estudio adoptó un diseño observacional descriptivo y de corte transversal.

3.2. Población

La población estuvo conformada por los cuidadores principales de niños o adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) que se encontraban en la sala de espera de dicho servicio. El HNGAI, hospital de referencia del Seguro Social de Salud (EsSalud), se encuentra ubicado en Lima, Perú y atiende mensualmente a aproximadamente 1500 menores con problemas de salud mental (13). Según un estudio previo, el número total de pacientes con diagnóstico de TEA atendidos en este hospital terciario fue de 1648 durante el 2019 (52).

3.3. Muestra

Para la selección de los participantes se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos, lo que implicó la

inclusión de los cuidadores que cumplan con los criterios de elegibilidad en orden de llegada, hasta completar el tamaño muestral requerido.

Para garantizar una precisión en la estimación de las prevalencias, se calculó el tamaño muestral para una población finita de 1648 cuidadores, cifra que corresponde al total de pacientes con diagnóstico de TEA atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. El cálculo se basó en los siguientes parámetros: Nivel de confianza de 95% (Z=1.96), un margen de error de 5% (d=0.05) y una proporción esperada (p) para síntomas de depresión del 64.7% y para síntomas de ansiedad del 31.6%, con una proporción de pérdidas estimadas de 10%.

La proporción esperada de síntomas de depresión se basó en el estimado obtenido por Zorrilla en 2025, quien aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en padres de niños con TEA de un hospital en Perú (12). Por otro lado, dada la ausencia de estudios en Perú, se consideró la prevalencia de síntomas de ansiedad estimada por Álvarez y De Beras en 2021 mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en padres de niños con TEA de una fundación de apoyo de República Dominicana (11). Con estos datos y empleando el programa Stata v.19.0, se obtuvieron los tamaños de muestra de 322 y 308 participantes de acuerdo con las proporciones esperadas de depresión y ansiedad, respectivamente. En consecuencia, se consideró el mayor valor obtenido, estableciéndose un tamaño de muestra final de 322 cuidadores de menores con TEA.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Cuidadores principales de 18 años o más que sean padre, madre, tutor o familiar directo de un niño o adolescente con diagnóstico de TEA.
- Haber brindado cuidado continuo durante al menos seis meses al niño o adolescente con TEA.

- Niño o adolescente (atendido hasta los 18 años) con diagnóstico de TEA confirmado por un médico psiquiatra.

Criterios de exclusión

- Cuidadores con diagnóstico de depresión o ansiedad previo al diagnóstico de TEA del niño o adolescente, o que se encuentren en tratamiento actual por depresión o ansiedad.
- Individuos con discapacidad cognitiva o alteración del estado mental que impidan responder adecuadamente los cuestionarios.

3.5. Variables del estudio

Nivel de síntomas de depresión

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión se define como “un trastorno del estado del ánimo que causa una sensación persistente de tristeza y pérdida de interés” (16). Esta variable fue medida mediante el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9), un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional y validado en Perú para la detección de síntomas depresivos (53). El nivel de síntomas depresivos fue tratado como una variable categórica de escala ordinal. Según los puntos de corte establecidos para el cuestionario PHQ-9, se categorizó en cinco niveles: 0-4 puntos (mínimos o ausencia de síntomas), 5-9 (leves), 10-14 (moderados), 15-19 (moderadamente graves) y 20-27 (graves). Adicionalmente, esta variable fue también manejada como categórica dicotómica, considerando un punto de corte de 10 o más para identificar la presencia de síntomas de depresión clínicamente significativa.

Nivel de síntomas de ansiedad

Según el DSM-5, la ansiedad constituye “una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” relacionada a síntomas físicos como la tensión muscular y relacionada a comportamientos evitativos (16). Los niveles de síntomas de ansiedad serán evaluados mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), una herramienta previamente validada en población peruana (55). En el presente estudio, esta variable se manejó como una variable categórica de escala ordinal, y se clasificará en los siguientes niveles según el puntaje total obtenido: 0-7 puntos (ansiedad mínima), 8-15 (leve), 16-25 (moderada) y 26-63 (grave). Además, esta variable será también trabajada como categórica dicotómica, donde un puntaje igual o superior a 16 sugiere la presencia de ansiedad clínicamente significativa (56).

Variables sociodemográficas

Dentro de las variables sociodemográficas se evaluó la edad (años cumplidos), sexo (masculino o femenino), estado civil (soltero, casado conviviente, separado, divorciado, viudo), parentesco con el menor (madre, padre, tutor, familiar directo), grado de instrucción y residencia.

Tiempo de cuidado continuo del menor con TEA

Se define como el periodo de tiempo de responsabilidad directa y apoyo constante que se brinde al menor usuario con el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista. La variable se midió en años.

Tiempo desde el diagnóstico del menor con TEA

Se define como el período de tiempo desde que el menor recibió el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. La variable se midió en años.

3.6. Operacionalización de Variables

Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Categorías / Rangos	Medio de verificación
Nivel de síntomas depresivos	Severidad de síntomas depresivos según el puntaje obtenido del PHQ-9.	Categórica	Ordinal	1) Síntomas mínimos o ausentes 2) Síntomas leves 3) Síntomas Moderados 4) Síntomas moderadamente severos 5) Síntomas severos	0 = Síntomas mínimos (0-4 puntos) 1 = Leves (5-9) 2 = Moderados (10-14) 3 = Moderadamente severos (15-19) 4 = Severos (20-27)	Cuestionario PHQ-9 completado por el cuidador
		Categórica	Nominal dicotómica	Síntomas depresivos clínicamente significativos	0= No (<10 puntos) 1= Sí (>=10 puntos)	
Nivel de síntomas de ansiedad	Severidad de síntomas de ansiedad según el puntaje obtenido del BAI	Categórica	Ordinal	1) Síntomas de ansiedad mínima 2) Síntomas Leves 3) Síntomas Moderados 4) Síntomas Severos	0 = Síntomas de ansiedad mínima (0-7 puntos) 1 = Leves (8-15) 2 = Moderados (16-25) 3 = Severos (26-63)	Cuestionario BAI completado por el cuidador

		Categórica	Nominal	Síntomas de ansiedad clínicamente significativos	0 = No (<16 puntos) 1 = Si (>=16 puntos)	
Edad	Años cumplidos reportados por el cuidador	Cuantitativa	Razón	Años de vida cumplidos	Edad en años	Cuestionario sociodemográfico
Sexo	Sexo reportado por el cuidador	Categórica	Nominal	Sexo reportado por el cuidador	0 = Masculino 1 = Femenino	Cuestionario sociodemográfico
Estado civil	Situación conyugal de una persona respecto a matrimonio o convivencia	Categórica	Nominal	Autorreporte del estado civil	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Conviviente 3 = Separado 4 = Divorciado 5 = Viudo	Cuestionario sociodemográfico
Parentesco	Vinculo familiar reportado por el cuidador	Categórica	Nominal	Autorreporte del parentesco	0 = Madre 1 = Padre 2 = Tutor 3 = Familiar directo	Cuestionario sociodemográfico
Grado de instrucción	Último nivel educativo concluido reportado por el cuidador	Categórica	Ordinal	Último nivel educativo concluido reportado por el cuidador	0 = Sin educación 1 = Primaria incompleta 2 = Primaria completa 3 = Secundaria incompleta	Cuestionario sociodemográfico

					4 = Secundaria completa 5 = Técnico 6 = Universitario incompleto 7 = Universitario completo 8=Posgrado	
Residencia	Lugar de residencia habitual reportado por el cuidador	Categórica	Nominal dicotómica	Lugar de Residencia	0= Lima 1= Provincias	Cuestionario sociodemográfico
Tiempo de cuidado continuo	Tiempo en años ejerciendo el rol de cuidador principal	Cuantitativa	Razón	Años de cuidado reportados por el participante	Tiempo en años	Cuestionario sociodemográfico
Tiempo desde el diagnóstico	Tiempo en años desde el diagnóstico	Cuantitativa	Razón	Años reportados desde el diagnóstico	Tiempo en años	Cuestionario sociodemográfico

3.7. Técnicas e instrumentos de Recolección de datos

Cuestionario de Salud del Paciente

El cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para el tamizaje de síntomas depresivos y la estimación de su severidad (50). El PHQ-9 está constituido por nueve ítems, los cuales evalúan la frecuencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas, utilizando una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta: 0= “para nada”, 1= “varios días”, 2= “la mayoría de los días”, 3= “casi todos los días” (57). El puntaje total oscila entre 0 y 27 puntos, permitiendo clasificar la severidad sintomatológica en cinco niveles: mínima o ausente (0–4), leve (5–9), moderada (10–14), moderadamente severa (15–19) y severa (20–27) (57). El PHQ-9, al ser una herramienta de tamizaje, no reemplaza el diagnóstico clínico, el cual debe ser establecido por un profesional de salud mental en el contexto de una evaluación clínica integral. El PHQ-9 ha sido traducido al español y validado en diversos países, incluido el Perú (58). En la población peruana, este instrumento ha demostrado una alta consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach de 0.87 (57). En la muestra analizada del presente trabajo de investigación, el PHQ-9 demostró una buena consistencia interna ($\alpha = 0.831$). Ningún ítem redujo de forma importante la fiabilidad de la escala, ya que el alfa al eliminar cada ítem se mantuvo cercano al alfa global. El ítem 8 muestra la correlación ítem-resto más baja ($r=0.3743$), aunque aun así es superior al mínimo aceptable de 0.30 para escalas de salud mental (Anexo 04).

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI) es un instrumento desarrollado por Beck et al. en 1988 para evaluar la presencia y severidad de síntomas de ansiedad (49). Consta de 21 ítems, cada uno con

una escala de Likert de cuatro puntos: 0= “para nada”, 1= “leve”, 2= “moderado”, 3= “severo” (49). La puntuación total oscila entre 0 y 63 puntos, clasificando la severidad en cuatro niveles: mínima (0–7), leve (8–15), moderada (16–25) y grave (26–63) (56). La puntuación igual o superior a 16 sugiere la posible presencia de ansiedad clínicamente significativa, aunque esta herramienta tiene un propósito de tamizaje y no sustituye el diagnóstico clínico realizado por un profesional de la salud mental. El BAI ha sido traducido al español y validado en diversos contextos, incluido el Perú, donde ha demostrado un coeficiente alfa de Cronbach de 0.95 (55). Se analizó el alfa de Cronbach en el presente estudio y el BAI presentó una excelente consistencia interna (α = 0.9298). La mayoría de los ítems mostró correlaciones ítem - resto superiores a 0.50, lo cual evidencia una contribución robusta a la medición global de ansiedad. El ítem 19 (sensación de desvanecimiento) presenta la correlación ítem-resto más baja (r = 0.3383). El análisis se encuentra en el anexo 04.

Cuestionario sociodemográfico

En este estudio se empleó una encuesta sociodemográfica diseñada por los autores donde se recolectaron, mediante las preguntas, las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, parentesco con el menor, grado de instrucción y residencia. Además, complementariamente, se añadieron preguntas relativas a las variables temporales del estudio.

3.8. Plan de recolección de datos

Para la recolección de datos, los cuidadores de menores con TEA fueron identificados en las salas de espera del Servicio de Psiquiatría del HNGAI. Posteriormente, se les proporcionó una explicación clara sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. Seguidamente, se

les invitó a leer el consentimiento informado y, en caso de encontrarse de acuerdo, se solicitó su firma (Anexo 02).

A los cuidadores que aceptaron formar parte del estudio se les proporcionó un cuestionario autoadministrado compuesto por tres secciones: el cuestionario de características sociodemográficas, el cuestionario PHQ-9 y la escala BAI (Anexo 03). El tiempo promedio estimado para completar los instrumentos fue de 15 a 20 minutos. Se comprobó que los instrumentos estén debidamente completados antes de finalizar la participación. La información recolectada fue almacenada en sobres de manila y posteriormente digitalizada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Las fichas con datos incompletos fueron excluidas del registro final. El acceso a la base de datos estuvo restringido únicamente al investigador principal del estudio.

3.9. Análisis de datos

Se utilizó el software Stata v.19.0 para el procesamiento y análisis estadístico. Para todas las pruebas, se estableció un nivel de significancia estadística de $\alpha=0,05$. Antes del análisis relacionado a los objetivos de este trabajo de investigación, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando valores >0.70 como aceptables.

Las variables sociodemográficas categóricas como sexo, parentesco, nivel educativo se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentaje). Se evaluó la normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk a las variables cuantitativas continuas (edad, tiempo desde el diagnóstico y tiempo de cuidado continuo). De acuerdo con esta evaluación, ya que todas las variables tuvieron una distribución no normal, se calculó la mediana y rango intercuartílico.

Se calculó la prevalencia puntual de síntomas de ansiedad y síntomas de depresión, presentando los intervalos de confianza al 95%. Además, se evaluó la asociación entre los niveles de ansiedad y depresión utilizando la

prueba de coeficiente de correlación de Spearman y la prueba de chi cuadrado.

3.10. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se desarrolló en alineación a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, las normativas éticas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las normativas regulatorias locales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Así, el trabajo de investigación cuenta con la aprobación del Instituto de Ética en Salud “Juan Alberto Perales Cabrera” de la Facultad de Medicina San Fernando (UNMSM). Igualmente, cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Previamente a la recolección de datos de los cuidadores, se les entregó el consentimiento informado, el cual incluyó información clara y comprensible sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, así como los derechos de los participantes. Los cuidadores recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio, la duración aproximada para completar los tres cuestionarios y la ausencia de beneficios económicos directos. Además, se enfatizó explícitamente que la participación era completamente voluntaria y que el cuidador podría retirar su consentimiento en cualquier momento, sin esto significar un perjuicio en la atención médica habitual en EsSalud.

Para garantizar el anonimato, se implementó un sistema de codificación numeral, evitando el uso de cualquier dato que permita la identificación directa de los participantes. En relación con la gestión de riesgos, se determinó que el estudio no conlleva riesgos físicos para los participantes. Sin embargo, se reconoció que la aplicación de los cuestionarios podría generar un malestar emocional leve, debido a la naturaleza de las preguntas sobre la

sintomatología depresiva y ansiosa. De identificarse malestar emocional significativo durante la evaluación, se ofreció orientación para acceder a soporte psicológico en el mismo establecimiento.

Para mantener la transparencia y el contacto, se proporcionó a los participantes los datos de contacto de la Investigadora Principal y de los presidentes de los Comités de Ética: el Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra (UNMSM) y el Dr. Demetrio Molero Castro (HNGAI), asegurando el derecho de los cuidadores a consultar sobre sus derechos en cualquier fase de la investigación. Finalmente, se garantizó el acceso a los resultados finales del estudio a aquellos participantes que lo solicitaran

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los hallazgos obtenidos posterior al procesamiento y análisis de la data recolectada entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2026. La muestra final estuvo conformada por 322 cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Previo al análisis de la muestra, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos.

La Tabla 1 detalla las características sociodemográficas de los cuidadores incluidos en el estudio. La mediana de edad de los cuidadores fue de 40,5 años y su rango intercuartílico estuvo comprendido entre 36 y 46 años, con valores que oscilaron entre 21 a 76 años. En relación con la variable sexo, se observó predominio femenino, donde encontramos a 272 cuidadoras (84.47%), mientras que encontramos a 50 cuidadores varones (15.53%). Con respecto al parentesco, la mayoría de los cuidadores correspondieron a la categoría de madre del niño o adolescente con TEA (n=252; 78.26%), seguida por el padre (n=52; 16.15%), familiar directo (n=16; 4.97%) y tutor (n=2; 0.62%). En conjunto, estos datos nos permiten decir que, el vínculo maternofilial representó casi cuatro de cada cinco participantes. Respecto al estado civil, las categorías más frecuentes fueron conviviente (n=121; 37.58%) y casado (n=112; 34.78%), que en conjunto agrupan al 72.36% de la muestra. Le siguieron los cuidadores separados (n=48; 14.91%), solteros (n=29; 9.01%), divorciados (n=7; 2.17%) y viudos (n=5; 1.55%). En relación con el nivel educativo, se observó una distribución heterogénea. La categoría más frecuente fue secundaria completa (n=105; 32.61%), seguida por educación técnica (n=81; 25.16%) y universitaria completa (n=81; 25.16%). En menor proporción se identificaron cuidadores con universitaria incompleta (n=25; 7.76%), primaria completa (n=8; 2.48%), primaria incompleta (n=6; 1.86%), secundaria incompleta (n=13; 4.04%), posgrado (n=2; 0.62%) y sin educación formal (n=1; 0.31%). En conjunto, más de la mitad de los participantes (57.94%) contaba con educación técnica o universitaria.

Por último, con relación a la residencia, la mayoría de los cuidadores residía en Lima (n=276; 85.71%); mientras que el 14.29% restante (n=46) de provincias.

Tabla 1. **Características sociodemográficas de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, 2026 (n=322)**

	n (%)	Mediana	p25 - p75
Edad		40.5	36 - 46
Sexo			
Masculino	50 (15.53)		
Femenino	272 (84.47)		
Parentesco			
Madre	252 (78.26)		
Padre	52 (16.15)		
Tutor	2 (0.62)		
Familiar directo	16 (4.97)		
Estado civil			
Soltero	29 (9.01)		
Casado	112 (34.78)		
Conviviente	121 (37.58)		
Separado	48 (14.91)		
Divorciado	7 (2.17)		
Viudo	5 (1.55)		
Grado de instrucción			
Sin educación	1 (0.31)		
Primaria Incompleta	6 (1.86)		
Primaria completa	8 (2.48)		
Secundaria incompleta	13 (4.04)		
Secundaria completa	105 (32.61)		
Educación técnica	81 (25.16)		
Universitaria incompleta	25 (7.76)		
Universitario completo	81 (25.16)		
Posgrado	2 (0.62)		
Residencia			
Lima	276 (85.71)		
Provincia	46 (14.29)		

Nota: La variable edad no siguió una distribución normal (Shapiro-Wilk, p<0.001), razón por la que se reporta como mediana y rango intercuartílico.

Fuente: Elaboración propia basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.

Las variables temporales se detallan en la Tabla 2. Ambas fueron cuantificadas en años. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de TEA del niño o adolescente mostró una distribución asimétrica positiva (skewness=1.008), con una mediana de 3 años (RIC: 2–6 años). La media fue de 3.97 años (DE=3.03), con valores que oscilaron entre 0.05 y 13 años. Estos resultados indican el tiempo de diagnóstico de TEA del menor oscilaba entre 2 y 6 años. Sin embargo, es importante mencionar que se identificaron un grupo con diagnósticos más recientes y otro con diagnósticos de mayor antigüedad, lo que genera una distribución con cola derecha prolongada, lo que evidencia una amplia variabilidad en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico dentro de la población estudiada. El tiempo de cuidado continuo presentó una distribución aproximadamente simétrica (skewness=0.35) con una curtosis cercana a la observada en una distribución normal (curtosis = 2.07). La mediana fue de 8 años (RIC: 6–12 años) y la media de 9.13 años (DE=4.19), con valores que oscilaron entre 0.5 y 18 años.

Tabla 2. **Características descriptivas de las variables temporales de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, 2026 (n=322)**

Variable	Mediana (RIC)	Media ± DE	Mínimo - Máximo
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico (años)	3 (2 - 6)	3.97 ± 3.03	0.05 - 13
Tiempo de cuidado continuo (años)	8 (6 - 12)	9.13 ± 4.19	0.5 - 18

Nota: Ambas variables presentaron distribución no normal evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk (p<0.001), por lo que se reportan mediante mediana y rango intercuartílico (p25–p75) como medidas

principales. La media y desviación estándar se incluyen como referencia complementaria. RIC: rango intercuartílico.

Fuente: Elaboración propia basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.

En relación con el segundo objetivo específico planteado en el presente trabajo de investigación, se evaluaron los niveles de los síntomas depresivos según el puntaje obtenido utilizando el cuestionario PHQ-9. Se clasificó la prevalencia de síntomas depresivos en niveles según el puntaje reportado en el PHQ-9. Los resultados nos dieron a conocer que más de la mitad de los participantes (52.48%; IC 95%: 46.9 - 58.0) presentaron niveles mínimos o ausencia de síntomas depresivos. El nivel leve de síntomas depresivos fue el segundo más frecuente, con una prevalencia de 26.71% (IC 95%: 21.9 - 31.8). El nivel moderado de síntomas depresivos se identificó en el 13.98% (IC 95%: 10.4 - 18.2) de los cuidadores. En menor proporción se presentó el nivel moderadamente severo (5.59%; IC 95%: 3.3 - 8.6) y el nivel severo (1.24%; IC 95%: 0.33 - 3.1).

Tabla 3: **Niveles de severidad de síntomas depresivos según el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA en el HNGAI, 2026 (n=322)**

Categoría	n (%)	IC 95%
Nivel de síntomas depresivos		
Mínima o ausente (0 - 4 puntos)	169 (52,48)	46.9 - 58.0
Leve (5 - 9 puntos)	86 (26.71)	21.9 - 31.8
Moderada (10 - 14 puntos)	45 (13.98)	10.4 - 18.2
Moderada severa (15-19 puntos)	18 (5.59)	3.3 - 8.6
Severo (20 - 27 puntos)	4 (1.24)	0.33 - 3.1

Nota: Los niveles de síntomas depresivos fueron determinados según la puntuación total del PHQ-9.

Fuente: Elaboración propia basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026. Elaboración propia

Adicionalmente, al utilizar el punto de corte de ≥10 puntos en el PHQ-9, se observó que el 20.81% (IC95%: 16.5 - 25.7) de los cuidadores presentó sintomatología depresiva clínicamente significativa.

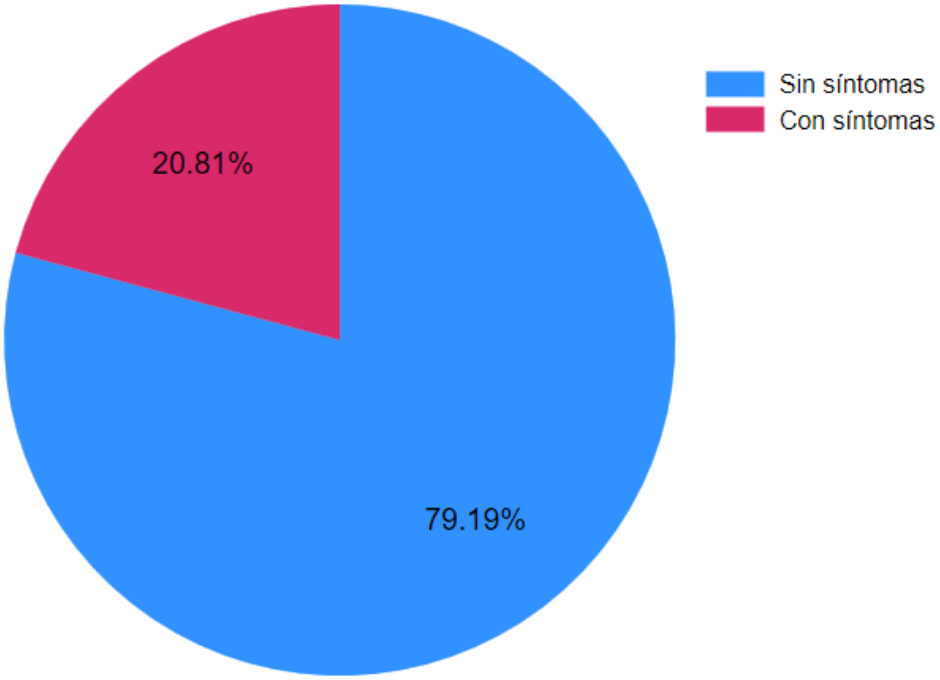


Figura 1: **Prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026.**

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó un análisis descriptivo de los 9 ítems que componen el cuestionario PHQ-9 (ver tabla 4). El síntoma que presentó mayor puntuación

promedio fue la sensación de fatiga o falta de energía (Ítem 4; M = 0.96; DE = 1.05). Le siguieron síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo (Ítem 2; M = 0.79; DE=0.95), anhedonia (Ítem 1: M=0.78; DE=0.96), y las alteraciones del sueño (Ítem 3; M=0.77; DE=1.07). Por contraparte, el síntoma con menor puntuación promedio correspondió a la ideación autolesiva (Ítem 8; M = 0.18; DE = 0.54). Este hallazgo sugiere una menor frecuencia relativa de este síntoma en comparación con los demás componentes evaluados con el PHQ-9. La puntuación total promedio del PHQ-9 fue de 5.29 puntos (DE = 5.08).

Tabla 4. **Estadísticos descriptivos de los ítems del PHQ-9 en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026**

Ítem	Síntoma evaluado	Media	DE
1	Anhedonia	0.78	0.96
2	Estado de ánimo depresivo	0.79	0.95
3	Alteraciones del sueño	0.77	1.07
4	Fatiga o falta de energía	0.96	1.05
5	Alteraciones en el apetito	0.46	0.85
6	Alteraciones en la atención	0.59	0.82
7	Alteraciones psicomotoras	0.40	0.73
8	Ideación autolesiva	0.18	0.54
9	Sentimientos de culpa o fracaso	0.47	0.93
Puntuación total		5.29	5.08

Fuente: Basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.

Elaboración propia

En relación con el tercer objetivo específico, se evaluaron los niveles de severidad de los síntomas de ansiedad utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), detallado en la Tabla 6. Se clasificó la prevalencia de síntomas ansiosos en niveles según el puntaje marcado en el BAI. El nivel mínimo de síntomas ansiosos fue el nivel más frecuente, con una prevalencia de 56.21% (IC 95%: 50.6 - 61.7). La segunda categoría más prevalente fue el nivel leve (23.29%; IC 95%: 18.7 - 28.2). En menor proporción se encontró el nivel de síntomas ansiosos severos (11.18%; IC 95%: 7.9 - 15.1) y el nivel de síntomas moderados (9.32%; IC 95%: 6.3 - 13.3).

Tabla 5. **Niveles de severidad de los síntomas ansiosos según el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026**

Categoría	n (%)	IC 95%
Nivel de síntomas ansiosos		
Mínima (0 - 7 puntos)	181 (56.21)	50.6 - 61.7
Leve (8 - 15 puntos)	75 (23.29)	18.7 - 28.2
Moderada (16 - 25 puntos)	30 (9.32)	6.3 - 13.3
Severa (26 - 63 puntos)	36 (11.18)	7.9 - 15.1

Nota: Los niveles de síntomas ansiosos fueron determinados según la puntuación total del BAI.

Fuente: Basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.

Elaboración propia

Como observamos en la figura 2, considerando el punto de corte de 16 puntos establecido para la identificación de sintomatología ansiosa clínicamente significativa, el 20.5% (IC 95%: 15.93-24.99) de los cuidadores superó dicho umbral.

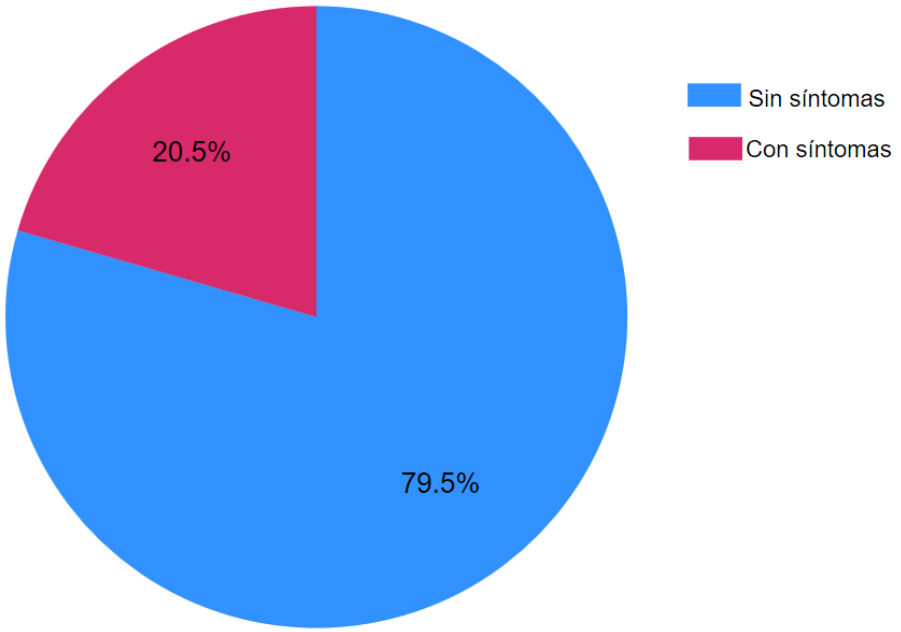


Figura 2: Presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en un hospital peruano, 2026.

Fuente: Elaboración propia.

Como observamos en la tabla 6, se realizó un análisis descriptivo de los 21 ítems del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se identificó que la

manifestación con mayor puntuación promedio fue la presencia de nerviosismo (Ítem 10; M=0.85; DE= 0.87). Le siguieron la sensación de incapacidad para relajarse (Ítem 4: M=0.79; DE=1.02) y sentimientos de estar atemorizados o asustados (Ítem 9: M=0.72; DE=0.89). Por el contrario, los síntomas relacionados con manifestaciones autonómicas, como los desvanecimientos o desmayos (Ítem 19; M=0.11; DE = 0.39), presentaron la frecuencia más baja de la escala. La puntuación promedio de ansiedad en los cuidadores fue de 10.02 puntos (DE=10.98).

Tabla 6. **Estadísticos descriptivos de los ítems del Inventario de Ansiedad de Beck en cuidadores de niños y adolescentes con TEA atendidos en el HNGAI, 2026 (n=322)**

Ítem	Síntoma evaluado	Media	DE
1	Sensación de torpeza o entumecimiento.	0.30	0.63
2	Sensación de estar acalorado	0.42	0.81
3	Temblor en las piernas	0.26	0.64
4	Incapacidad de relajarse	0.79	1.02
5	Temor a que ocurra lo peor	0.68	0.97
6	Mareo o aturdimiento	0.52	0.90
7	Latidos del corazón fuertes y acelerados	0.53	0.94
8	Sensación de inestabilidad física	0.43	0.78
9	Sentirse atemorizado o asustado.	0.72	0.89
10	Sentirse nervioso	0.85	0.87

11	Sensación de bloqueo	0.38	0.73
12	Temblores en las manos	0.27	0.65
13	Sensación de inquietud o inseguridad	0.48	0.73
14	Miedo a perder el control	0.60	0.90
15	Sensación de ahogo o dificultad respiratoria	0.38	0.82
16	Temor a morir	0.64	0.91
17	Sentimiento de miedo constante	0.54	0.79
18	Problemas digestivos o molestias estomacales	0.48	0.84
19	Sensación de desvanecimiento o desmayo	0.11	0.39
20	Rubor o enrojecimiento facial	0.25	0.58
21	Sudores fríos o calientes	0.31	0.73
Puntuación total (BAI)		**10.02**	**10.98**

Fuente: Basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026. Elaboración propia.

Con el fin de evaluar la relación entre los niveles de severidad de los síntomas manifestados en la muestra estudiada, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman, cuyos resultados se detallan en la Tabla 7. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson demostró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad ($\chi 2 = 189.28$; $p<0.001$), lo que indica que estas condiciones no se presentan de forma

independiente en la muestra estudiada. El coeficiente de correlación de Spearman fue de 0.653 (IC 95%: 0.576 - 0.730), es decir, presentó una correlación positiva moderada.

Al analizar la distribución por niveles, se observa una polarización: el 82.32% (n=139) de quienes presentaron niveles de síntomas depresivos mínimos mantuvieron niveles de síntomas de ansiedad igualmente mínimos. En contraste, el 75% de los cuidadores identificados con depresión severa también presentaron ansiedad severa de forma simultánea. Sin embargo, este dato debe interpretarse con cautela debido al reducido tamaño del subgrupo (n=4).

Tabla 7: **Distribución de los niveles de los síntomas de ansiedad según el nivel de síntomas de depresión en cuidadores de niños y adolescentes con TEA atendidos en el HNGAI, 2026 (n=322)**

	Nivel de síntomas de ansiedad				
Nivel de síntomas de depresión	**Mínimo n (%)**	**Leve n (%)**	**Moderado n (%)**	**Severo n (%)**	**Total**
Mínima	139 (82.32)	26 (15.38)	3 (1.78)	1 (0.59)	169
Leve	34 (39.53)	36 (41.86)	9 (10.47)	7 (8.14)	86
Moderada	7 (15.56)	11 (24.44)	13 (28.89)	14 (31.11	45
Moderada - severa	1* (5.56)	2* (11.11)	4* (22.22)	11 (61.11)	18
Severa	0*	0*	1* (25.00)	3* (75.00)	4*

Total	**181 (56.21)**	**75 (23.29)**	**30 (9.32)**	**36 (11.18)**	**322**

*Nota: PHQ: Patient Health Questionnaire - 9 (Cuestionario de Salud del Paciente); BAI: Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck). Los porcentajes de la fila representan la distribución del nivel de ansiedad en cada categoría de depresión. * Interpretar con cautela las celdas que tengan una frecuencia <5.*

Fuente: Basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.

Elaboración propia.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de síntomas de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el año 2026. La muestra estuvo conformada por 322 cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, durante los meses de marzo y mayo del año 2026.

El perfil sociodemográfico de nuestra muestra tuvo un predominio femenino (84.47%). Asimismo, predominantemente, las madres ocuparon el rol de cuidadoras principales (78.26%). La mediana de edad fue de 40.5 años y el nivel educativo mayoritariamente fue técnico o universitario (57.94%). Estos resultados son concordantes con el estudio de Magaña-Toledo et al (20) quienes reportaron que predominaron las cuidadoras del sexo femenino (92%), la edad promedio fue de 40 años y que el 42% presentaba con estudios de nivel de licenciatura. En Iraq, en un estudio se reportó que el 85.7% de los cuidadores primarios fueron madres (59). Asimismo, Montenegro y colaboradores (60), en un estudio que realizaron en 7 países de Latinoamérica, reportaron que el 85.1% de los cuidadores fueron madres. En el contexto peruano, un estudio reportó que dentro de su muestra de cuidadores de niños con autismo el 72.5% pertenecieron al género femenino y que el 43.1% de la muestra presentó estudios superiores completos (61). Asimismo, un estudio realizado en Perú halló que las mujeres representaban el 73% de los cuidadores (12).

Los resultados en este estudio evidenciaron una prevalencia de 20.8% para síntomas de depresión clínicamente significativa (punto de corte: PHQ-9 ≥ 10). A nivel mundial, en el año 2025 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una prevalencia mundial de depresión de 5.7% en adultos (62). Schnabel et al. (2020) reportaron que los padres de niños con Trastorno del Espectro Autista presentaron prevalencias de depresión y ansiedad con

estimaciones que oscilan entre el 19% y 50% según el instrumento utilizado (63). En el metaanálisis desarrollado por Lam (2024) relacionado a la depresión en cuidadores de menores con TEA, mostró una prevalencia a nivel mundial de síntomas depresivos de 45% y específicamente en las américas una prevalencia del 38% (64) En una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis se encontró que las madres de los niños con TEA tuvieron un puntaje significativamente mayor en las escalas de síntomas depresivos que en madres de niños que tengan otras formas de neurodiversidad (DME 0.42; IC 95% 0.25 - 0.59) (65).

La prevalencia de síntomas de ansiedad clínicamente significativos de nuestra muestra fue de 20.5% (punto de corte: BAI ≥ 16). A nivel global, la Organización Mundial de la Salud reportó una prevalencia de trastornos de ansiedad de 4.4% (66). Diferente a lo reportado en nuestro estudio, en Brasil, un estudio reportó que el 68.8% de los cuidadores presentaron un nivel de ansiedad grave (14). Otro estudio reportó que el 10.4% de los cuidadores de niños con TEA presentaron ansiedad de moderada a grave (68). En Perú un estudio reportó que la prevalencia de ansiedad leve en cuidadores de niños con TEA fue de 40%, mientras que ansiedad moderada fue de 30% (48).

En el estudio, la correlación de Spearman de 0.653 (IC 95%: 0.576 - 0.730), entre los puntajes del PHQ-9 y el BAI indica una asociación positiva moderada entre la severidad de los síntomas depresivos y ansiosos en la muestra estudiada, lo que quiere decir que ambas condiciones tienen a coexistir en los cuidadores evaluados. La distribución por niveles observada en el presente estudio, donde el 82.32% de los cuidadores con depresión mínima también presentó ansiedad mínima y el 75% de los cuidadores con depresión severa presentó ansiedad severa simultánea, es consistente con los patrones de comorbilidad reportados en la literatura. En un estudio transversal con madres de niños con TEA en Brasil, se reportó una alta coocurrencia de ansiedad y depresión, con correlaciones significativas entre ambas condiciones (67). En Perú, un estudio reportó una comorbilidad de depresión y ansiedad en el 35% de los cuidadores (48).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

6.1. La muestra de cuidadores de niños y adolescentes con TEA se caracteriza por un predominio de mujeres, principalmente madres. Entre otras características sociodemográficas más prevalentes, se encontró que la mayoría de los participantes era del departamento de Lima.

6.2. El tiempo de cuidado continuo mostró una distribución cercana a la normalidad con una mediana de 8 años, lo que supone carga de cuidado prolongado.

6.3. Se determinó que aproximadamente uno de cada cinco cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista presentó sintomatología clínicamente significativa de depresión (20.81%) así como sintomatología clínicamente significativa de ansiedad (20.5%).

6.4. Existe una correlación positiva moderada (rho=0.653) entre la severidad de síntomas depresivos y ansiosos, lo que indica que ambas condiciones tienden a coexistir en los cuidadores evaluados.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

7.1. Implementar protocolos de tamizaje rutinario de salud mental a los cuidadores de menores con Trastorno del Espectro Autista (TEA), utilizando instrumentos validados y breves durante las consultas de control de los niños y adolescentes con TEA.

7.2. Diseñar e implementar programas de soporte psicosocial y grupos de ayuda dirigidos específicamente a los cuidadores principales, con la finalidad de fortalecer sus estrategias de afrontamiento y resiliencia dentro del núcleo familiar.

7.3. Establecer mecanismos de referencia oportuna para aquellos cuidadores que superen los puntos de corte en las pruebas de tamizaje, asegurando su acceso a tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico en el mismo establecimiento.

7.4. Desarrollar estudios de diseño longitudinal que permitan evaluar la trayectoria de los síntomas de ansiedad y depresión a lo largo del tiempo y establecer relaciones de causalidad que el presente diseño transversal no permite identificar.

7.5. Explorar mediante metodologías cualitativas las vivencias y barreras específicas que enfrentan los cuidadores de los niños y adolescentes con TEA para comprender mejor su mayor vulnerabilidad emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hodis B, Mughal S, Saadabadi A. Autism Spectrum Disorder. [Actualizado 17 ene 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 ene-. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525976/
2. Wang L, Wang B, Wu C, Wang J, Sun M. Autism Spectrum Disorder: Neurodevelopmental Risk Factors, Biological Mechanism, and Precision Therapy. Int J Mol Sci. 2023;24(3):1819. doi:10.3390/ijms24031819
3. Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr. 2022;48(1):112. doi:10.1186/s13052-022-01310-w.
4. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista 2019-2021. Lima: Conadis; 2019.Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/conadis/informes-publicaciones/265413-plan-nacional-para-las-personas-con-trastorno-del-espectro-autista-2019-2021
5. Sánchez Amate JJ, Luque de la Rosa A. The Effect of Autism Spectrum Disorder on Family Mental Health: Challenges, Emotional Impact, and Coping Strategies. Brain Sci 2024; 14(11):1116. doi:10.3390/brainsci14111116
6. Chen X, Tao J, Zhang Y, Xu Q, Dong C. Relationship between caregiver burden and family resilience among Chinese parents of children with autism spectrum disorder: The mediating role of social support and positive cognition. J Pediatr Nurs 2025; 82:57–64. doi:10.1016/j.pedn.2025.02.020
7. Cheatham KL, Fernando DM. Family Resilience and Parental Stress in Families of Children with Autism. Family Journal 2022; 30(3):419–26. doi:10.1177/10664807231198093
8. Turnage D, Conner N. Quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder: An integrative literature review. J Spec Pediatr Nurs 2022;27. doi:10.1111/jspn.12391
9. Naheed A, Islam MS, Hossain SW, Ahmed HU, Uddin MMJ, Tofail F, et al. Burden of major depressive disorder and quality of life among mothers of

children with autism spectrum disorder in urban Bangladesh. Autism Res 2020; 13:284–97. doi:10.1002/aur.2227

10. Pandey S, Sharma C. Perceived Burden in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder. J Nepal Health Res Counc. 2018 jul 3;16(2):184-189. PMID: 29983435.
11. Álvarez Peña CM, De Beras Nova FM. Conducta ansiosa y estilos de crianza en padres de hijos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de la Fundación Manos Unidas por Autismo, en el período 2020. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2021.
12. Zorrilla Chacón SM. Síndrome de Burnout del Cuidador Asociado a Depresión en Padres de Niños con Trastorno del Espectro Autista en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, Periodo 2023 a 2024. Universidad Ricardo Palma, 2025.
13. Seguro Social de Salud. Almenara de EsSalud atiende mensualmente a más de 1500 menores con trastornos mentales. Plataforma Del Estado Peruano; 2025 [citado 28 nov 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/1140351-almenara-de-essalud-atiende-mensualmente-a-mas-de-1500-menores-con-trastornos-mentales
14. da Silva RV, de Lima Carvalhal MM, Gomes DL. The Relationship between Anxiety Symptoms and Perceived Quality of Life among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder in the Amazon. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(5):545. Disponible en : https://doi.org/10.3390/ijerph21050545
15. Paula CS, Cukier S, Cunha GR, Irarrázaval M, Montiel-Nava C, García R, et al. Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: Similarities and differences among six Latin American countries. Autism. 2020;24(6):1477–89. doi:10.1177/1362361320940073
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013. Disponible en: https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596.
17. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, et al. Autism spectrum disorder. Nature Reviews Disease Primers. 2020 ene 16;6(1):5. Errata en: Nat Rev Dis Primers. 2026 abr 28;12(1):25. doi:10.1038/s41572-019-0138-4

18. Fulceri F, Gila L, Caruso A, Micai M, Romano G, Scattoni ML. Building Bricks of Integrated Care Pathway for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Int J Mol Sci.2023;24(7):6222. doi:10.3390/ijms24076222
19. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022 may;15(5):778-790. Epub 3 mar 2022. doi: 10.1002/aur.2696. PMID: 35238171; PMCID: PMC9310578.
20. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics. 2020 ene;145(1):e20193447. Epub 16 dic 2019. doi: 10.1542/peds.2019-3447. PMID: 31843864.
21. García-Zambrano S, Orozco-Barrios LG, Jacobs E. Estimation of the prevalence of autism spectrum disorders in Colombia based on the governmental data system. Res Autism Spectr Disor. 2022 oct;98:102045. doi: 10.1016/j.rasd.2022.102045.
22. Baquerizo-Sedano M, Lucero J, Taype-Rondan A. Autismo en Perú: estado actual. Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2023;16(3). doi: 10.35434/rcmhnaaa.2023.163.2034
23. De la Cerna-Luna R, Fernandez-Guzman D, Baquerizo-Sedano M, Cabala-Olazabal S, Taype-Rondan A. Características de niños con trastorno del espectro autista en rehabilitación pediátrica de un hospital de referencia en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2024 ene;41(1):19-27. Epub 26 mar 2024. Disponible en: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.411.13285
24. Alvarez De Cardenas L, Suárez Caro JI. Factores asociados al diagnóstico tardío del trastorno del espectro autista (TEA) en menores de 18 años en un instituto pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú 2017-2019 [tesis]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, 2022.
25. Ruiz Ríos AE, Nava Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev.Enferm.Neurol [Internet]. 31 de diciembre de 2012 [citado 10 de junio de 2026];11(3):163-9. Disponible en: https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/149
26. Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. En: Asociación Derecho a Morir Dignamente de Gipuzkoa, editor.

Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003. p. 235-55.

27. Akhtayeva N, Kosherbayeva L, Imamatdinova A, Šmigelskas K. Wellbeing of parents raising children with autism spectrum disorder and the role of psychologists. Arch Med Sci. 2024 Jul 28;21(3):858-867. doi: 10.5114/aoms/190772. pmid: 40741250; pmcid: pmc12305519.
28. van Niekerk K, Stancheva V, Smith C. Caregiver burden among caregivers of children with autism spectrum disorder. S Afr J Psychiatr. 2023 oct 20;29:2079. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2079. pmid: 37928940; pmcid: pmc10623632.
29. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2013 abr 30;2013(4):CD009774. doi:10.1002/14651858.CD009774.pub2. pmid: 23633377; pmcid: pmc11831248.
30. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. Clin Child Fam Psychol Rev. 2012 sep;15(3):247-77. doi: 10.1007/s10567-012-0119-6. pmid: 22869324.
31. Cui L, Li S, Wang S, Wu X, Liu Y, Yu W, et al. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. Signal Transduct Target Ther. 2024 feb 9;9(1):30. doi: 10.1038/s41392-024-01738-y. pmid: 38331979; pmcid: pmc10853571.
32. Bhatt S, Devadoss T, Manjula SN, Rajangam J. 5-HT3 receptor antagonism a potential therapeutic approach for the treatment of depression and other disorders. Curr Neuropharmacol. 2021;19(9):1545-1559. doi: 10.2174/1570159X18666201015155816. pmid: 33059577; pmcid: pmc8762176
33. Lei, A.A.; Phang, V.W.X.; Lee, Y.Z.; Kow, A.S.F.; Tham, C.L.; Ho, Y.-C.; Lee, M.T. Chronic Stress-Associated Depressive Disorders: The Impact of HPA Axis Dysregulation and Neuroinflammation on the Hippocampus—A Mini Review. Int. J. Mol. Sci. 2025, 26, 2940. https://doi.org/10.3390/ijms26072940

34. Miao Z, Wang Y, Sun Z. The Relationships Between Stress, Mental Disorders, and Epigenetic Regulation of BDNF. Int J Mol Sci. 2020 Feb 18;21(4):1375. doi: 10.3390/ijms21041375. PMID: 32085670; PMCID: PMC7073021.
35. Milaneschi Y, Lamers F, Berk M, Penninx BWJH. Depression Heterogeneity and Its Biological Underpinnings: Toward Immunometabolic Depression. Biol Psychiatry. 2020 sep 1;88(5):369-380. Epub 28 ene 2020. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.01.014. pmid: 32247527.
36. Marx W, Penninx BWJH, Solmi M, Furukawa TA, Cipriani A, Young AH, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2023;9(1):44. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41572-023-00454-1
37. Zhu F, Tu H, Chen T. The Microbiota-Gut-Brain Axis in Depression: The Potential Pathophysiological Mechanisms and Microbiota Combined Antidepression Effect. Nutrients. 2022 May 16;14(10):2081. doi: 10.3390/nu14102081. PMID: 35631224; PMCID: PMC9144102.
38. Zehra A, Ahmer Z, Qadri U, Ovais M. Depression, Anxiety and Stress in Formal and Informal Caregivers of Autistic Children in Karachi. Iranian Rehabilitation Journal. 2024;22(2):277–84. Disponible en: https://doi.org/10.32598/IRJ.22.2.2025.1
39. Demšar A, Bakracevic K. Depression, anxiety, stress, and coping mechanisms among parents of children with autism spectrum disorder. International Journal of Disability, Development and Education. 2023;70(6):994–1007. Disponible en: https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1947474
40. Alkhonezan SM, Alkhonezan MM, Alshayea Y, Bukhari H, Almhizai R. Factors Influencing the Lives of Parents of Children With Autism Spectrum Disorder in Saudi Arabia: A Comprehensive Review. Cureus 2023;15:e48325. https://doi.org/10.7759/CUREUS.48325.
41. Hu P, Lu Y, Pan BX, Zhang WH. New Insights into the Pivotal Role of the Amygdala in Inflammation-Related Depression and Anxiety Disorder. Int J Mol Sci. 2022;23(19):11076. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijms231911076
42. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. JAMA. 2022 Dec 27;328(24):2431-2445. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744. PMID: 36573969.

43. Mlost J, Białoń M, Kędziora M, Wąsik A, Michalec Ż, Starowicz K. Network analysis of monoamines involved in anxiety-like behavior in a rat model of osteoarthritis. Pharmacol Rep. 2024 Feb;76(1):72-85. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s43440-023-00562-5. PMID: 38180634; PMCID: PMC10830664.
44. MacKay M, Yang BH, Dursun SM, Baker GB. The Gut-Brain Axis and the Microbiome in Anxiety Disorders, Post-Traumatic Stress Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. Curr Neuropharmacol. 2024;22(5):866-883. doi: 10.2174/1570159X21666230222092029. PMID: 36815632; PMCID: PMC10845093.
45. Wang Z, Wang L, Chang S, Wang H. The Mediating Effect of Parenting Stress on the Relationship Between Social Support and Quality of Life in Parents of Children With Autistic Spectrum Disorder: A Meta-Analytic Structural Equation Modeling. Front Psychiatry 2022;13:713620. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.713620/BIBTEX.
46 Magaña-Toledo GZ, Flores-Soto E, Gallardo-Vera JF. Depresión y sobrecarga en cuidadores de niños con trastorno del espectro autista. Atención Familiar 2025;32(4):269–75. https://doi.org/10.22201/FM.14058871P.2025.4.93005.
47. Ticona Condori LG, Cuno Huisa AD. Depresión y diferencias sociodemográficas en padres de hijos con trastorno del espectro autista en CEBES del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa-2024. Universidad Continental, 2024.
48. León Flores P. NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MADRES CON NIÑOS AUTISTAS EN UNA CLÍNICA PRIVADA EN SAN JUAN BAUTISTA, 2020. Universidad Científica del Perú, 2021.
49. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7. Disponible en: https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893
50. Patel JS, Oh Y, Rand KL, Wu W, Cyders MA, Kroenke K, et al. Measurement Invariance of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Depression Screener in U.S. Adults Across Sex, Race/Ethnicity, and Education Level: NHANES 2005-2016. Depress Anxiety 2019;36:823. Disponible en: https://doi.org/10.1002/DA.22940

51. Pellicano E, den Houting J. Annual Research Review: Shifting from 'normal science' to neurodiversity in autism science. J Child Psychol Psychiatry. 2022 Apr;63(4):381-396. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jcpp.13534. PMID: 34730840; PMCID: PMC9298391.
52. Rengifo-Guevara LE, Cano-Uria CB. Características de la atención de personas con Trastornos del Espectro Autista en un hospital del Perú. Diagnóstico (Lima). 2021;60(3):134-139. doi: 10.33734/diagnostico.v60i3.301
53. Quispilcaya Capcha K, Salazar-Álvarez G, Araujo-Robles ED. Evidencias psicométricas de la versión peruana del Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Rev Psicol Herediana. 2025;16(2):11–20. Disponible en: https://doi.org/10.20453/rph.v16i2.6252
55. Leonardo Gomez J, Acevedo Flores K, Cano Tapia K, De la Cruz FI, Castillo Blanco R, Mosquera Torres D. Adaptación y validación del Inventario de ansiedad de Beck en jóvenes peruanos. 2023;29(2):1–7. Disponible en: https://doi.org/10.24265/liberabit.2023.v29n2.715
56. Bardhoshi G, Duncan K, Erford BT. Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. J Couns Dev. 2016;94(3):356-373. doi: 10.1002/jcad.12090.
57. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLoS One. 2019;14(9):e0221717. doi: 10.1371/journal.pone.0221717.
58. Calderón María, Gálvez-Buccollini Juan Antonio, Cueva Gloria, Ordoñez Carlos, Bromley Carlos, Fiestas Fabián. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Oct [citado 2026 En 22]; 29(4): 578-578. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es
59. Ali ZMA, Jumaa ZY, Hussein AN, Mahdi SK, Al-Rubaee RJ, Al-Asadi JN, et al. Psychological Resilience in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Sectional Study from Southern Iraq. SN Compr Clin Med. 2025;7:318. doi: 10.1007/s42399-025-02092-y.

60. Montenegro MC, Ramírez AC, Hernandez Rodriguez J, Villalobos BT, Garrido G, Amigo C, Valdez D, Barrios N, Cukier S, Rattazzi A, Rosoli A, García R, Paula CS, Liz GP, Montiel-Nava C. Where I am from matters: factors influencing behavioral and emotional changes in autistic individuals during COVID-19 in Latin America. Front Psychiatry. 2023 Dec 22;14:1283326. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1283326. PMID: 38188048; PMCID: PMC10770844.
61. Chuquichanca Yucra A. Afrontamiento y bienestar psicológico en cuidadores primarios de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA) [tesis de grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2025. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14138/9809
62. Organización Mundial de la Salud. Trastorno depresivo (depresión) [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 29 ago [citado 2026 15 jun]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
63. Schnabel A, Youssef GJ, Hallford DJ, Hartley EJ, McGillivray JA, Stewart M, et al. Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. Autism. 2020;24(1):26–40. doi: 10.1177/1362361319844636
64. Lam XR, Cheng LJ, Leo CSY, Toh ZA, He HG. Global prevalence of depression in caregivers of children with autism: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr Nurs. 2025;80:e74-e85. doi:10.1016/j.pedn.2024.11.020.
65. Bispo-Torres AC, Lucena R, Tavares-Rodrigues IC, Brito-de-Souza LN, Lucena-Santos P. Psychopathological symptoms in parents and siblings of people on the autism spectrum: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2023;323:115134. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115134
66. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 8 de septiembre de 2025 [citado 15 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders
67. Santiago CFG, Lelis DF, Ferreira GFS, Pinto AL, Caldeira IP, Ribeiro NG, Forechi L, Baldo TOF, Baldo MP. Mental health in mothers of children with autism spectrum disorder: a cross-sectional study. Women Health. 2024 Sep;64(8):636-647. doi: 10.1080/03630242.2024.2392137. Epub 2024 Aug 18. PMID: 39155146.

68. Xia C, Muhammad S, Ghaffar A, Zhao Y, Sharaf AA, Sembawa MA, et al. Anxiety, Depression, Quality of Life, and Family Support Among Family Caregivers of Children with Disabilities. Int J Gen Med. 2023;16:5063–5075. doi: 10.2147/IJGM.S434900

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de Consistencia:

Problema de investigación	Objetivos	Variables	Metodología
¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en un hospital peruano durante el año 2026?	**Objetivo general** • Determinar el nivel de depresión y ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el año 2026. **Objetivos específicos** • Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de niños y adolescentes con TEA.	**Variable 1: Nivel de síntomas depresivos** • Definición: Según DSM-5, trastorno del estado del ánimo caracterizado por tristeza persistente y pérdida de interés. • Instrumento: PHQ-9 validado en Perú. • Tipo: Categórica ordinal (0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–27). • Versión dicotómica: Depresión clínicamente significativa (≥10). **Variable 2: Nivel de síntomas de ansiedad**• Definición: Según DSM-5, alteración clínicamente significativa de la regulación emocional o cognitiva. • Instrumento: BAI validado en Perú.• Tipo: Categórica ordinal (0–7, 8–15, 16–25, 26–63).• Versión dicotómica:	**Tipo de investigación:** Cuantitativa, descriptiva, transversal. **Diseño:** Observacional, descriptivo, de corte transversal. **Población:** Cuidadores de niños y adolescentes con TEA atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2026. **Muestreo:** No probabilístico por conveniencia **Instrumentos:** • PHQ-9 para depresión

Problema de investigación	Objetivos	Variables	Metodología
	• Identificar el nivel de depresión en los cuidadores de niños y adolescentes con TEA. • Identificar el nivel de ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con TEA.	Ansiedad clínicamente significativa (≥16). **Variables sociodemográficas:** • Edad, sexo, estado civil, parentesco, grado de instrucción, residencia. **Variables temporales:** Tiempo desde el diagnóstico de menor con TEA; Tiempo de cuidado.	.• BAI para ansiedad. • Ficha sociodemográfica. **Análisis estadístico:** • Estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión según corresponda. • Análisis bivariado: chi cuadrado de Pearson y coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad.

Anexo 02: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Niveles de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un hospital peruano, 2026.

Investigador Principal: Gabriela Mariahn Aspilcueta Montoya
Teléfono: +51 969 744 969
Correo del Investigador Principal: gabriela.aspilcueta@unmsm.edu.pe
Institución donde se realizará el estudio: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

---

Mediante el presente documento se le está pidiendo que participe en un estudio de investigación sobre los niveles de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este tipo de estudio se realiza para poder saber más sobre *la salud mental de los cuidadores* y así poder encontrar mejores tratamientos o modelos de seguimiento y cuidado tanto para los cuidadores como para los niños y adolescentes con TEA.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea participar su médico continuará con su atención habitual sin ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si acepta participar o no.

- **¿Qué se conoce sobre la salud mental de los cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista? ¿Por qué se realiza este estudio?**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta el funcionamiento adaptativo desde etapas tempranas de la vida, y que compromete aspectos como la comunicación, las interacciones sociales y la presencia de patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos. El TEA no solo impacta al niño o adolescente que lo padece, sino también a sus cuidadores principales, quienes enfrentan múltiples desafíos cotidianos, incluyendo la comprensión de las necesidades del menor, la búsqueda y adherencia a tratamientos, así como barreras sociales, económicas y emocionales. Estas demandas pueden generar un aumento del estrés y, en consecuencia, afectar la salud mental de los cuidadores, elevando el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión. El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de depresión y ansiedad de los cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el año 2026.

- **Si acepto participar, ¿qué debo hacer?**

Si Ud. acepta participar, se le solicitará completar tres cuestionarios:

- El cuestionario de Datos Generales
- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

No existen respuestas correctas o incorrectas, sino lo importante es su experiencia personal.

Ud podrá solicitar apoyo del personal investigador si tiene dudas durante la aplicacion de los instrumentos.

- **¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?**

La participación tomará aproximadamente 15 a 20 minutos.

- **¿Tendré beneficios por participar?**

No recibirá un beneficio económico. Su participación ayudará a comprender la salud mental de cuidadores como usted, lo cual podría servir para generar programas de apoyo en el futuro.

- **¿Existen riesgos por participar?**

No hay riesgos físicos. Sin embargo, algunas preguntas pueden generar malestar emocional al tratar temas relacionados con ansiedad o depresión. Si esto ocurre, puede dejar de responder en cualquier momento. De ser necesario, podemos orientarlo para recibir apoyo psicológico en el establecimiento.

- **¿Qué gastos tendré si participo del estudio? ¿Me pagarán por participar?**

Ud. no tendrá gasto alguno por participar. Todos los procedimientos del estudio serán gratuitos para Ud. No se le pagará por su participación en este estudio; sin embargo, de incurrir en gastos de movilidad y/o alimentación, éstos serán reembolsados por el equipo de investigación. También se le cubrirán los gastos médicos que requiera en caso de sufrir algún daño o lesión relacionada con la investigación.

- **¿Se compartirán mis datos personales? Y ¿quiénes tendrán acceso a ellos?**

Para el estudio se le asignará un código y se evitará el uso de algún dato que permita identificarlo. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, su identidad no será revelada. Sólo el equipo de investigación y algunas instancias encargadas en la institución podrían acceder a sus datos.

- **¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?**

Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su atención médica posterior; simplemente deberá notificar al investigador de su decisión.

- **¿Quién financia la investigación?**

El presente estudio es autofinanciado.

- **¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización?**

Sí, si Ud. lo desea se le otorgará la información de los resultados obtenidos de la investigación. Si Ud. desea conocer acerca de la investigación durante el desarrollo de la misma, también puede consultarlo y preguntarle al Investigador Principal.

- **¿Puedo hablar con alguien si tengo dudas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante de un estudio de investigación?**

Para cualquier consulta acerca del estudio puede contactar al Investigador Principal, Gabriela Mariahn Aspilcueta Montoya, al teléfono +51 969 744 959, al correo gabriela.aspilcueta@unmsm.edu.pe

Si Ud. tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación, puede contactar a*l Dr Juan Carlos Ocampo Zegarra*, Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, al teléfono 619 7000 ax 4602.

Así mismo puede contactar al Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud, cuyo presidente es el Dr. Demetrio Molero Castro, al teléfono: 3242983 Anexo 44338 Correo: ciei.almenara@essalud.gob.pe

Declaración y firmas:

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidad del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento cuando lo desee, sin que esto perjudique mi atención en EsSalud y con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

Nombre del participante	Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)
Nombre del testigo o representante legal	Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)
Nombre del Investigador	Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)

Nota: *La firma del testigo o representante legal es obligatoria cuando el paciente tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella o en el caso de no saber leer y escribir.*

Anexo 03: Cuestionarios

Cuestionario de características sociodemográficas

Variable	Descripción / Ítem	Respuesta del participante
Diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista	Fecha de diagnóstico de trastorno de espectro autista del menor (marcar con "X" en meses o años de ser afirmativo o llenar la fecha exacta)	☐ No ☐ Si **Hace _____** ☐ meses ☐ años o **Desde _____ (dd-mm-aaaa)**
Cuidado continuo	Tiempo que ha brindado cuidado continuo al menor con Trastorno de Espectro Autista (marcar con "X" en meses o años o llenar la fecha exacta)	**Hace _____** ☐ meses ☐ años o **Desde _____ (dd-mm-aaaa)**
Diagnóstico de depresión o ansiedad	Cuidador presenta diagnóstico de depresión o ansiedad (marcar con "X" en meses o años de ser afirmativo o llenar la fecha exacta)	☐ No ☐ Si **Hace _____** ☐ meses ☐ años o **Desde _____ (dd-mm-aaaa)**
Tratamiento para depresión o ansiedad	Cuidador recibe tratamiento para depresión o ansiedad (marcar con "X" en meses o años de ser afirmativo o llenar la fecha exacta).	☐ No ☐ Si **Hace _____** ☐ meses ☐ años o **Desde _____ (dd-mm-aaaa)**

Edad	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta	_____ años
Sexo	Marque la opción correspondiente.	☐ 0. Masculino ☐ 1. Femenino
Parentesco	Marque la opción correspondiente.	☐ 0. Madre ☐ 1. Padre ☐ 2. Tutor ☐ 3. Familiar directo
Estado civil	Autoidentificación del estado civil actual.	☐ 0. Soltero(a) ☐ 1. Casado(a) ☐ 2. Conviviente ☐ 3. Separado(a) ☐ 4. Divorciado(a) ☐ 5. Viudo(a)
Grado de instrucción	Último nivel educativo formal concluido	☐ 0. Sin educación formal ☐ 1. Primaria incompleta ☐ 2. Primaria completa ☐ 3. Secundaria incompleta ☐ 4. Secundaria completa ☐ 5. Educación técnica ☐ 6. Universitaria incompleta ☐ 7. Universitaria completa ☐ 8. Estudios de posgrado
Residencia	Lugar de residencia habitual del participante	**Distrito:** _____ **Provincia:**_____ **Región:** _____

Cuestionario de Salud del Paciente

Durante los últimos 14 días, ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ - 9)

Ítem	Pregunta	Para nada	Varios días (1–6 días)	La mayoría de días (7–11 días)	Casi todos los días (>= 12 días)
		0	1	2	3
1	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	☐	☐	☐	☐
2	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	☐	☐	☐	☐
3	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	☐	☐	☐	☐
4	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	☐	☐	☐	☐
5	¿Poco apetito o comer en exceso?	☐	☐	☐	☐
6	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	☐	☐	☐	☐
7	¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal, o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	☐	☐	☐	☐
8	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma?	☐	☐	☐	☐
9	¿Sentirse mal acerca de usted misma(o), sentir que es un(a) fracasado(a) o que le ha fallado a usted o a su familia?	☐	☐	☐	☐

Puntuación total: ____

Fuente: Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLoS One. 2019;14(9):e0221717. doi: 10.1371/journal.pone.0221717.

Inventario de Ansiedad de Beck

Durante los últimos 7 días, ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Ítem	Síntoma	Para nada 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3
1	Torpe o entumecido	☐	☐	☐	☐
2	Acalorado	☐	☐	☐	☐
3	Con temblor en las piernas	☐	☐	☐	☐
4	Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5	Con temor a que ocurra lo peor	☐	☐	☐	☐
6	Mareado, o que se le va la cabeza	☐	☐	☐	☐
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	☐	☐	☐	☐
8	Inestable	☐	☐	☐	☐
9	Atemorizado o asustado	☐	☐	☐	☐
10	Nervioso	☐	☐	☐	☐
11	Con sensación de bloqueo	☐	☐	☐	☐
12	Con temblores en las manos	☐	☐	☐	☐
13	Inquieto, inseguro	☐	☐	☐	☐
14	Con miedo a perder el control	☐	☐	☐	☐
15	Con sensación de ahogo	☐	☐	☐	☐
16	Con temor a morir	☐	☐	☐	☐
17	Con miedo	☐	☐	☐	☐
18	Con problemas digestivos	☐	☐	☐	☐
19	Con desvanecimientos	☐	☐	☐	☐
20	Con rubor facial	☐	☐	☐	☐
21	Con sudores, fríos o calientes	☐	☐	☐	☐

Puntuación total: _____

Fuente: Leonardo Gomez J, Acevedo Flores K, Cano Tapia K, De la Cruz FI, Castillo Blanco R, Mosquera Torres D. Adaptación y validación del Inventario de ansiedad de Beck en jóvenes peruanos. 2023;29(2):1–7. Disponible en: https://doi.org/10.24265/liberabit.2023.v29n2.715

Anexo 04: Consistencia interna de los instrumentos

Alfa de Cronbach del PHQ 9 en la muestra conformada por cuidadores de niños y adolescentes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2026.

Ítem	N.º de observaciones (Obs)	Signo	Correlación ítem-prueba	Correlación ítem-resto	Covarianza inter ítem promedio	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
1	322	+	0.7929	0.7058	0.2437975	0.7845
2	322	+	0.7581	0.6614	0.2510114	0.7908
3	322	+	0.6450	0.4972	0.2650017	0.8135
4	322	+	0.7495	0.6374	0.2459549	0.7935
5	322	+	0.6198	0.5017	0.2801116	0.8106
6	322	+	0.6070	0.4917	0.2838972	0.8117
7	322	+	0.5220	0.4087	0.3006814	0.8199
8	322	+	0.4681	0.3812	0.3157651	0.8231

9	322	+	0.6088	0.4759	0.2780481	0.8139
Escala total (PHQ-9)	**322**				**0.2738076**	**0.8253**

Fuente: Basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.
Elaboración propia

Alfa de Cronbach del Inventario de Ansiedad de Beck en la muestra conformada por cuidadores de niños y adolescentes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2026.

Ítem	N.º de observaciones	Signo	Correlación ítem-prueba	Correlación ítem-resto	Covarianza inter ítem promedio	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
1	322	+	0.6763	0.6430	0.2515653	0.9262
2	322	+	0.6647	0.6195	0.2463340	0.9262
3	322	+	0.5429	0.4990	0.2559560	0.9283
4	322	+	0.6480	0.5880	0.2414162	0.9273
5	322	+	0.7716	0.7315	0.2360301	0.9238
6	322	+	0.6641	0.6138	0.2439398	0.9264

7	322	+	0.7154	0.6688	0.2399511	0.9252
8	322	+	0.6046	0.5562	0.2501132	0.9274
9	322	+	0.7256	0.6832	0.2411215	0.9249
10	322	+	0.6512	0.6010	0.2452561	0.9266
11	322	+	0.6467	0.6050	0.2496575	0.9265
12	322	+	0.6399	0.6024	0.2521570	0.9267
13	322	+	0.6999	0.6628	0.2472600	0.9255
14	322	+	0.7509	0.7110	0.2393456	0.9243
15	322	+	0.6857	0.6424	0.2451520	0.9258
16	322	+	0.5898	0.5311	0.2475051	0.9281
17	322	+	0.6770	0.6345	0.2464878	0.9259
18	322	+	0.6458	0.5969	0.2463584	0.9266
19	322	+	0.3697	0.3383	0.2663173	0.9304
20	322	+	0.6205	0.5857	0.2548353	0.9272
21	322	+	0.5592	0.5102	0.2531894	0.9281
Escala total (BAI)	**322**				**0.2476166**	**0.9298**

Fuente: Basada en la recolección de datos en el HNGAI, 2026.

Elaboración propia

Anexo 05: Resolución decanal sobre la aprobación del proyecto de tesis

UNMSM Firmado digitalmente por DEL CARMEN SARA Jose Carlos FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 20.01.2026 19:18:57 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Lima, 20 de Enero del 2026

RESOLUCIÓN DECANAL N° 000290-2026-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital UNMSM-20250140837, de fecha 01 de diciembre de 2025 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FM/UNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Rectoral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2024 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo V. DE LA PLANIFICACION, Art. 8: establece que: "La tesis (T) podrá ser individual o grupal (máximo tres), compartiéndose las responsabilidades de la elaboración." así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento aprobación e inscripción del proyecto de tesis: Art. 23 establece que: "Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación correspondiente y, de un Comité de Ética en Investigación, la Dirección de la EP solicitara al Vicedecanato Académico la Resolución Decanal de la aprobación del proyecto, y el tesista podrá iniciar la ejecución de su proyecto de tesis.";

Que, mediante Oficio N°000055-2026-EPMH-FM/UNMSM, el Director (e) de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe de don Manuel José Inostroza Fernández, docente auxiliar del Departamento Académico de Medicina Humana, Jurado informante del Proyecto de Tesis titulado: "Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un Hospital peruano, 2026", presentado por la egresada Srta. Gabriela Mariahn Aspilcueta Montoya con código de matrícula 19010256, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Méd. Esp. Juan Carlos Ocampo Zegarra con código 0A3079, docente asociado del Departamento Académico de Psiquiatría; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° **Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:**

Egresada: **Gabriela Mariahn Aspilcueta Montoya** **Código de matrícula N° 19010256** **E.P. de Medicina Humana**	**Título del Proyecto de Tesis:** **"Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista en un Hospital peruano, 2026"**
Asesor: **Méd. Esp. Juan Carlos Ocampo Zegarra** **Código: 0A3079**	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.

UNMSM Regístrese, comuníquese, archívese.

Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 20.01.2026 18:52:46 -05:00

Dra. EMMA FELICIA SALAZAR SALVATIERRA
Vicedecana Académica (e)

Dr. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Decano

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **WVBFEKV**

Anexo 06: Acta de aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ÉTICA EN SALUD
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional "

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0047-2026

En Lima, a los veintiséis días del mes de enero, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis de Pregrado titulado: **"Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y dolescentes con trastorno del espectro autista en un Hospital Peruano, 2026"** presentada por **Gabriela Mariahn Aspilcueta Montoya** con código 19010256 de la escuela profesional de medicina humana, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ACUERDA:

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 25 de enero de 2027"

Lima, 26 de enero de 2026

JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
PRESIDENTE DEL C.E.I. / F.M. / U.N.M.S.M.
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO
CODIGO DOCENTE: 0A3079
CMP: 043040 - RNE: 028980 - RNSE: S00415

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Presidente del CEI/FM/UNMSM

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú Telf. (511) 3283237 – (511) 619-7000 Ax 4602
- Decanato Telefax: (511) 3283231- Web: medicina.unmsm.edu.pe - E-mail: decanato.medicina@unmsm.edu.pe
- **Instituto de Ética en Salud 6197000 Ax 4626 –E-mail:** ietica.medicina@unmsm.edu.pe

Anexo 07: Acta de aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

EsSalud

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CARTA N° 74 CIEI-OIyD-GRPA-ESSALUD-2026

Lima, 13 de marzo del 2026

Investigador Principal:
GABRIELA MARIAHN ASPILCUETA MONTOYA

Coinvestigador responsable:
Dr. JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescente
Hospital Nacional Guillermo Almenara
Presente. –

Asunto: Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarla y, a la vez, informarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (CIEI-HNGAI) ha evaluado el proyecto observacional titulado:

N° 39-2026 **Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con trastorno del Espectro Autista en un hospital peruano, 2026.**

El CIEI-HNGAI acordó **APROBAR** dicho estudio, el cual se llevará a cabo en el Departamento de Psiquiatría, Servicio de Infanto Juvenil, Área de Consultorio Externo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el que se ha otorgado el visto bueno para su realización.

Asimismo, se recuerda al equipo de investigación la obligación de:

- Cumplir con lo establecido en la Declaración de Helsinki y en las Directivas de Investigación de EsSalud, garantizando en todo momento un tratamiento ético y responsable de los datos y de las personas involucradas en el estudio.
- Ejecutar la investigación conforme a lo estipulado en el protocolo remitido y aprobado por este Comité.
- Remitir las publicaciones y resultados derivados de la investigación a este Comité.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
Dr. DEMETRIO MOLERO CASTRO
PRESIDENTE
ESSALUD

DMC/ecf
Exp: 175520260001109

www.gob.pe/essalud Av. Grau 800
La Victoria
Lima 13, Perú
T. 3242983

Anexo 08: Aprobación de la solicitud de autorización para ejecución del Proyecto de Investigación de la Red Prestacional Almenara Essalud

PERÚ | Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo | Seguro Social de Salud EsSalud | EsSalud | EsSalud

Firmado digitalmente por BARRIOS FLORES Guillermo Jesús Martin FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 19.03.2026 09:12:56-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CARTA N° 001013-GRPA-ESSALUD-2026
La Victoria, 19 de Marzo del 2026

Investigador Principal:
GABRIELA MARIAHN ASPILCUETA MONTOYA

Coinvestigador Responsable:
Dr. JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescente
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Presente. -

Asunto: **Autorización de proyecto de investigación observacional**

Expediente: **175520260001109**

De mi consideración:

Mediante la presente, me dirijo a usted en atención al documento del asunto, mediante el cual solicita autorización para desarrollar el proyecto de investigación titulado **"Nivel de depresión y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con trastorno del Espectro Autista en un hospital peruano, 2026"**.

Se informa que dicho estudio se llevará a cabo en el Departamento de Psiquiatría, Servicio de Infanto Juvenil, Área de Consultorio Externo del Hospital Nacional Guillermo Almenara, habiéndose otorgado el visto bueno para su ejecución.

Al respecto, y habiendo sido el mencionado proyecto de investigación evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, el cual vela por el cumplimiento de las directrices metodológicas y éticas correspondientes, incluidas las Buenas Prácticas Clínicas, los principios de protección de los sujetos de investigación contenidos en la Declaración de Helsinki, así como lo establecido en la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019, "Directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud", y habiéndose presentado la documentación requerida, incluido el documento de aprobación del comité correspondiente y el proyecto de investigación observacional, esta Gerencia **autoriza** la realización del protocolo de investigación observacional antes mencionado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Muy atentamente,

Firmado digitalmente por
GUILLERMO JESUS MARTIN BARRIOS FLORES
Gerente de Red Prestacional Almenara
ESSALUD

EsSalud
Firmado digitalmente por QUIÑONES LOZANO Jose Duarte FAU 20131257750 hard
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 19.03.2026 08:05:18-0500

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **3UZC1TL**.

www.gob.pe/**essalud**
Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000