



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Ansiedad y autorregulación orgánica en padres de  
niños con TEA de la ciudad de Trujillo**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con  
mención en Intervención Psicoeducativa en Trastornos del  
Neurodesarrollo

**AUTOR**

Lili Claudina BAZÁN IZQUIERDO

**ASESOR**

Dra. Carmen Leni ALVAREZ TACO

Lima, Perú

2023



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

---

Bazán, L. (2023). *Ansiedad y autorregulación organísmica en padres de niños con TEA de la ciudad de Trujillo*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

### Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Lili Claudina Bazán Izquierdo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70009255
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-9974-4784">https://orcid.org/0000-0002-9974-4784</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Carmen Leni Alvarez Taco
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07461434
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-3737-1289">https://orcid.org/0000-0003-3737-1289</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Ricardo Celso Canales Gabriel
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25462089
<b>Miembro del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Elisa Beatriz Yanac Reynoso
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07961776
<b>Informante del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Juan Pequeña Constantino
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06193980
<b>Informante del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Susana Consuelo Roggero Rebaza
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	40186947
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	Objetivo de desarrollo sostenible (OBS3) salud y bienestar
Grupo de investigación	El bienestar y malestar psicológico
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: La Libertad Provincia: Trujillo Distrito: Trujillo Latitud: -8.111678 Longitud: -79.028774
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019 - 2023
URL de disciplinas OCDE	Psicología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02</a>



# UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 10:00 horas del día martes 15 de agosto de 2023, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Ricardo Celso Canales Gabriel e integrado por:

Dr. Ricardo Celso Canales Gabriel	(Presidente)
Dra. Carmen Leni Alvarez Taco	(Asesora)
Mg. Elisa Beatriz Yanac Reynoso	(Miembro)
Mg. Juan Pequeña Constantino	(Informante)
Mg Susana Consuelo Roggero Rebaza	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Intervención Psicoeducativa en Trastornos del Neurodesarrollo de la Bachiller **LILI CLAUDINA BAZÁN IZQUIERDO** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Ansiedad y autorregulación orgánica en padres de niños con TEA de la ciudad de Trujillo**, con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Intervención Psicoeducativa en Trastornos del Neurodesarrollo.


Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

QUINCE (15) - (BUENO)

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

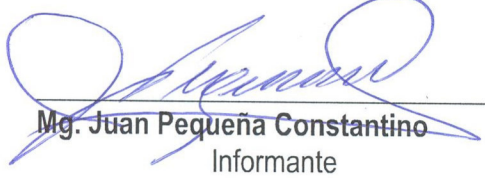
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.

Se extiende la presente ACTA a las 11:25 del 15 de agosto de 2023.

  
.....  
**Dr. Ricardo Celso Canales Gabriel**  
Presidente

  
.....  
**Dra. Carmen Leni Alvarez Taco**  
Asesor

  
.....  
**Mg. Elisa Beatriz Yanac Reynoso**  
Miembro

  
.....  
**Mg. Juan Pequeña Constantino**  
Informante

  
.....  
**Mg. Susana Consuelo Roggero Rebaza**  
Informante



## INFORME DE ORIGINALIDAD

1. **Facultad:** Psicología
2. **Unidad de posgrado** de Psicología
3. **Autoridad académica que emite el informe de originalidad**  
Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología
4. **Apellidos y nombres de la autoridad académica**  
Dr. Juan Anibal Meza Borja
5. **Operador del programa informático de similitudes**  
Dr. Juan Anibal Meza Borjas
6. **Documento evaluado**  
ANSIEDAD Y AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA EN PADRES DE NIÑOS CON  
TEA DE LA CIUDAD DE TRUJILLO
7. **Autor del documento**  
Lili Claudina Bazán Izquierdo
8. **Fecha de recepción del documento**  
Día 10 de mayo del 2022
9. **Fecha de aplicación del programa informático de similitudes**  
Día 11 de noviembre del 2022
10. **Software utilizado**  
Turnitin
11. **Configuración del programa detector de similitudes**
  - Excluye textos entrecomillados
  - Excluye bibliografía
  - Excluye cadenas menores a 40 palabras
  - Otro criterio especificar
12. **Porcentaje de similitudes**  
Según programa detector de similitudes diez por ciento (10%)
13. **Fuentes originales de las similitudes encontradas en el informe de originalidad.**

Informe de Originalidad			
10%	10%	2%	2%
Índice de Similitud	Fuentes de Internet	Publicaciones	Trabajos del Estudiante
Fuentes Primarias			
1. hdl.handle.net			3%
2. dialnet.unirioja.es			1%
3. repositorio.unife.edu.pe			1%
4. archive.org			1%



5. www.slideshare.net	1%
6. cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
7. tesis.pucp.edu.pe	<1%
8. Submitted to CONACYT	<1%
9. es.scribd.com	<1%
10. revistahorizontes.org	<1%
11. cdigital.dgb.uanl.mx	<1%
12. imgbiblio.vaneduc.edu.ar	<1%
13. repositorio.upao.edu.pe	<1%
14. qdoc.tips	<1%
15. repositorio.ucss.edu.pe	<1%
16. dgsa.uaeh.edu.mx:8080	<1%
17. distancia.edh.edu.pe	<1%
18. repositorio.uct.edu.pe	<1%
19. www.scribd.com	<1%

**14. Observaciones**

Ninguna

**15. Calificación de originalidad**

Documento cumple con criterios de originalidad. Sin observaciones

**16. Fecha del informe**

Día 11 de noviembre del 2022.



## **Agradecimientos**

*Gracias a Dios por concederme la dicha de realizar la presente tesis.*

*Gracias a mi esposo por su apoyo y ánimo constante.*

*Gracias a mi asesora, Dra. Carmen Leni Alvarez Taco, por su  
paciencia y dedicación.*

*Gracias a los padres participantes y a los diferentes centros  
psicológicos, por su apertura y compromiso, lo valoro mucho.*



3.1.1. Hipótesis generales .....	35
3.1.2. Hipótesis específicas .....	36
3.2 Definición de variables .....	38
3.2.1. Ansiedad .....	38
3.2.2. Autorregulación orgánica .....	38
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA .....	40
4.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	40
4.2. Población y Muestra .....	41
4.3. Instrumentos de medición .....	46
4.3.1. Inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE) .....	46
4.3.2. Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) .....	49
4.4. Procedimiento para la recolección de datos .....	55
4.5. Técnicas de procesamiento estadístico .....	56
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	57
5.1 Resultados .....	57
5.1.1 Análisis descriptivo .....	57
5.1.2 Contraste de hipótesis .....	59
5.1.2.1 Prueba de normalidad .....	59
5.1.2.2 Análisis correlacional .....	61
5.1.3 Contrastación de las hipótesis de comparación .....	67
5.2 Discusión .....	71
5.2.1 Discusión sobre los resultados de las correlaciones .....	73
5.2.2 Discusión sobre los resultados de las comparaciones .....	82
5.3 Conclusiones .....	84
5.4 Recomendaciones .....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	88
ANEXOS .....	97

## Índice de figuras

Figura 1. Zonas de relación del ciclo de la experiencia Gestalt .....	29
Figura 2. Fases del Ciclo de la Experiencia Gestalt .....	32
Figura 3. Bloqueos en las fases del ciclo de la experiencia Gestalt .....	34

## Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo .....	44
Tabla 2. Distribución de la muestra según edad de los padres y de los hijos .....	45
Tabla 3. Distribución de la muestra según condición laboral y nivel de instrucción...	46
Tabla 4. Índices de bondad de ajuste .....	53
Tabla 5. Cargas factoriales del Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG .....	54
Tabla 6. Fiabilidad del Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG .....	55
Tabla 7. Descriptivos de la ansiedad estado-rasgo en padres de niños con y sin TEA – Trujillo .....	57
Tabla 8. Descriptivos de la Autorregulación orgánica y sus bloqueos en padres de niños con y sin TEA – Trujillo .....	58
Tabla 9. Prueba de normalidad de la ansiedad y sus dimensiones en padres de niños con y sin TEA – Trujillo .....	60
Tabla 10. Prueba de normalidad de la autorregulación orgánica en padres de niños con y sin TEA – Trujillo .....	60
Tabla 11. Correlación entre la ansiedad - estado y los bloqueos de autorregulación orgánica en padres de niños con TEA – Trujillo .....	61
Tabla 12. Correlación entre la ansiedad como rasgo y los bloqueos de autorregulación orgánica en padres de niños con TEA – Trujillo .....	64
Tabla 13. Diferencias entre los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA – Trujillo .....	68

## Resumen

La presente investigación tiene como objetivos principales conocer la relación y las diferencias que existen entre la ansiedad como estado y como rasgo con la autorregulación organísmica en padres cuyos hijos tienen y no el diagnóstico de TEA, así también busca conocer las diferencias que existen entre los padres que tienen hijos con y sin diagnóstico TEA en cuanto a la ansiedad como estado y como rasgo, y la autorregulación organísmica.

El estudio contó con la participación de 160 padres de familia de diferentes centros psicológicos de la ciudad de Trujillo, de los cuales 70 padres eran de niños con diagnóstico TEA y 90 padres de niños que no presentan diagnóstico TEA. Se empleó el muestreo intencional no probabilístico y se utilizó el Inventario de ansiedad rasgo estado - IDARE y el Test de Psicodiagnóstico Gestalt.

Los resultados evidenciaron una relación directa y significativa entre la ansiedad como estado y como rasgo con los bloqueos de desensibilización, proyección, introyección, retroflexión y fijación de la autorregulación organísmica, y también se encontró que la ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con los bloqueos de retención y confluencia. Se halló también que la ansiedad como estado no se relaciona con los bloqueos de retención y confluencia, y la ansiedad en sus dos formas no se relacionan con el bloqueo de deflexión.

En cuanto a las comparaciones, se encontró que los padres de niños con diagnóstico de TEA presentan mayor ansiedad (a nivel de estado y rasgo) y autorregulación organísmica que los padres con hijos sin diagnóstico de TEA.

Es necesario abordar esta problemática, para así conocer la situación que viven los padres de niños con diagnóstico de TEA y brindar atención en salud mental de manera oportuna.

Palabras clave: Ansiedad, regulación organísmica, TEA, bloqueos, ciclo de la experiencia.

## Abstract

The present investigation has as main objectives to know the relationship and the differences that exist between anxiety as a state and as a trait with the organismic self-regulation in parents whose children have and not the diagnosis of ASD, as well as to know the differences that exist between the parents. whose children have and not the diagnosis of ASD in terms of anxiety as a state and as a trait, and organismic self-regulation.

The study had the participation of 160 parents from different psychological centers in the city of Trujillo, of which 70 parents were of children diagnosed with ASD and 90 parents of children who did not have an ASD diagnosis. Non-probabilistic intentional sampling was used and the State Trait Anxiety Inventory - IDARE and the Gestalt Psychodiagnostic Test were used.

The results showed a direct and significant relationship between anxiety as a state and as a trait with desensitization, projection, introjection, retroflexion and fixation blocks of organismic self-regulation, and it was also found that anxiety as a trait is significantly related to the blocks of retention and confluence. It was also found that anxiety as a state is not related to retention and confluence blocks, and anxiety in its two forms is not related to deflection block.

Regarding the comparisons, it was found that parents of children diagnosed with ASD present greater anxiety (at the state and trait level) and organismic self-regulation than parents of children without a diagnosis of ASD.

It is necessary to address this problem, in order to know the situation experienced by parents of children diagnosed with ASD and provide mental health care in a timely manner.

Keywords: Anxiety, organismic regulation, TEA, blocks, cycle of experience.

## INTRODUCCIÓN

Las discapacidades en el Perú constituyen una condición, ya sea por razones biológicas o ambientales que afecta aproximadamente al 10 % de la población total, lo cual constituye una amplia proporción involucrada en esta problemática. A pesar de lo mencionado, es poco lo que se ha investigado en torno a cómo son afectadas las familias de personas con discapacidad en su diario vivir, en todas las esferas de su actividad personal y sociofamiliar. De tal modo, las dificultades que tienen las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para adaptarse a la sociedad también constituyen una problemática compleja sobre la vida de sus familiares para satisfacer necesidades y demandas del familiar con TEA y, además, cumplir con sus obligaciones y responsabilidades, tanto dentro como fuera del hogar.

La ansiedad de los padres que albergan a una persona con TEA, así como las estrategias que usan para regularse emocionalmente, pueden contribuir (de forma positiva o negativa) en la aceptación del diagnóstico como una desgracia familiar o como una oportunidad para mejorar como persona que buscan la mejora de su hijo con TEA. Asimismo, el proceso de aceptación puede afectar a los padres en el área emocional.

Por consiguiente, no solo el niño con TEA debe llevar terapia psicológica, también es necesario que los padres sean atendidos con el fin de que logren desarrollar habilidades para gestionar su ansiedad y las emociones negativas que se genera debido a lo difícil que es aceptar un diagnóstico como el TEA.

En este sentido, se plantea el presente estudio como una forma de conocer la situación de los padres desde el punto de vista emocional, saber cómo es que el diagnóstico de sus hijos puede llevarlos a desarrollar ansiedad y disminuida capacidad para regular sus emociones. Este informe de tesis se organiza de la siguiente manera:

En el capítulo I, se abarca la realidad problemática del tema en investigación, con el planteamiento desde aspectos más generales hasta las circunstancias puntuales que se ha podido presenciar en la ciudad de Trujillo a través del contacto con padres que tienen hijos con y sin diagnóstico TEA; se formula el problema para luego plantear los objetivos, la justificación e importancia de la investigación.

El capítulo II aborda el marco teórico conceptual respecto a la ansiedad y la

autoregulación orgánica, con antecedentes nacionales e internacionales. Asimismo, se realiza una revisión teórica de las variables para conocer sus definiciones, su clasificación según el DSM V y el CIE 10, asimismo los modelos conceptuales que las sustentan. Finalmente, se ofrece las definiciones de los términos básicos presentes en el estudio.

En el capítulo III, se incluyen aspectos como la metodología de investigación empleada, a partir de lo cual se toma la decisión de realizar una investigación de nivel sustantivo, con diseño correlacional, para establecer la relación entre las variables. Asimismo, se precisan las técnicas e instrumentos de evaluación para la recolección de datos, así como las técnicas de procesamiento y análisis de las variables estudiadas para analizar los hallazgos correspondientes.

En el capítulo IV, se incluyen los resultados obtenidos gracias al procesamiento estadístico de los datos para la presentación de los resultados con sus respectivas interpretaciones tanto descriptivas como correlacionales.

Finalmente, el capítulo V plantea la discusión e interpretación de los resultados obtenidos en relación con los objetivos propuestos. Además, se presentan las conclusiones y recomendaciones que pueden favorecer el logro de avances en la sagrada misión de acompañar a los padres de niños con TEA en su proceso de terapia individual para gestionar de mejor manera el diagnóstico de su hijo.



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A continuación, se analiza la situación problemática que contextualiza la presente investigación, además, se presenta la formulación del problema, luego la justificación de la investigación y, por último, se presentan los objetivos generales y específicos.

#### **1.1 Situación Problemática**

Cada pareja, antes de formar una familia, tiene expectativas en torno a la salud de su futuro hijo. Normalmente, los padres esperan que su niño o niña venga al mundo saludable y sin ninguna enfermedad, así también anhelan que sus hijos logren tener una vida independiente y que se desenvuelvan de manera satisfactoria (Rodríguez et al, 2010).

Sin embargo, ocurren ciertas situaciones donde algunos niños nacen con diversas dificultades. Uno de los problemas que se puede encontrar en los recién nacidos es que presentan trastornos del neurodesarrollo. La Asociación Americana de Psiquiatría - APA (2014), define a los trastornos del neurodesarrollo como un problema que aparece antes que el niño ingrese a la escuela primaria y se caracterizan por carencias en el desarrollo, la actividad personal, social, académico y ocupacional. Estas carencias en el desarrollo son muy variables, por lo cual, algunas de ellas pueden estar ligadas al aprendizaje o el control de las funciones ejecutivas y otras van enlazadas con las habilidades sociales e inteligencia.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2021, refiere

que los trastornos del neurodesarrollo afectan a uno de cada 160 niños en el mundo. En el Perú, según datos del Registro Nacional de Personas con Discapacidad (Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS, 2019), 4,522 personas presentan el Trastorno del Espectro Autista (TEA) de los cuales el 5.6% pertenecen al departamento de La Libertad – Trujillo.

Definitivamente, su presencia en la población genera la necesidad de conocer las características de los niños con TEA, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría - APA (2014), lo define como las dificultades constantes en la interacción social, comunicación, esquemas iterativos y estereotipados de conducta; los cuales se pueden percibir en los primeros años de vida y acentuar a lo largo de los años.

Por ello, el nacimiento de un niño con TEA es todo un reto y demanda un cuidado especial de parte de los padres y familia, pues en primer lugar se debe identificar el diagnóstico exacto para luego brindar una terapia adecuada, la cual es realizada por un equipo multidisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras, neurólogos, terapeutas ocupacionales, entrenadores, entre otros especialistas. Estas demandas adicionales pueden generar el aumento del estrés y la ansiedad de los padres, quienes a su vez podrían presentar cambios a nivel psicológico, baja respuesta al sistema inmune y riesgo de contraer nuevas enfermedades (Fernández y Espinoza, 2019).

Como se ha mencionado, una característica que surge ante el aumento de la demanda parental es la presencia de la ansiedad, la cual se entiende como un estado emocional que genera rechazo y se presenta como resultado de un análisis cognitivo que la persona realiza cuando percibe su ambiente amenazante (Lazarus y Folkman, 1986). En este caso, los padres de niños con diagnóstico de TEA presentan una sensación de frustración, desesperanza y otros sentimientos dañinos (Mendoza, 2014), así también, lidian con pensamientos negativos sobre la situación actual y del futuro de sus hijos, pues consideran que no tendrán una vida plena.

Es así como la apreciación (positiva o negativa) de los padres ante la situación de sus hijos, depende de cómo los padres entienden lo que está pasando, pues como fueron criados repercute en la manera que crían a sus hijos (Mendoza, 2014).

Existen investigaciones en las cuales se ha relacionado los niveles de ansiedad con otras características personales. Por ejemplo, Velásquez (2018) analiza la relación de la

ansiedad con los estilos de afrontamiento en padres con niños oncológicos y encuentra una relación significativa, lo mismo que Guardia (2010), quien encontró que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia experimentan mayor nivel de ansiedad – estado y alta práctica de estrategias de afrontamiento evitativas.

Los padres que tienen hijos con TEA, al enterarse del diagnóstico clínico, suelen sentirse culpables, se autocompadecen y piensan que su vida familiar está destinada a la infelicidad porque consideran que el tener un hijo con una condición para toda la vida es difícil de sobrellevar, además puede disminuir la satisfacción matrimonial por la preocupación constante que presentan (Hamlyn - Wrigth et al., 2007). Esto produce, en ellos, un bloqueo de sus emociones, que a su vez no permite que se desarrollen normalmente las fases del ciclo de su experiencia como padres.

En este caso, es el enfoque de la Terapia Gestalt el que describe de manera más precisa, el proceso en el que se ve envuelto el padre al experimentar ansiedad. Según Salama (2002), para los teóricos de la Terapia Gestalt, el ciclo de la experiencia tiene como finalidad identificar la manera en la que el paciente manifiesta de forma clara el “qué” y el “cómo” se muestran los bloqueos o procesos de autointerrupción de la energía. Dichos bloqueos emergen para impedir el contacto con la emoción, así como el cierre de una experiencia ligada a esquemas neuróticos percibidos desde la infancia o después de una noticia desagradable. Los procesos de autointerrupción de la energía son conocidos también como *mecanismos de defensa gestálticos*, los que se encuentran situados en el ciclo de la experiencia y son los siguientes: la postergación, proyección, desensibilización, retroflexión, introyección, confluencia y fijación (Descalzo, 2010).

De esta forma, se observa que es necesario llevar a cabo un estudio en el que se investigue la relación de la ansiedad con la autointerrupción orgánica en el ciclo de la experiencia Gestalt, considerando los recientes estudios en el área terapéutica orientado a la problemática psicológica, especialmente en el tratamiento de padres cuyos niños tengan TEA, más aún en la ciudad de Trujillo, ya que se carece de centros especializados en la intervención con padres.

## **1.2 Formulación del Problema**

A partir de lo mencionado, se plantea la siguiente interrogante en la investigación:

¿Existe relación entre la ansiedad y la autorregulación orgánica en padres de niños con diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo?

¿Existen diferencias en la ansiedad y la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo?

## **1.3 Justificación**

La actual investigación muestra relevancia debido a la disminuida importancia que se brinda a la salud mental de los padres con hijos que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA). Normalmente se atiende las necesidades del menor, sin embargo, se toma poco interés al estado emocional de los padres, olvidando así la ansiedad que presentan al ejercer su rol paterno.

A nivel práctico, la presente investigación pretende brindar información que permita realizar acciones preventivas sobre la población parental la cual es más sensible cuando sus hijos tienen un diagnóstico de TEA, donde asimilar esta nueva noticia puede tomar tiempo y en ocasiones no logran aceptar la condición de su hijo, esto ocasiona en algunos padres ansiedad y depresión.

Así también, las pruebas adaptadas a la población objetivo aportan instrumentos actualizados y válidos para ser utilizados en futuras investigaciones.

## **1.4 Objetivos**

A continuación, se plantean los objetivos del presente estudio, tanto los generales como los específicos.

### ***1.4.1 Objetivos generales***

1. Determinar la relación que existe entre la ansiedad y la autorregulación orgánica en padres de niños con el diagnóstico de TEA de Trujillo.
2. Comparar la ansiedad y la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo.

### **1.4.2 *Objetivos específicos***

1. Describir la ansiedad en padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA.
2. Describir la autorregulación orgánica en los padres de la muestra de estudio.
3. Establecer la relación entre la ansiedad como estado y los bloqueos de la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.
4. Establecer la relación entre la ansiedad como rasgo y los bloqueos de la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.
5. Establecer las diferencias de la ansiedad como estado entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
6. Establecer las diferencias de la ansiedad como rasgo entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
7. Establecer las diferencias en el bloqueo de retención para la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
8. Establecer las diferencias en el bloqueo de desensibilización para la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
9. Establecer las diferencias en el bloqueo de proyección para la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
10. Establecer las diferencias en el bloqueo de introyección para la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
11. Establecer las diferencias en el bloqueo de retroflexión para la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.
12. Establecer las diferencias en el bloqueo de deflexión para la autorregulación orgánica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.

organísmica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA, en la ciudad de Trujillo.

13. Establecer las diferencias en el bloqueo de confluencia para la autorregulación orgánsmica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA.
14. Establecer la relación entre ansiedad rasgo y el bloqueo de fijación para la autorregulación orgánsmica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se presentan los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con las variables de la investigación. Seguidamente, se presenta la base teórica de la ansiedad y del ciclo de la experiencia y sus correspondientes bloqueos.

#### **2.1 Antecedentes de investigación**

A continuación, se brindan los antecedentes encontrados. En primer lugar, se presentan las investigaciones relacionadas a la ansiedad en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, luego se brinda información de investigaciones relacionadas al bloqueo en el ciclo de la experiencia y por último se analiza otros estudios sobre niños con TEA.

##### ***2.1.1 Estudios relacionados a la ansiedad en padres de niños con TEA***

Rezendes y Scarpa (2011) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de conocer cómo se relaciona la ansiedad – depresión de los padres y las dificultades en la conducta infantil, en hijos con trastornos del espectro autista. La muestra estuvo constituida por 134 madres de niños con edades entre los 3 y 16 años, diagnosticados con TEA, específicamente trastorno autista y trastorno de Asperger. La edad promedio de las madres fue de 39 años.

Para realizar este estudio se utilizó la Escala de estrés, ansiedad y depresión, el Cuestionario de fortalezas y dificultades, la Escala de sentido de competencia parental y el Cuestionario breve sobre recursos y estrés. En los resultados se encontró que el estrés de los padres disminuye la autoeficacia en la crianza, por lo cual existe un aumento de la depresión – ansiedad.

En el 2004, Bitsika y Sharpley realizaron una investigación con el fin de conocer el grado de estrés, ansiedad y depresión en 107 padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Queensland, Australia. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de autoevaluación de ansiedad y depresión de Zung. En los resultados se encontró que el 90,5 % de padres presentaban dificultad para lidiar con el comportamiento de sus hijos, de ellos, el 41,8% presentaron una ansiedad moderada, el 18,6% estaban muy ansiosos y el 9,1% estaban gravemente ansiosos, es más, se demuestra que manifestaron la ansiedad a través del enojo, la aflicción y la culpabilidad por la condición de su hijo. En relación a la depresión, el 21% de los padres indicaron síntomas de depresión moderada, el 27,6% de depresión alta y el 11,4% de los padres puntuaron dentro del rango de depresión grave.

### ***2.1.2 Estudios realizados sobre el ciclo de la experiencia Gestalt***

En cuanto a las investigaciones que se han realizado sobre las fases vinculadas al ciclo de la experiencia Gestalt y su asociación con otras variables, se cuenta con el estudio de Salas (2017). Este autor llevó a cabo un estudio para identificar la existencia de la vinculación entre la forma de cohesión familiar y los bloqueos que se dan en el ciclo de la experiencia Gestalt, en una muestra de 215 alumnos (113 hombres y 102 mujeres) del 5to año del nivel secundario, cuyas edades se encuentran entre los 16 y 18 años, y que estudian en instituciones educativas ubicadas en el Cercado de Lima, Perú.

Para llevar a cabo la recolección de datos, se utilizó la Escala de cohesión y adaptabilidad de Olson (FACES III) y el Test psicodiagnóstico de Salama (T.P.G.). Los resultados demuestran que, cuando existe un tipo de cohesión familiar extrema-desligada, los miembros de la familia tienden a buscar apoyo emocional en personas externas, por ello el bloqueo en el ciclo de la experiencia suele presentarse en la fase de fijación, asociándose así a apegos y lealtades familiares débiles que contribuyen a la dependencia emocional.

Asimismo, cuando el tipo de cohesión familiar extrema es amalgamada existe una sobre involucración familiar, por lo cual los miembros no logran ser independientes al momento de tomar decisiones. Por consiguiente, el bloqueo se dará en la fase de fijación, pues las familias muy unidas, al pasar por un momento difícil, quedan detenidas en el tiempo, ya que se da una desprotección afectiva de los hijos, pues los padres se encuentran



indispuestos, a nivel emocional, al encontrarse fijados en el dolor.

### ***2.1.3 Otros estudios de padres de niños con TEA***

Los trabajos realizados en padres de hijos con TEA han tenido resultados significativos. Uno de ellos es el de Pineda (2012), quien analizó las relaciones existentes entre los niveles de estrés parental y los diferentes estilos de afrontamiento en 58 padres de hijos varones y mujeres con TEA de 7 años a más, que acudían a uno de los cinco módulos de una institución especializada para el desarrollo infantil ubicados en los distritos de Lima Centro, Comas, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y La Molina.

Los instrumentos de recolección de datos fueron: el Cuestionario de estrés parental PSI-SF y el cuestionario COPE. En los resultados se encontraron altos niveles de estrés parental tanto en la escala total como en sus tres dominios: malestar paterno (MP), interacción disfuncional padres – hijo (ID P-H) y cuidado del niño (CN), siendo el malestar paterno el que mayor estrés parental registra, es decir, los padres perciben ciertas limitaciones en sus competencias como padres y consideran que no logran sobrellevar con éxito situaciones de su vida diaria, lo que les hace aislarse de su medio social, les produce frustración y tensión, pues consideran que sus esfuerzos no son efectivos. En cuanto a los estilos de afrontamiento (afrontamiento enfocado en el problema, afrontamiento enfocado en la emoción y estilo evitativo), los más utilizados por los participantes son los enfocados en el problema y en la emoción, pues ante el problema, buscan una estrategia para solucionar la dificultad y apoyo social en sus familiares para manejar las emociones negativas.

Fernández et al. (2014), investigaron sobre la relación entre el estrés y el afrontamiento en familias de hijos con TEA. La muestra estuvo conformada por 81 padres de hijos entre 5 y 9 años de edad de Badajoz, España. Un grupo se encontraba constituido por 39 padres cuyos hijos presentaban diagnóstico clínico de TEA, por otro lado, el grupo control estuvo conformado por 42 padres de hijos que no presentaban diagnóstico TEA.

Para la identificación de niños con TEA, se utilizó la Escala de Evaluación del Autismo de Gillian GARS-2, el cual se basa en los criterios del DSM-IV, cuyos indicadores conformaban tres categorías: conductas estereotipadas, comunicación e interacción social. También aplicaron el Parenting Stress Index (Abidin, 1995), instrumento diseñado para medir el estrés parental, por último, administraron el

Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés.

En los resultados obtenidos se encontró que los padres de hijos con TEA presentan mayor grado de estrés con relación a los padres de hijos que no tienen el diagnóstico de TEA, así también se halló que sólo cinco de los factores de afrontamiento (negación, control emocional, resolución de problemas, planificación y apoyo social) se encuentran relacionados con el estrés de los padres.

Seymour et al. (2013) realizaron una investigación sobre la influencia de la fatiga en el estrés y afrontamiento en madres de niños con un trastorno del espectro autista. La muestra estuvo conformada por 65 madres de niños entre 2 a 5 años con diagnóstico TEA. En este estudio, se encontró que el estado de fatiga de la madre se vincula con la presencia de comportamientos problemáticos del niño, lo que a su vez repercute en el manejo de las estrategias de afrontamiento, las que son ineficaces, generando, además, un mayor estrés.

## **2.2 Bases Teóricas**

En la búsqueda de sustento teórico para las variables propuestas en la presente investigación, como primer punto se presentan las bases teóricas del trastorno del espectro autista, en el que se detalla su definición y prevalencia. Luego, se describe a la ansiedad a partir de su definición, componentes y la forma cómo la experimentan los padres que tienen hijos con TEA. De igual forma, se da a conocer la definición de psicoterapia Gestalt, el ciclo de la experiencia y sus respectivos bloqueos.

### ***2.2.1 Trastorno del espectro autista***

A continuación, se presentan algunos aspectos relacionados con el TEA como: la definición y prevalencia, así también los criterios diagnósticos, grados del TEA y la comorbilidad.

#### **2.2.1.1 Definición y criterios diagnósticos.**

La definición del TEA se origina después de observaciones realizadas en el año 1943 por Leo Kanner, cuando un grupo de aproximadamente once niños manifestaban un síndrome extraño que, hasta aquella fecha, no lograba ser descifrado (Rutter y Schopler, 1984). Kanner consiguió describir de forma minuciosa una serie de características que manifestaban en su conducta los niños estudiados.

Las principales características eran: dificultad para relacionarse con las personas, demora en la adquisición del habla, ecolalia retardada, juegos repetitivos y estereotipados, inversión pronominal, excelente memoria mecánica, imaginación limitada y aspecto físico normal. Kanner (Rutter y Schopler, 1984) señaló que, por las variables que presentaba, este trastorno se mostraba distinto a la esquizofrenia o a la psicosis infantil.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría – APA (2014), como señala en el Diagnostic and statistical manual of mental disorders, quinta edición (DSM-V), el TEA es una condición de la persona, por la que presenta problemas específicos en el área social, comunicativa o cognitiva, lo cual afecta su capacidad para relacionarse con su entorno social, comunicarse de manera fluida, entre otros aspectos, debido a que tiene alteraciones del neurodesarrollo en diferentes funciones del sistema nervioso central.

Por su parte, Ojea (2004) refiere que el TEA es un trastorno del neurodesarrollo, donde las características esenciales están conformadas por la carencia de la persona para interactuar y comunicarse adecuadamente con su medio social, así también presenta limitación en su repertorio de actividades e intereses, sin embargo, sus manifestaciones pueden variar según el nivel de desarrollo y la edad del individuo.

En efecto, un niño diagnosticado con TEA manifiesta disminuida comunicación social recíproca, sus interacciones sociales se encuentran limitadas y las actividades que realiza son repetitivas. Estas peculiaridades se encuentran latentes desde la primera infancia y restringen o imposibilitan el desenvolvimiento habitual de la persona. Se debe considerar que la disminución de habilidades puede variar según los rasgos de la persona y el medio en el que vive (APA, 2014).

Según el DSM-5 (APA, 2014) el Trastorno del Espectro Autista presenta las siguientes características:

- a. ***Dificultades en la comunicación y en las interacciones sociales.*** Las personas con TEA pueden presentar escaso interés para relacionarse con los demás, manifiestan dificultad para establecer contacto visual, entender las reglas y otras conductas que limitan su acercamiento con sus pares. Su nivel de lenguaje oral es básico y está marcado por ecolalias; por lo que repite constantemente una palabra o frase escuchada de manera involuntaria. Martos y Ayuda (2002) refieren que la ecolalia en el niño con TEA se da porque al recibir el mensaje no puede procesarlo

y como consecuencia no logra dar respuesta.

En el DSM-5 (APA, 2014) se explica que su lenguaje hablado puede tener ciertas dificultades en la prosodia y entablar un dialogo sostenido incluso con su entorno más cercano. También manifiestan nulo acompañamiento de expresiones faciales y movimiento corporal, no obstante, les motiva hablar temas de su interés y cuentan con información de este (Antuña, 2016).

- b. *Intereses restringidos y conductas repetitivas.*** Las personas con TEA presentan intereses estereotipados o restringidos, por lo que mantienen una idea que predomina en su mente sin lograr compartir sus conocimientos, además presentan comportamiento rígido y cuando no se les anticipa el cambio de rutinas se muestran resistentes (Hervás et al., 2012).

Los niños con TEA también presentan conductas repetitivas, estas consisten en movimientos estereotipados y repetitivos como: aleteos, dar vueltas en su propio eje, mecer su cuerpo al estar de pie y realizar la misma pregunta varias veces independientemente de la respuesta recibida. Así también, los objetos inusuales llaman su atención y se interesan excesivamente por objetos específicos prefiriendo jugar con un solo objeto o juguete, no tienen una secuencia de juegos con varios elementos.

#### **2.2.1.2 Clasificación del TEA según el DSM-5.**

Se presentan los niveles del TEA según el DSM-5 (APA, 2014) con el fin de identificar de manera oportuna el diagnóstico según cada nivel.

El primer nivel hace referencia a la posibilidad de la persona con TEA de desarrollar actividades con ayuda, en tanto que en el segundo nivel necesita ayuda constante por parte de otra persona y en el tercer nivel la ayuda es perenne. A continuación, se realiza una breve explicación de cada nivel.

***Nivel 1. Necesita ayuda.*** Este es un primer nivel donde el niño es capaz de desarrollar el lenguaje e involucrarse en una conversación, donde pese a su disminuida motivación para contactarse con los demás, logra comunicar sus necesidades.

El niño presenta deficiencias visibles en la *comunicación social*, lo que le causa dificultades al momento de relacionarse, además presenta dificultad para interactuar y

suele brindar respuestas extrañas a la apertura social, por lo que hace parecer que tiene disminuido interés para interactuar con sus pares. Utiliza frases completas, pero al relacionarse no tiene éxito.

Debido a sus comportamientos *restringidos y repetitivos*, presenta interferencia en el funcionamiento en diferentes contextos. Así también, muestra resistencia al cambio de rutinas y los problemas para planificar y organizar intervienen en su funcionamiento independiente.

**Nivel 2. Necesita ayuda notable.** En este nivel, puede presentar serios problemas en el lenguaje no verbal y verbal, asimismo en la interacción social, por lo que algunos problemas sociales necesitan resolverse con apoyo de otras personas; al igual que sus respuestas, su interacción con los demás es limitada. Así también, logra repetir enunciados sencillos y su lenguaje no verbal es peculiar, por lo cual no se adapta adecuadamente a su entorno.

El niño presenta comportamientos *restringidos y repetitivos*, por lo cual encuentra dificultad para cambiar de rutinas, estas actitudes pueden interferir en su funcionamiento en diversos contextos.

**Nivel 3. Necesita ayuda muy notable.** En este nivel, se observa severidad en los casos presentados. Carecen de capacidad para comunicar sus necesidades, algunas personas presentan limitada comunicación y déficit cognitivo que obstaculiza su adaptación a su medio social.

Se evidencia disminuida fluidez en la *comunicación social*, lo cual origina limitaciones en la interacción social, pues presenta respuestas cortantes y muy directas.

Manifiesta *comportamientos restringidos y repetitivos* con extrema dificultad para cambiar de rutina, sus comportamientos son restringidos y dificultan el funcionamiento de la persona en todos los ámbitos. Además, presenta ansiedad y conflicto para cambiar su foco de atención.

### **2.2.2 Ansiedad**

A continuación, se presenta la base teórica de la ansiedad, como primer punto se desarrolla la definición y los criterios diagnósticos, para luego analizar la ansiedad de

padres que tienen hijos con trastornos del neurodesarrollo.

### **2.2.2.1 Definición y criterios diagnósticos.**

La ansiedad es una emoción, un afecto o un sentimiento que se convierte en un estado intrínseco consciente, además posee un componente relativo muy importante, de un temor indefinido, también es apreciada como un sentimiento áspero e inseguro en donde la persona está en espera de un peligro inminente no presente ni objetado, pero se presencia la intervención de tres factores (Zych, 2011): cognitivos, autónomos y cambios motores.

Para Spielberger y Díaz - Guerrero (2002), la persona que tiene ansiedad percibe una situación que considera difícil de sobrellevar como algo amenazante o peligroso, es por ello que suele presentar aceleración del ritmo cardíaco, sentimientos de tensión y sudoración corporal. En el caso de los padres con hijos que tienen TEA ven incierto el futuro de su hijo y consideran dificultoso el que sus hijos tengan un desarrollo pleno, desarrollan dolores musculares en la espalda y en diversas partes del cuerpo, además, sienten presión en el pecho y sudoración continua en las manos (Lu, 2020).

A diferencia de otras patologías, las personas que experimentan ansiedad tienden a preocuparse de manera excesiva, se fatigan con facilidad, presentan dificultad para concentrarse o se quedan con la mente en blanco, se irritan con frecuencia, sienten su cuerpo tensionado y muestran problemas de sueño (APA, 2014). La persona experimenta diversas emociones negativas, se siente atrapado, cree que la situación vivenciada jamás mejorará, su optimismo disminuye y crece su inseguridad, asimismo, en la mente de la persona ansiosa ya está creado el futuro, no sabe con exactitud si sucederá o no, pero es un hecho que le aturde, teme su llegada, mantiene su alma en suspenso y daña su tranquilidad (Cía, 2002).

- a. Criterios diagnósticos según el DSM – 5.** A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada:
- En los últimos seis meses, la persona ha tenido más días de ansiedad y preocupación que días tranquilos, demostrando la presencia de una preocupación excesiva.
  - La persona encuentra dificultad para manejar sus preocupaciones.

- Tanto el estado de ansiedad como las preocupaciones se relacionan, como mínimo, con tres de las siguientes condiciones:
  - Idea se sentirse atrapado, preocupación, fatiga acelerada, problemas para mantenerse concentrado, irritabilidad, músculos tensos y alteraciones del sueño.
  - La inquietud o los malestares físicos ocasionan desagrado, menoscabo laboral, social u otras áreas importantes de la persona.
  - La alteración no se debe a efectos de una sustancia, condición médica y no se explica por otro trastorno mental.

Los criterios diagnósticos indicados por el DSM - 5 muestran a profundidad lo que es la ansiedad, la cual tiene que presentarse por más de seis meses alterando áreas importantes (social y laboral) y no debe ir ligado a algún trastorno mental.

- b. *Criterios diagnósticos según el CIE-10.*** La ansiedad es causada por ciertas situaciones bien definidas que suelen ser poco peligrosas, normalmente estas situaciones son evitadas o soportadas con incomodidad. La preocupación de la persona se presenta por síntomas como palpitaciones o sensación de desmayo, tensión muscular, sudoración, asfixia, vértigo y sentimientos de irrealidad, se asocia con temor a la muerte, a tener una enfermedad o un accidente, que sufrirá la misma persona o alguno de sus parientes, con ello se junta el miedo a perder de control.

La ansiedad también puede presentarse con miedo a salir de la vivienda, ingresar a centros comerciales, a lugares donde hay muchedumbre o a lugares públicos, además miedo a viajar solo en algún transporte.

Del mismo modo, la ansiedad se manifiesta por temor a ser examinado por la gente, lo cual lleva a la persona a evitar interacciones o situaciones sociales. Esto puede estar asociado con una baja autoestima y/o temor a la crítica, se experimenta por rubor, temblor de las manos, náuseas o necesidad de orinar, los síntomas pueden ir en progreso.

- c. *Diferencia entre la ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada.*** La

respuesta adecuada a una situación amenazante es considerada como ansiedad normal (Rojas, 1998). La ansiedad se manifiesta como una sensación de aprensión dudosa y desagradable, suele acompañarse de opresión en el pecho e intranquilidad, cefaleas constantes, latidos acelerados y problemas para mantener la calma (Sime, 2014).

Por otro lado, la ansiedad generalizada (TAG) va más allá, pues se presenta a través de preocupación y tensión crónica, aunque no exista nada que parezca provocarla, además, la persona puede anticipar un desastre cuando se enfrenta a algo, su preocupación se incrementa con relación a la salud, dinero, familia o trabajo (Ventura, 2009).

Es difícil encontrar la raíz de la preocupación manifestada, por lo que pensar en enfrentar la rutina diaria puede causar ansiedad y se mantiene fluctuando ligeramente en el día, provocando así malestar físico, deterioro en las relaciones humanas y afectación del sueño (Ventura, 2009).

#### **2.2.2.2 La ansiedad de padres que tienen hijos con trastornos del neurodesarrollo**

Toda persona, en algún momento de su vida, ha presentado alguna característica de ansiedad. En el siglo XXI es uno de los temas más tocados e identificados por los adolescentes, jóvenes y padres, quienes luego de una evaluación especializada, fueron diagnosticados con el trastorno de ansiedad, mientras que otros solo cumplían con algunos criterios.

Los padres de un niño con autismo, además de cuidarlo, deben enfrentar problemas en los ámbitos emocional y práctico, pues cuando se conoce del diagnóstico de TEA de los hijos, se inicia un largo proceso de duelo, inmerso de dudas, miedos, ansiedad, preguntas sobre cómo se trata y convive con un niño que presenta estas características (Hernández et al., 2012). Los padres de hijos que tienen el diagnóstico de TEA también pueden presentar aumento de estrés, e incluso, podría disminuir la respuesta del sistema inmunológico con el consiguiente riesgo de enfermedades (Whitmore, 2016).

Frente a la dificultad de su hijo, los padres reaccionan de manera muy compleja, les cuesta controlar sus emociones y guardan sentimientos positivos o negativos,



experimentan diversos estados como angustia, culpa y ansiedad, sin embargo, por vergüenza no lo expresan, pues creen que debido a la condición del menor deben reprimir sus emociones, lo que causa en ellos mayores niveles de ansiedad (Navarro, 2004).

Autores como Kuhlthau et al. (2014) indican que cuidar a un niño con TEA puede generar problemas de salud mental y física debido a los criterios clínicos, la disminuida información y el acceso restringido a una atención especializada; así también las madres de niños con TEA pueden ser más vulnerables a padecer de desempleo y estrés en su economía.

Kuipers et al. (2004) mencionan que la ansiedad se presenta en los padres a través del miedo exagerado acerca de lo que puede pasarle al niño si ellos se relajan, por lo cual se encuentra comprendida la sobre involucración, que se refiere a la actitud que experimenta el cuidador al sentirse culpable por todo lo que le pasa al niño, por lo tanto, intentan hacerse responsables de todo y sin querer, terminan tratando al niño como alguien indefenso. Así también, Aznar y Berlanga (2005) refieren que en los momentos que el cuidador o padre se siente ansioso suele conectarse emocionalmente de manera exagerada con el hijo, asimismo sobreprotege al menor de manera desmedida.

### **2.2.3 Autorregulación organísmica**

En este apartado se brinda información relacionada a la autorregulación organísmica, se empieza por la definición y luego se continúa con el ciclo de la experiencia Gestalt.

#### **2.2.3.1 Definición de autorregulación organísmica.**

La autorregulación organísmica es uno de los conceptos más importantes de la Terapia Gestalt, la cual tiene una orientación humanista transpersonal, en la que se plantea que, para mantenerse vivo, la persona desarrolla mecanismos de autorregulación (Salama, 2008). El principal mecanismo es la sensación corporal, por ejemplo, la sensación de sed es la única forma que tienen las personas para identificar que están deshidratándose, es decir, si la persona no se percata de dicha sensación, no tendría ganas de tomar agua y moriría por deshidratación. En otras palabras, es gracias a la sensación corporal que se tiene contacto con la necesidad de tomar agua.

Para la Terapia Gestalt (Castanedo, 2007), el mayor problema que tienen los seres

humanos es que intentan hacer las cosas desde el intelecto, sin embargo, no es lo más adecuado, ya que primero se debe tener en cuenta el conectar con la sensación para descubrir lo que necesita. Con normalidad se cree que existe una única solución al problema, más aún, cuando se ingresa profundamente a las sensaciones corporales, el cuerpo brinda otras salidas que pueden ser creativas, amorosas, respetuosas con uno y con el otro y que realmente resuelven el problema (Salazar, 2011).

Para Ramos Herrera (2009), cuando la persona no se autorregula o no se permite sentir, crea un paradigma que al final está en su propia contra, donde por más que intente no sentir tristeza aparece la tristeza, pero como la persona no logra conectarse con la emoción entonces cada vez que aparece la tristeza no podrá autorregularse y la emoción se convierte en angustia, ansiedad, sensación de cansancio e irritabilidad. También la persona puede sentir tristeza, pero a la vez piensa que ello es para débiles, por lo cual cada vez que tenga esta emoción le generará miedo o vergüenza.

Gil (2014) comenta que la psicoterapia Gestalt toma un concepto biológico, pues la autorregulación organísmica tiene que ver con el organismo, el cual circula de una inestabilidad a una estabilidad y para lograrlo, según Salama y Villarreal (1988), el organismo debe descubrir su necesidad fisiológica con el fin de satisfacerla y así llegar a una homeostasis, de tal manera que el logro de la autorregulación se puede dar al interior del organismo o en su vinculación con el medio externo. En psicoterapia, se busca que la persona logre darse cuenta de lo necesario que es, lograr un equilibrio psicológico para poder satisfacer dichas necesidades y lograr su estabilidad o bienestar socio emocional, de lo contrario, vivenciará una experiencia emocional nada agradable para la persona, lo que evidenciaría que el proceso de auto regulación no se está realizando de forma adecuada (Castanedo, 2007).

### **2.2.3.2 Ciclo de la experiencia Gestalt**

Es el proceso de cubrir las necesidades de índole fisiológico o psicológico. Salama (2002) explica que este proceso, en un inicio, fue explicado a partir del modelo fisiológico y luego fue el conductismo el que lo retomó gracias a algunos terapeutas gestaltistas como: Zinker, Polster, Latner y Ginger. Es más, Salama también señala que el ciclo de la experiencia fue actualizado por Castañedo y Salama (1990) denominándolo *ciclo de la experiencia*. Este proceso psicofisiológico fue considerado como el *ciclo de*

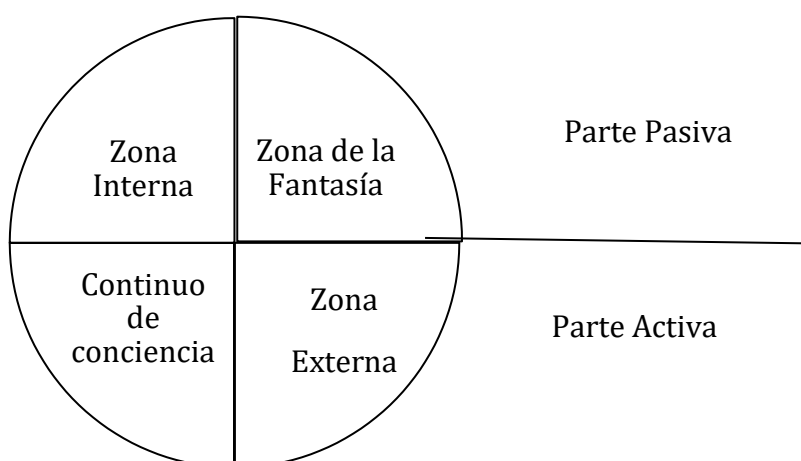
*autorregulación organísmica* (Salama, 1992). Se denomina *ciclo de la experiencia Gestalt* debido a la escuela que estudió con mayor profundidad este constructo (enfoque Gestalt) para ser diferenciado del origen conductista.

Según Gil (2014), toda persona que pasa por el ciclo de la experiencia busca satisfacer una necesidad emocional, para lo cual requiere autorregularse. Así también, a este ciclo se le define como el “proceso psicofisiológico conexo con la satisfacción de necesidades del cuerpo y está presente durante la vida de la persona” (Stange y Lecona, 2014, p. 108).

El objetivo del diseño expresado en la figura 1, es mostrar de manera didáctica, la forma como la energía psicofisiológica transita a partir de un punto de equilibrio dinámico llamado *indiferenciación creativa* u *homeostasis*, hasta alcanzar otra fase diferente al anterior, que implica haber satisfecho la necesidad (Salas, 2017). Esta necesidad está dividida en dos partes: zona pasiva y zona activa. La zona pasiva implica que no hay acción por parte del individuo, ya que solo detecta la sensación, crea los pensamientos e identifica la necesidad, mientras que la zona activa se refiere a la activación física del individuo y el contacto que establece con su medio para lograr la satisfacción de su necesidad.

**Figura 1.**

***Zonas de relación del ciclo de la experiencia Gestalt***



Nota. La presente figura representa los cuatro cuadrantes donde se localizan didácticamente las zonas de relación en función del satisfactor (parte pasiva, parte activa) predominante. De: Salama, H. (2002). Psicoterapia Gestalt. Procesos y metodología. 3ª ed. México: Ed. Alfaomega.

A su vez, como se observa en la figura 1, la necesidad se encuentra dividida en cuatro zonas de relación (Salama, 2008): Zona interna (hace referencia a las reacciones que tiene el cuerpo y a su expresión emocional), zona de la fantasía (se encuentran los procesos mentales como el pensamiento y la memoria), zona externa (representa al contacto que tiene la persona con el entorno o el ambiente y el continuo de consciencia (es la cúspide de la experiencia vivida, ya que integra las zonas anteriores a través de la experiencia, es más, la persona se da cuenta de lo que ha vivido, asimila lo que le es viable para su ahora y aparta lo que no necesita y le puede dañar).

Se consideran fases del ciclo de la experiencia Gestalt a los trayectos que alcanza este proceso, en el que la energía psicofisiológica involucrada conseguirá que la necesidad que emerge en el organismo se satisfaga (Salama, 2002). El ciclo de la experiencia Gestalt atraviesa por ocho fases o momentos que guían a la satisfacción de una necesidad (Zinker, 2000). Las primeras cuatro fases se encuentran en la zona pasiva, las cuales solo se vivirán por medio de las sensaciones y pensamientos. A continuación, se presentan las fases:

**Reposo.** Es el estado donde la persona se encuentra latente y listo para el surgimiento de la necesidad emergente, asimismo, simboliza la estabilidad y el inicio de una nueva vivencia. También es considerado un estado de vacío o reposo en el que se encuentran todas las potencialidades, para que nazca una nueva experiencia (Alva, 2016).

**Sensación.** Hace referencia a cuando el cuerpo siente *algo diferente* y es detectado a través de la expresión corporal. La persona siente algo que le es difícil identificar con exactitud. Es la aparición de una necesidad que provoca una tensión no muy definida (Salama, 1992).

**Formación de la figura.** Se identifica cuál es la necesidad real que requiere ser satisfecha. La persona identifica la emoción que refleja su lenguaje corporal o la necesidad que debe satisfacer, iniciándose un proceso de elección entre alternativas.

**Movilización de la energía.** La persona piensa en las posibles opciones que puede realizar para satisfacer su necesidad con base en sus recursos. Se potencia la energía planteando diferentes alternativas hacia la acción (Alva, 2016).

**Acción.** La persona empieza a administrar su energía en torno a las actividades

que debe realizar, lo cual refleja su satisfacción de su necesidad emocional y le ayuda a conectarse con su medio ambiente (Salas, 2017).

**Pre-contacto.** En esta etapa, el organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella (Descalzo, 2010).

**Contacto.** Se establece contacto pleno con aquello que va a satisfacer la necesidad. Se da la propia experimentación y el organismo siente placer ante la satisfacción de una necesidad.

**Post contacto.** En esta etapa se integra la experiencia del contacto, la necesidad satisfecha y el regreso al estado de reposo, se asimila la experiencia previa de lo que es necesario y se desplaza lo que no es viable. Se inicia la desenergetización y se busca un reposo y equilibrio para que emerja otra figura o necesidad (Salama, 1992).

Cuando se cierra la satisfacción de la necesidad se vuelve al punto de inicio, también llamado *indiferenciación creativa*, lo que indica que la persona está lista para vivir una nueva experiencia.

**Figura 2**

***Fases del Ciclo de la Experiencia Gestalt***



Nota. La presente figura representa las diferentes fases o etapas que componen el ciclo de la Experiencia Gestalt. De: Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. 3ª ed. México: Ed. Alfaomega.

### 2.2.3.3 Bloqueos en las fases del ciclo de experiencia Gestalt.

Estos bloqueos implican una elevada presencia de autointerrupciones en uno o varios procesos que forman parte del recorrido de la energía psicofisiológica, donde se evita el contacto con el ente para satisfacer una necesidad (Salama, 2002).

Cuando sucede una autointerrupción en el proceso de satisfacción de las necesidades, la energía queda acumulada, la cual luego se transforma en síntomas de malestar a nivel psíquico y orgánico (Salas, 2017). Cuando existen bloqueos continuos se construyen mecanismos de defensa, así, cuando los esfuerzos de la persona no traen los resultados deseados y a la vez existen molestos sentimientos, disminuye la plena interacción con su medio ambiente (Salama, 1992).

En síntesis, se considera que el bloqueo en las fases del ciclo de la experiencia Gestalt, se hace presente en la persona cuando existe una perturbación con la realidad, lo cual corresponde a experiencias no procesadas o traumas, que con frecuencia se activan manifestando conductas inconscientes.

A continuación, se presentan los bloqueos en cada fase del ciclo de la experiencia Gestalt, según Salama (2002):

***Retención.*** Este bloqueo se encuentra localizado en la fase de sensación y su objetivo es impedir disfrutar plenamente cada momento natural de la vida.

***Desensibilización.*** Se da cuando la persona evita conectar con su sensibilidad y trata de no sentir, por lo que encontrará dificultad para expresar sus emociones.

***Proyección.*** Se da cuando la persona no puede identificar sus necesidades y busca responsabilizar a otros de sus problemas (Perls, 2007).

***Introyección.*** Tiene que ver con la incorporación de creencias e ideas que no son propias de la persona, pero no es consciente del por qué los hace suyos.

### **Figura 3.**

#### ***Bloqueos en las fases del ciclo de la experiencia Gestalt***



Nota. La presente figura representa los bloques correspondientes a cada fase en el ciclo de la Experiencia Gestalt. De: Salama, H. (2002). Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología. 3ª ed. México: Ed. Alfaomega.

**Retroflexión.** Se encuentra en la fase de la acción. Se presenta cuando la persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacerle a los demás. Va ligada a la energía agresiva.

**Deflexión.** Se presenta cuando la persona evita enfrentar y dirige su energía a objetos o individuos que no son significativos o alternativos (Naranjo, 2012).

**Confluencia.** Ocurre cuando la persona se involucra demasiado con algo o alguien que no percibe límite entre él y el ambiente que lo rodea (Salama, 1992).

**Fijación.** Tiene que ver con la insuficiencia para ser flexible, por lo cual la persona puede ser muy rígido en sus patrones de conducta.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

En el presente capítulo se plasman la formulación de hipótesis y la identificación de las variables correspondientes.

#### **3.1 Formulación de hipótesis**

Dentro de la formulación de hipótesis se considera las hipótesis generales y las hipótesis específicas.

##### **3.1.1 Hipótesis generales**

H<sub>G1</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la autorregulación organísmica en padres de hijos que tienen el diagnóstico de TEA de Trujillo.

H<sub>G2</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo.

H<sub>G3</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas en la autorregulación organísmica entre padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo.



### 3.1.2 Hipótesis específicas

- H<sub>1</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de retención para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>2</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de desensibilización para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>3</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de proyección para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>4</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y bloqueo de introyección para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>5</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de retroflexión para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>6</sub>: La ansiedad como estado se relaciona significativamente con el bloqueo de deflexión para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>7</sub>: La ansiedad como estado se relaciona significativamente con el bloqueo de confluencia para la **autorregulación** organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>8</sub>: La ansiedad como estado se relaciona significativamente con el bloqueo de fijación para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>9</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de retención para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.
- H<sub>10</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de desensibilización para la autorregulación organísmica en padres de la muestra de estudio.

estudio.

H<sub>11</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de proyección para la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.

H<sub>12</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de introyección para la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.

H<sub>13</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de retroflexión para la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.

H<sub>14</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de deflexión para la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.

H<sub>15</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de confluencia para la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.

H<sub>16</sub>: La ansiedad como rasgo se relaciona significativamente con el bloqueo de fijación para la autorregulación orgánica en padres de la muestra de estudio.

H<sub>17</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto de la ansiedad como estado.

H<sub>18</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto de la ansiedad como rasgo.

H<sub>19</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de retención para la autorregulación orgánica.

H<sub>20</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de desensibilización para la autorregulación orgánica.

H<sub>21</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de proyección para la autorregulación orgánica.

H<sub>22</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de introyección para la autorregulación orgánica.

H<sub>23</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de retroflexión para la autorregulación orgánica.

H<sub>24</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de deflexión para la autorregulación orgánica.

H<sub>25</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de confluencia para la autorregulación orgánica.

H<sub>26</sub>: Los padres de los dos grupos de estudio, difieren significativamente respecto del bloqueo de fijación para la autorregulación orgánica.

### **3.2 Definición de variables**

A continuación, se definen las variables de estudio, tanto a nivel conceptual como operacional.

#### **3.2.1 Ansiedad**

*Definición conceptual:* Es un estado emocional desagradable, frecuente o transitorio, donde se experimenta aumento de pensamientos irracionales y actividad del sistema nervioso autónomo. También es considerada como una emoción angustiosa que va enlazada con la personalidad y factores del ambiente, la cual se siente por una expectación negativa del futuro por no estar a la altura de la exigencia (Aznar y Berlanga, 2005).

*Definición operacional:* Medida o cuantificada a través del IDARE, inventario que mide la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado (ver anexo F).

#### **3.2.2 Autorregulación orgánica**

*Definición conceptual:* También se le define como *ciclo de la experiencia*, en el que la satisfacción de necesidades lleva a la persona a disfrutar de la vida y mantenerla en equilibrio, así, cuando esta necesidad es desatendida el organismo pierde equilibrio y termina presentando un bloqueo en el ciclo de la experiencia (Salama, 2002).

*Definición operacional:* Medida o cuantificada a través del TPG, test que mide los bloqueos en la autorregulación orgánica, que son: retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación (ver anexo G).

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

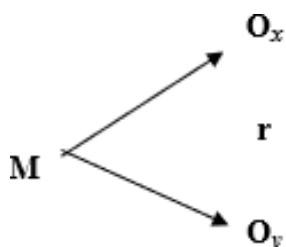
En el presente capítulo se presentan el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos de evaluación, así también el procedimiento para la recolección de datos y por último, las técnicas de procesamiento estadístico.

#### 4.1. Tipo y Diseño de Investigación

Según el objeto de estudio, el tipo de investigación de la presente investigación es *básico*, porque parte de un tema específico y busca aumentar el conocimiento que se tiene de ese tema (Sánchez y Reyes, 2015). En este sentido, la presente investigación busca recoger datos de la realidad basados en un tema para conocerla mejor, así también a través de los resultados amplía los conocimientos sobre dicho tema.

En cuanto al diseño de investigación, en primer lugar, es correlacional (Hernández et al., 2014), pues tiene como fin establecer y analizar la relación entre dos o más variables. En este caso, se busca determinar la relación entre la ansiedad y los bloqueos en la autorregulación organísmica.

Donde:



M: padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA.

Ox: Observación de la ansiedad

Oy: Observación de la autorregulación organísmica

r : Relación

En segundo lugar, se ha aplicado el diseño de investigación descriptivo-comparativa, porque pretende describir y comparar hechos establecidos. En este caso, la presente investigación tiene como objetivo describir y comparar dos grupos de la muestra conformada por padres que tienen hijos con y sin TEA.

$$M_1 \longrightarrow O_1$$

$$M_2 \longrightarrow O_2$$

Donde:

M<sub>1</sub>: Muestra de padres cuyos hijos tienen el diagnóstico de TEA

M<sub>2</sub>: Muestra de padres cuyos hijos no tienen el diagnóstico de TEA

O<sub>1</sub>: Observación de la ansiedad / autorregulación orgánica de M<sub>1</sub>

O<sub>2</sub>: Observación de la ansiedad / autorregulación orgánica de M<sub>2</sub>

#### 4.2. Población y Muestra

La *unidad de análisis* del presente estudio la constituyen los padres de niños que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, sin embargo, debido a que en un segundo momento de la investigación se pretende conocer las diferencias que pueden existir entre este grupo y los padres con hijos que no han sido diagnosticados con TEA, es que se considera la participación de este segundo grupo de padres.

En este sentido, la *población* se encuentra integrada por padres y madres de niños con edades entre los 4 y 10 años con diagnóstico de TEA, de la ciudad de Trujillo. En el Registro nacional de la persona con discapacidad, que está bajo la responsabilidad del CONADIS (2018), se plantea que, en los últimos meses del año 2018, se encontraban inscritas 219 249 personas en dicho registro, de ellas, 4 528 contaban con un diagnóstico de TEA, lo que equivale al 2.06 % del total de inscritos.

De este grupo, el CONADIS (2018) refiere que 3 663 personas son varones y 865 son mujeres (80.9 % y 19.1 % respectivamente). La mayor concentración de inscripciones según el domicilio declarado se realiza en Lima Metropolitana (2839

registros, 62.7 %) y en el departamento de La Libertad (252 registros, 5.6 %). En total, el 2.4 % tienen entre 3 y 5 años de edad y el 44.8 % tienen entre 6 y 11 años de edad.

Además, se considera la participación de padres y madres de niños cuyas edades van de los 4 a los 10 años, sin diagnóstico TEA, residentes en la ciudad de Trujillo y que son familiares y/o amigos de los padres de hijos diagnosticados con TEA.

Los participantes fueron seleccionados aplicando los criterios propios de un *muestreo no probabilístico intencional*, el cual tiene como base el juicio del investigador (Bolaños, 2012) donde el investigador selecciona a los sujetos que considera apropiados para el estudio, estableciendo previamente las características específicas a cumplir cada uno de los elementos muestrales.

Para fines de la presente investigación, se contó con el apoyo de 160 padres con hijos de edades entre los 4 y 10 años (70 padres con hijos con diagnóstico TEA y 90 padres con hijos que no presentan diagnóstico TEA) que participaban de las actividades de diferentes centros psicológicos públicos y privados de la región La Libertad, ciudad de Trujillo.

Para la determinación de padres cuyos niños tienen o no el diagnóstico de TEA se elaboró una ficha de datos sociodemográfica (Anexo A y B), mediante la cual también se pudo conocer si existen padres diagnosticados con algún tipo de ansiedad. Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

***Criterios de inclusión de padres de hijos con diagnóstico de TEA***

- Padres que tienen hijos con edades entre los 4 y 10 años.
- Padres que tienen hijos con diagnóstico TEA.
- Padres de la ciudad de Trujillo, departamento La Libertad.
- Niños con diagnóstico TEA pertenecientes a un CEBE y/o centro psicológico especializado en TEA.

***Criterios de inclusión de padres de hijos sin diagnóstico de TEA***

- Padres que tienen hijos con edades entre los 4 y 10 años.
- Padres de hijos sin diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo.
- Padres de la ciudad de Trujillo, departamento La Libertad.

***Criterios de exclusión de padres de hijos con diagnóstico de TEA***

- Padres que tienen hijos con características de TEA sin diagnóstico establecido.
- Padres con hijos con TEA menores de 4 años y mayores de 10 años.
- Padres que se encuentran en Trujillo de manera ocasional.
- Padres que tienen niños con otros diagnósticos del neurodesarrollo.

***Criterios de exclusión de padres de hijos sin diagnóstico de TEA***

- Padres con hijos menores de 4 años y mayores de 10 años.
- Padres que se encuentran en Trujillo de manera ocasional.
- Padres que tienen niños con otros diagnósticos del neurodesarrollo.

En cuanto a las características de los participantes de la presente investigación, se observa en la tabla 1 que del total de participantes (160 padres y madres de familia), el 44 % (70 participantes) son padres y madres de niños con TEA y el 56 % (90 participantes) son padres y madres de niños sin TEA. Si bien se observa un mayor número de participantes de padres y madres de niños sin TEA, el porcentaje de ambos grupos se encuentra alrededor del 50 %, lo cual permite que se pueda realizar un análisis estadístico comparativo entre ambos grupos.

Otro dato que también resalta en la tabla 1, es que el 79 % de los participantes son madres de familia, pues en su mayoría, reportan que son ellas las que acompañan a sus hijos, de forma más frecuente, en las diversas actividades que participan, entre ellas, las terapias, actividades escolares, actividades recreativas, etc.



**Tabla 1***Distribución de la muestra por sexo*

	Cuidadores de niños con TEA	Cuidadores de niños sin TEA	Total
Padres	13 (8 %)	20 (13 %)	33 (20 1%)
Madres	57 (36 %)	70 (44 %)	127 (79 %)
Total	70 (44 %)	90 (56 %)	160 (100 %)

En la tabla 2 se presenta la distribución de la muestra según edad de los padres y de los hijos. De un total de 160 participantes, se observa que ligeramente, la mayoría de ellos (el 56% que equivale a 90 cuidadores) tienen hijos entre los 7 y 10 años de edad y los demás participantes (el 44 % que equivale a 70 cuidadores) tienen hijos entre los 4 y 6 años de edad.

En cuanto a la edad de los cuidadores de los niños, se observa que en ambos grupos (con y sin hijos con TEA) se cuenta con la participación mayoritaria de padres con edades entre los 24 y 33 años (30 cuidadores de niños con TEA y 53 cuidadores de niños sin TEA). Caso contrario, entre los participantes se cuenta con 8 padres cuyos hijos tienen diagnóstico de TEA y 13 padres cuyos hijos no tienen diagnóstico de TEA cuyas edades se encuentran entre los 43 y 51 años, conformando el grupo con menor cantidad de participantes según la edad de los cuidadores.

**Tabla 2*****Distribución de la muestra según edad de los padres y de los hijos***

Cuidadores primarios		Edad de los hijos		Total
		4 – 6	7 – 10	
Padres con hijos con TEA	24 – 33	16 (10 %)	16 (10 %)	30 (20 %)
	34 – 42	12 (8 %)	15 (9 %)	27 (17 %)
	43 – 51	2 (1 %)	6 (4 %)	8 (5 %)
Padres con hijos sin TEA	24 – 33	30 (19 %)	21 (13 %)	53 (32 %)
	34 – 42	7 (4 %)	22 (14 %)	29 (18 %)
	43 – 51	3 (2 %)	10 (6 %)	13 (8 %)
TOTAL		70 (44 %)	90 (56 %)	160 (100 %)

En la tabla 3 se presenta la distribución de la muestra según condición laboral y nivel de instrucción de los padres. De un total de 160 participantes, se observa que ligeramente, la mayoría de ellos (73 % que equivale a 117 cuidadores) cuentan con un trabajo donde reciben salario, y los demás participantes (27 % que equivale a 43 cuidadores) no cuentan con un trabajo, por lo cual no reciben salario.

En cuanto al nivel de instrucción de los padres, se observa que en ambos grupos (con y sin hijos con TEA) se cuenta con la participación mayoritaria de padres que tienen estudios de nivel superior universitario completo (30 cuidadores de niños con TEA y 45 cuidadores de niños sin TEA). Caso contrario, entre los participantes se cuenta con 6 padres con hijos sin diagnóstico de TEA que tienen nivel de instrucción secundaria incompleta, conformando el grupo con menor cantidad de participantes según el nivel de instrucción de los padres.

**Tabla 3*****Distribución de la muestra según condición laboral y nivel de instrucción***

		Padres con hijos con TEA	Padres con hijos sin TEA	Total
<i>Condición laboral</i>	Asalariado	49 (31 %)	68 (42 %)	117 (73 %)
	No Asalariado	21 (13 %)	22 (14 %)	43 (27 %)
	Total	70 (44 %)	90 (56 %)	160 (100 %)
<i>Nivel de instrucción</i>	Secundaria completa	14 (9 %)	14 (9 %)	28 (18 %)
	Secundaria incompleta	0 (0 %)	6 (4 %)	6 (4 %)
	Superior técnico completo	14 (9 %)	17 (11 %)	31 (19 %)
	Superior técnico incompleto	5 (3 %)	2 (1 %)	7 (4 %)
	Superior univ. completo	30 (19 %)	45 (28 %)	75 (47 %)
	Superior univ. incompleto	7 (4 %)	6 (4 %)	13 (8 %)
	Total	70 (44 %)	90 (56 %)	160 (100%)

**4.3. Instrumentos de medición**

En el presente estudio se han utilizado dos instrumentos, cuyas características se presentan a continuación.

**4.3.1. Inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE)****a. Ficha técnica.**

**Nombre Original:** State – Trait Anxiety Inventory – (STAI)

**Autores:** C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R.E. Lushene.

**Adaptación a español:** C. D. Spielberger y R. Díaz- Guerrero

**País:** México

**Año:** 1970

**Escalas:** ansiedad – estado / ansiedad – rasgo

**Forma de aplicación:** Individual y colectiva

**Duración de aplicación:** Sin límite de tiempo.

**Ámbito de aplicación:** Adolescentes y adultos.

**b. Descripción del instrumento.**

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (de nombre original State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) fue elaborado por Spielberger, Gorsuch & Lushene (1990) y adaptado para diversos grupos, en diferentes contextos nacionales e internacionales, alrededor de 60 veces (Buela-Casal et al., 2011), es más, como señalan Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2015), este instrumento ha sido utilizado aproximadamente en 14 mil estudios. De esta forma, se demostró que el STAI es un instrumento psicométrico que cuenta con parámetros de medición consistentes y estables que, además, tiene evidencias suficientes de su validez, basada en el establecimiento de relaciones con otras pruebas o instrumentos psicológicos, obtenidos en España y en otros países latinoamericanos (García-Batista et al., 2017).

En el 2002, Spielberger y Díaz-Guerrero adaptaron el STAI para las personas adultas de países latinoamericanos. Producto de esta adaptación, el nombre del instrumento varió a Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), el que ha sido utilizado para medir la ansiedad en distintos contextos. Respecto al análisis psicométrico del inventario, las investigaciones han arrojado resultados adecuados de validez y confiabilidad (Rojas-Carrasco, 2010) y se ha confirmado la estructura factorial propuesta por los autores de la prueba original.

Está constituido por dos escalas: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, es de tipo Likert y consta de 40 ítems (20 ítems por escala). La escala de ansiedad-estado cuenta con 10 ítems negativos, en tanto que la escala ansiedad-rasgo tiene 7 ítems negativos. La calificación consiste en 4 categorías (del 1 al 4), que, en el caso de la medición de la ansiedad como estado, el menor puntaje significa No en absoluto, y el más alto puntaje significa mucho; mientras que en la escala que mide la ansiedad como rasgo, los valores van del Casi nunca al Casi siempre. Para ambas escalas el puntaje mínimo es 20 y el máximo es 80 (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2002).

Para Spielberger y Díaz-Guerrero (2002), la ansiedad-estado es definida como un estado emocional de carácter transitorio y se caracteriza por la aprensión y tensión

percibida conscientemente por la persona, así como por incremento de la actividad que ejecuta el sistema nervioso autónomo. En cambio, para los mismos autores, la ansiedad-rasgo se relaciona a las características de la ansiedad que se da por las diferencias individuales, puede ser estable, pero expresarse de diferentes formas, de acuerdo a la respuesta de la persona en situaciones difíciles. Esto, por consiguiente, permite elevar la ansiedad – estado. Finalmente, estos autores también señalan que la ansiedad- estado puede variar en ímpetu y modificarse a través del tiempo.

### c. **Análisis psicométrico del instrumento**

Esta escala ha sido sometida a validación tanto por los autores originales como en las diferentes adaptaciones realizadas en distintos contextos sociales y para poblaciones variadas.

*Análisis psicométrico del instrumento original.* Spielberger et al. (citados en Spielberger y Díaz-Guerrero, 2002), demostraron la existencia de indicadores de validez concurrente de la escala Ansiedad-Rasgo al relacionarla con las siguientes pruebas: Escala de Ansiedad IPAT, la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor y la Lista de Adjetivos Afectivos de Zuckerman (AACL), en más de 977 universitarios de la Universidad Estatal de Florida. En cuanto a la escala de Ansiedad-Estado, los autores encontraron una relación biserial en los estudiantes de la misma universidad.

Para encontrar el nivel de confiabilidad del instrumento IDARE, Spielberger y Díaz-Guerrero (2002) utilizaron el método test-retest en una muestra de universitarios no graduados (mujeres = 109 y varones = 88). En la escala de A – Estado, la correlación encontrada entre la primera aplicación y la segunda (luego de una hora) fue adecuada, lo mismo que en la ansiedad-rasgo, pues bajo la misma metodología, la correlación hallada entre la primera y segunda aplicación fue adecuada.

En este mismo estudio, Spielberger y Díaz-Guerrero (2002) reportan que realizaron el análisis de consistencia interna del IDARE, con una muestra de 3 268 universitarios. Encontraron que las escalas de A–Rasgo y A-Estado, alcanzaron valores alfa de Cronbach aceptables, en grupos de varones y mujeres.

*Análisis psicométrico del instrumento adaptado para el presente estudio.* Este instrumento ha sido adaptado previamente para esta población (Bazán, 2021). Se contó

con la participación de 24 padres y 96 madres de niños cuyas edades se encuentran entre los 4 y 10 años, de la ciudad de Trujillo.

En la adaptación del instrumento (Bazán, 2021), se siguieron las siguientes etapas: primero se encontraron las evidencias de la validez de contenido a través del juicio de expertos, para luego encontrar las evidencias de la validez de constructo y la fiabilidad del inventario por medio del coeficiente Alfa de Cronbach.

En cuanto a los resultados de la validez de contenido a través del juicio de expertos, se demostró que los 20 ítems de la escala A-Rasgo alcanzaron coeficientes  $V_{Aiken}$  desde .85 a 1 en el criterio de claridad; .81 a 1 en el criterio de coherencia; y .78 a .96 en el criterio de relevancia. Según el criterio supuesto por Escurra (1988), estos valores son estadísticamente significativos. En la escala de A-Estado, los 20 ítems reportaron valores que verifican los criterios de claridad con coeficientes  $V_{Aiken}$  de .89 a 1, en coherencia de .81 hasta 1 y en relevancia de .81 hasta 1.

Con las evidencias de validez del contenido, se pasó a explorar la estructura del IDARE. El método utilizado para conseguir las medidas de estructura fue el de Mínimos Cuadrados no Ponderados. En los resultados se encontró que el ajuste fue de:  $\chi^2(739) = 12.73.98$ , con una ratio de verosimilitud de 1.72; RSMEA = .079 (IC 95% = .072 - .087); SRME = .10; CFI = .99 y TLI = .99.

El IDARE muestra un ajuste en su modelo bidimensional (A-Rasgo y A-Estado) entre los datos empíricos y el modelo hipotético ( $\chi^2/ gl = 1.72$ ; RSMEA = .079 [IC 95 % = .072 - .087]; SRMR = .10; CFI = .99 y TLI = .99), con ítems que son pertinentes en la medida de cada dimensión ( $\lambda > .40$ ); con excepción de 3 ítems. Finalmente, ambas dimensiones demostraron ser consistentes, al obtener valores que se encuentran dentro de los parámetros aceptables ( $\omega > .70$ ).

#### 4.3.2 Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG)

##### a. Ficha técnica.

**Nombre Original:** Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG)

**Autor:** Héctor Salama Penhos

**País:** México

**Año:** 1992

**Dimensiones:** Retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación.

**Administración:** Individual y colectiva

**Duración:** Sin límite de tiempo.

**Ámbito de aplicación:** A partir de los 12 años.

#### **b. Descripción del instrumento.**

El instrumento está constituido por 40 reactivos los cuales tienen dos opciones de respuesta: SÍ y NO. El evaluado debe contestar de acuerdo con lo que considera repetitivo en su diario vivir, concerniente a un área puntual en su vida actual.

El TPG es una escala numérica que se encuentra distribuido por cinco grupos de respuestas, en el que se considera con puntaje nulo la quinta respuesta. Es por ello que se tienen en cuenta como válidos solo 32 reactivos, los cuales se encuentran distribuidos de manera aleatoria y tienen que ver con los ocho bloqueos del ciclo de la experiencia Gestalt: retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación. La interpretación del resultado de cada bloqueo es el siguiente:

***Retención.*** Mide el impedimento de la fluidez natural de cada vivencia y evita la adherencia de una situación experimentada.

***Desensibilización.*** Mide la negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente.

***Proyección.*** Mide la atribución que el individuo hace a un ente externo lo que es propio de él.

***Introyección.*** Mide la incorporación de actitudes, ideas y creencias que no son del individuo, pero las considera como propias.

***Retroflexión.*** Mide lo que la persona hace a los demás y lo que le gustaría que le

hagan a él.

***Deflexión.*** Mide la evitación de la persona para enfrentar diversas situaciones, por lo que suele somatizar algunos problemas.

***Confluencia.*** Mide la confusión de la persona con relación a las fronteras del ambiente en el que se desenvuelve.

***Fijación.*** Mide la rigidez de la persona en sus patrones de conducta y la adherencia a contactos difíciles de desligarse.

### **c. Análisis psicométrico del instrumento.**

El TPG es un instrumento que incorpora elementos del enfoque Gestalt, el que se interesa más por el proceso que por el contenido, por lo cual se dirige al estudio de actitudes monótonas de la persona ligado a un aspecto específico en su vida, así también se caracteriza por su expedita evaluación completa de las actitudes humanas, por lo cual se constituye en una prueba que permite evaluar el momento presente de la persona.

Los reactivos del TPG buscan identificar en qué fase del ciclo de la experiencia (autorregulación orgánica) se encuentra interrumpida la experiencia de la persona con el fin de brindar abordaje terapéutico adecuado. El enfoque Gestalt se centra en la experiencia, la cual no significa que este en una posición contraria a la ciencia o a los aspectos teóricos de la disciplina psicológica.

El estudio que permitió la construcción del TPG se realizó bajo los parámetros de una investigación exploratoria–descriptiva de tipo correlacional, cuyo diseño fue el ex–post–facto (Salama, 2002). La muestra considerada por Salama estuvo conformada por 1000 participantes de 14 a 64 años, varones y mujeres del Distrito Federal de la ciudad de México.

La construcción de este instrumento facilitó el conocimiento de la existencia de una serie de bloqueos aceptados por los teóricos de la Psicoterapia Gestalt y que se localizan dentro del ciclo de la experiencia Gestalt (Salama, 2002). Así quedó demostrado que el TPG cuenta con características básicas como realismo, significancia, fuerzas de variables, orientación de la teoría y cualidad heurística, las que fueron propuestas por Kerlinger y Lee (1981), reflejando así el verdadero contenido de la información y



permitiendo la aplicación del instrumento.

A través del índice Kappa, Salama (2002) estimó el grado de exactitud y la existencia o inexistencia de alguna patología. Este índice, según Salama, plasma la precisión de “las respuestas esperadas y los datos de las posibles respuestas sobre la exactitud máxima” (p. 125). El TPG presenta un índice de exactitud (Kappa) de 96 %, cuyo coeficiente del error estándar se encuentra a la par de los puntajes de cada serie y la conexión del índice es de 1.96, Estos datos permiten demostrar la validez de la prueba.

El TPG de Salama (2002) fue comparado con diferentes instrumentos psicométricos como la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS), el Inventario de ansiedad: rasgo - estado (IDARE) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), por lo que se obtuvo los siguientes resultados: Sensibilidad (78.7%), especificidad (91%), confiabilidad (93%), validez (92%) y exactitud (93%).

**d. *Análisis psicométrico del instrumento adaptado para el presente estudio.***

Para la presente investigación se realizó la adaptación del instrumento TPG, recogiendo diferentes evidencias de su validez.

Las evidencias de la validez de contenido se recogieron a través del criterio de expertos. Se contó con la participación de nueve psicólogos clínicos (cuatro de ellos tenían una formación en psicoterapia Gestalt y los otros, no) que analizaron la prueba de forma independiente, evaluando la claridad, coherencia y relevancia de los ítems del instrumento. Propusieron algunas modificaciones como, por ejemplo: el ítem 1 que dice “Yo soy insensible” por “soy insensible”, el ítem 11 que dice “Debo evitar mostrar mi enojo” por “Siento que debo evitar mostrar mi enojo”, y el ítem 12 que dice “Me abstengo de discutir” por “Evito discutir”, entre otras adaptaciones.

Se utilizó la prueba el coeficiente V de Aiken donde se reportaron coeficientes desde .81 a 1 en el criterio de claridad, .70 a 1 en coherencia y .74 a 1 en el criterio de relevancia. Estos valores, según Escurra (1988), resultan estadísticamente significativos (coeficientes V de Aiken por encima de .77 para 9 expertos). En consecuencia, se consideró que los ítems cumplen los tres criterios estudiados, es decir, los ítems son claros, coherentes y relevantes.

Además, como sugieren Prieto y Delgado (2010) se analizó la pertinencia y

precisión de los ítems a través del análisis de los procesos de respuesta al TPG. Se contó con la participación de tres madres de familia (dos de ellas tenían un hijo con TEA y la tercera, no), quienes realizaron una explicación sobre qué entendían y cómo interpretaban cada ítem, de tal forma que se pudo constatar que la respuesta al ítem requería del análisis y reflexión sobre su manejo personal relacionado a los indicadores del bloqueo que se pretendía evaluar con dicho ítem.

Posteriormente, se procedió a recoger las evidencias de la validez de la estructura interna del test. El modelo original del TPG está compuesto por 8 factores (retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación), los cuales agrupan cuatro ítems cada factor. Tal modelo, al someter a revisión de validez estructural por medio del método de Mínimos Cuadrados no Ponderados, se obtuvieron los resultados apreciados en la tabla 4:  $X^2 (443) = 752.88$ , con una ratio de verosimilitud de 1.70; RSMEA = .078 (IC 95% = .068 - .087); SRMR = .099; CFI = .985 y TLI = .983. Valores que evidencian el cumplimiento del ajuste por parte del modelo empírico y el modelo teórico hipotetizado con la distribución de ítems señalado al inicio del párrafo.

**Tabla 4**

*Índices de bondad de ajuste*

Modelo	$X^2$	Gl	$X^2/gl$	RSMEA (IC 90 %)	SRMR	CFI	TLI
Original	752.88	443	1.70	.078 (.068 - .087)	.099	.985	.983

Nota:  $x^2$ : Chi cuadrado; gl: grados de libertad;  $x^2/gl$ : ratio de verosimilitud; RSMEA: Error cuadrático medio de aproximación por grado de libertad; SRMR: raíz cuadrada de la media de residuos cuadrados; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice de Tukey-Lewis.

**Tabla 5*****Cargas factoriales del Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG***

Factor / ítem	$\Lambda$	Factor / ítem	$\Lambda$
Retención		Retroflexión	
9	.81	4	.73
16	.74	17	.75
28	.73	27	.51
37	.69	38	.62
Desensibilización		Deflexión	
1	.81	3	.71
18	.75	12	.81
26	.39	24	.62
36	.61	34	.25
Proyección		Confluencia	
8	.80	6	.91
19	.78	13	.79
29	.68	22	.44
39	-.07	31	.11
Introyección		Fijación	
2	.77	7	.75
11	.75	14	.86
21	.80	23	.73
33	.82	32	.76

**Nota:**  $\lambda$ : Carga factorial.

Referente a la representatividad de los ítems del TPG y sus factores, 30 ítems demostraron valores idóneos sobre el aspecto referido, según las cargas factoriales reportadas en la tabla 5. Así, por ejemplo, en el factor retención se alcanzaron cargas factoriales de entre .69 a .81; en el factor desensibilización las cargas fueron de .39 a .81; en el factor proyección de .68 a .80, siendo la excepción el ítem 39 por obtener carga factorial negativa de -.07; en el factor introyección se obtuvieron cargas de .75 a .82; en el factor retroflexión de .51 a .75; en el factor deflexión de .25 a .75, siendo el valor menor en el ítem 34, que aún por debajo del valor referencial de .30, lo que puede justificarse a partir de la significancia estadística. En el factor confluencia se obtuvieron cargas de .44

a .91, con la excepción del ítem 31 que obtuvo carga de .11. Finalmente, el factor fijación reportó cargas factoriales de .75 a .86.

Referente a la fiabilidad (tabla 6), seis de los ocho factores que forman parte del TPG reportaron valores de consistencia con indicadores aceptables ( $\omega \geq .65$ ). Tales factores fueron: retención, desensibilización, introyección, retroflexión, deflexión y fijación. Los valores de fiabilidad altos fueron de .65 a .84, mientras que, dos factores (proyección y confluencia), por mínimas diferencias no alcanzaron el valor mínimo permitido, siendo el valor obtenido el .64 para ambos factores.

**Tabla 6**

***Fiabilidad del Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG***

Factor	$\Omega$
Retención	.84
Desensibilización	.65
Proyección	.64
Introyección	.81
Retroflexión	.75
Deflexión	.65
Confluencia	.64
Fijación	.80

**Nota:**  $\Omega$ : Coeficiente de confiabilidad omega.

#### **4.4. Procedimiento para la recolección de datos**

La recolección de datos se realizó desde octubre del 2020 hasta enero del 2021, periodo en el que se desarrolló la pandemia del COVID-19 en el Perú. Debido al confinamiento social, la recolección de los datos se realizó a través de formularios online. Para ello se estableció contacto con los directores de algunos centros psicológicos y CEBEs donde atienden casos de TEA en la ciudad de Trujillo, para explicar el proceso y objetivo de la investigación. Luego, los directores se contactaron con los padres explicando en qué consistía la investigación y solicitando el permiso para facilitar algún número de contacto y/o red social a la investigadora.

Después, se estableció comunicación con los padres a través de llamadas telefónicas y/o mensajes por las redes sociales, y se compartió el enlace del formulario en el que, como primer punto, llenaban el consentimiento informado para luego continuar con el llenado del inventario.

#### **4.5. Técnicas de procesamiento estadístico**

El análisis estadístico se ejecutó en el programa SPSS. Inicialmente se llevó a cabo el análisis descriptivo de las variables y sus dimensiones para lo cual se utilizaron estadísticos como: media, desviación estándar, puntaje mínimo y puntaje máximo. Luego, una vez descritas las variables se realizó la prueba de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, aplicable a muestras cuyos tamaños son mayores a 50 , la misma que se interpretó a partir de la prueba de significancia estadística.

Luego se realizó el estudio de las correlaciones entre ambas variables, utilizándose el coeficiente de correlación de Spearman y el coeficiente Tau de Kendall, ambos clasificados como estadísticos no paramétricos a razón de no haber encontrado normalidad en las puntuaciones de las correlaciones.

Finalmente, el análisis de la comparación de las puntuaciones entre padres cuyos hijos tienen diagnóstico de TEA y padres con hijos que no tienen diagnóstico de TEA, tanto de la ansiedad como de la autorregulación organísmica, también se llevó a cabo utilizando estadísticos no paramétricos dada la no normalidad de las puntuaciones, siendo el estadístico seleccionado la prueba U de Mann Whitney y, para encontrar el tamaño del efecto se utilizó la prueba Hedges (g).

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se brindan los resultados de corte descriptivo de la investigación, luego se presentan los resultados de la contrastación de hipótesis encontrados, para finalmente plantear la discusión correspondiente.

#### 5.1 Resultados

##### 5.1.1 Análisis descriptivo

El análisis descriptivo de las variables de estudio se realiza tomando en consideración los estadísticos descriptivos como el valor mínimo (Mín), máximo (Máx), media (M) y desviación estándar (DE), del grupo de padres cuyos hijos tienen o no el diagnóstico de TEA.

**Tabla 7**

*Descriptivos de la ansiedad estado-rasgo en padres cuyos hijos tienen y no el diagnóstico de TEA – Trujillo*

Variables	Con TEA (n = 70)				Sin TEA (n = 90)			
	Mín	Máx	M	DE	Mín	Máx	M	DE
Ansiedad estado	21	61	45.4	8.69	20	74	39.5	11.30
Ansiedad rasgo	30	64	43.5	8.46	27	71	41.0	9.20

*Nota: M: Media; DE: Desviación estándar.*

Los padres cuyos hijos tienen el diagnóstico de TEA, según lo apreciado en la tabla 7, a nivel de ansiedad como estado alcanzaron puntuaciones que van en un rango de 21 a 61 puntos con una media de 45.4 y una desviación estándar de 8.69, y a nivel de

ansiedad como rasgo se presenta un rango de 30 a 64 puntos con una media de 43.5 y una desviación estándar de 8.46.

En tanto, los padres cuyos hijos no tienen diagnóstico de TEA, de acuerdo a la tabla 7, alcanzaron puntuaciones en la ansiedad-estado que van en un rango de 20 a 74 puntos, con una media de 39.5 y desviación estándar de 11.30 y a nivel ansiedad-rasgo se manifiesta un rango de 27 a 71, con media de 41 y desviación estándar de 9.20.

**Tabla 8**

***Descriptivos de la Autorregulación organísmica y sus bloqueos en padres cuyos hijos tienen y no el diagnóstico de TEA – Trujillo***

Variables	Con TEA (n = 70)				Sin TEA (n = 70)			
	Mín	Máx	M	DE	Mín	Máx	M	DE
<b><i>Autorregulación organísmica</i></b>	6	48	21.34	11.79	4	42	21.14	8.25
Retención	0	8	1.80	2.24	0	8	3.24	2.50
Desensibilización	0	6	2.00	2.26	0	6	1.47	1.79
Proyección	0	8	2.31	2.63	0	8	1.60	2.10
Introyección	0	8	3.57	2.07	0	8	3.33	1.97
Retroflexión	0	8	2.40	2.74	0	8	1.80	2.20
Deflexión	0	8	3.20	2.71	0	8	3.09	1.88
Confluencia	0	8	1.97	2.27	0	8	2.60	1.79
Fijación	0	8	4.09	1.93	0	8	4.01	1.65

**Nota:** M: Media; DE: Desviación estándar.

Los padres cuyos hijos tienen diagnóstico de TEA (tabla 8) alcanzaron puntuaciones en la prueba que mide la autorregulación organísmica que van en un rango de 6 a 48 puntos con una media de 21.34 y una desviación estándar de 11.79. En la misma tabla es posible apreciar el resumen de puntuaciones de las dimensiones retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación, observándose que en general en todos los bloqueos se obtienen puntajes min de 0 y en la mayoría el puntaje máximo es de 8. En cuanto a la media, el valor más bajo se obtiene en el bloqueo de retención (1.80) y el más alto se encuentra en el bloqueo de fijación (4.09). En cuanto a la desviación estándar, la menor desviación se encuentra en

el bloqueo de fijación (1.93) mientras que la mayor desviación estándar se encuentra en el bloqueo de retroflexión (2.74).

Por otro lado, los padres cuyos hijos no tienen diagnóstico de TEA (tabla 8) en la autorregulación orgánica alcanzaron puntuaciones que van en un rango de 4 a 42 puntos, media de 21.14 y desviación estándar de 8.25. En la misma tabla es posible apreciar el resumen de puntuaciones de las dimensiones retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación, y se observa que en todos los bloqueos se obtienen puntajes min de 0 y en la mayoría el puntaje máximo es de 8. En cuanto a la media, el valor más bajo se obtiene en el bloqueo de desensibilización (1.47) y el más alto se encuentra en el bloqueo de fijación (4.01). En cuanto a la desviación estándar, el menor valor se encuentra en el bloqueo de fijación (1.65) mientras que el mayor valor se encuentra en el bloqueo de retención (2.50).

### **5.1.2 *Contraste de hipótesis***

El contraste de hipótesis se realiza tomando en cuenta las hipótesis propuestas al inicio del presente estudio. Para su respectivo análisis, primero se presentan los resultados de la prueba de normalidad, luego los resultados de las correlaciones realizadas y finalmente, los resultados de las comparaciones.

#### **5.1.2.1 Prueba de normalidad**

Para conocer si los datos obtenidos tienen una distribución normal, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, cuyos resultados permitieron definir el tipo de estadístico a utilizar en la contrastación de las hipótesis.



**Tabla 9*****Prueba de normalidad de la ansiedad en padres cuyos hijos tienen y no diagnóstico de TEA – Trujillo***

Variables	Con TEA			Sin TEA		
	Z	Gl	P	Z	gl	p
Ansiedad – estado	.110	70	.035	.122	90	.002
Ansiedad – rasgo	.132	70	.004	.113	90	.007

**Nota:** Z: Estadístico; gl: grados de libertad; p: Prueba de significancia.

El análisis de la normalidad de las puntuaciones, en padres con hijos con diagnóstico de *TEA*, estimada por la prueba de Kolmogorov-Smirnov señala que la variable *ansiedad* demuestra, tanto a nivel de la ansiedad - estado como de la ansiedad - rasgo, que tiene una distribución que no se ajusta a la curva normal ( $p < .05$ ). Los resultados obtenidos al analizar la ansiedad - estado y ansiedad - rasgo en el grupo de padres con hijos sin diagnóstico de *TEA* son similares, es decir no tienen una distribución normal.

**Tabla 10*****Prueba de normalidad de la autorregulación organísmica en padres de niños con y sin TEA – Trujillo***

Variables	Con TEA			Sin TEA		
	Z	gl	P	Z	gl	P
<b><i>Autorregulación organísmica</i></b>						
Retención	.304	70	.000	.202	90	.000
Desensibilización	.298	70	.000	.304	90	.000
Proyección	.248	70	.000	.299	90	.000
Introyección	.204	70	.000	.211	90	.000
Retroflexión	.238	70	.000	.260	90	.000
Deflexión	.257	70	.000	.297	90	.000
Confluencia	.293	70	.000	.265	90	.000
Fijación	.168	70	.000	.242	90	.000

**Nota:** Z: Estadístico; gl: grados de libertad; p: Prueba de significancia.

En el grupo de padres con hijos que tienen y no el diagnóstico de TEA, el análisis de la normalidad de las puntuaciones (tabla 10), estimada por la prueba de Kolmogorov-Smirnov señala que: la autorregulación orgánica con sus dimensiones retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación reportaron puntuaciones que no se distribuyen normalmente ( $p < .05$ ).

### 5.1.2.2 Análisis correlacional

Para realizar la contrastación de las hipótesis de correlación, teniendo en cuenta que no existe evidencia de una distribución normal de los datos, es que se aplican estadísticos no paramétricos, que en este caso corresponde a la  $r$  de Spearman. Además, para encontrar la concordancia de las puntuaciones se utiliza el coeficiente Tau de Kendall (Tau).

**Tabla 11**

*Correlación entre la ansiedad - estado y los bloqueos de autorregulación orgánica en padres con hijos con TEA – Trujillo.*

Bloqueos de la autorregulación orgánica	Ansiedad – estado			
	$r_s$	$p$	Tau	$P$
Retención	.072	.554	.066	.483
Desensibilización	.366	.002	.308	.001
Proyección	.360	.002	.261	.005
Introyección	.322	.007	.246	.008
Retroflexión	.297	.012	.228	.014
Deflexión	.038	.753	.021	.821
Confluencia	.202	.094	.145	.121
Fijación	.421	.000	.321	.000

**Nota:**  $r_s$ : Relación de Spearman;  $p$ : Prueba de significancia; Tau: Tau de Kendall.  $n=70$

### Hipótesis específica 1

Los resultados demuestran que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de retención para la autorregulación orgánica ( $r = .072$ ,  $p = .554$ ) por lo que no se acepta la  $H_1$  que señala

que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad - estado y el bloqueo de retención de la autorregulación orgánica en padres con hijos con diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que no existe evidencia para determinar un sentido de relación. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 2**

Los resultados evidencian correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de desensibilización de la autorregulación orgánica ( $r = .366, p = .002$ ), por lo que se acepta la H<sub>2</sub> que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad - estado y el bloqueo de desensibilización para la autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad - estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo en la fase de desensibilización. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 3**

Los resultados evidencian una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de proyección de la autorregulación orgánica ( $r = .360, p = .002$ ) por lo que se acepta la H<sub>3</sub> que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad - estado y el bloqueo de proyección para la autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad - estado en los padres con hijos con TEA mayor es el bloqueo de proyección. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 4**

Se observa correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de introyección de la autorregulación orgánica

( $r = .322$ ,  $p = .007$ ) por lo que se acepta la  $H_4$ , que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el bloqueo de introyección para la autorregulación organísmica en padres con hijos con diagnóstico TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de introyección. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 5**

Se observa una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa, entre la ansiedad como estado y el bloqueo de retroflexión de la autorregulación organísmica ( $r = .297$ ;  $p = .012$ ) por lo que se acepta la  $H_5$  que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el bloqueo de retroflexión para la autorregulación organísmica en padres con hijos con diagnóstico TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad estado en los padres con hijos con diagnóstico TEA mayor es el bloqueo de retroflexión. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 6**

Los resultados demuestran que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de deflexión de la autorregulación organísmica ( $r = .038$ ,  $p = .753$ ) por lo que se rechaza la  $H_6$  que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el bloqueo de deflexión de la autorregulación organísmica en padres con hijos con diagnóstico TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que no existe evidencia para determinar un sentido de relación. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 7**

Los resultados presentan que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como estado y el bloqueo de confluencia de la autorregulación

organísmica ( $r = .202, p = .094$ ) por lo que se rechaza la  $H_7$  que señala “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el bloqueo de confluencia para la autorregulaciónorganísmica en padres con hijos con diagnóstico TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que no existe evidencia para determinar un sentido de relación. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### Hipótesis específica 8

Los resultados revelan una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa, entre la ansiedad como estado y el bloqueo de fijación de la autorregulación organísmica ( $r = .421, p = .000$ ) por lo que se acepta la  $H_8$  que señala que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el bloqueo de fijación para la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de fijación. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

**Tabla 12**

*Correlación entre la ansiedad como rasgo y los bloqueos de autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA – Trujillo.*

Bloqueos de la autorregulación organísmica	Ansiedad rasgo			
	$R_s$	$P$	Tau	$p$
Retención	.247	.039	.189	.043
Desensibilización	.401	.001	.317	.001
Proyección	.484	.000	.380	.000
Introyección	.438	.000	.342	.000
Retroflexión	.372	.001	.273	.003
Deflexión	.140	.248	.102	.260
Confluencia	.329	.005	.247	.008
Fijación	.351	.003	.259	.004

**Nota:**  $r_s$ : Relación de Spearman;  $p$ : Prueba de significancia; Tau: Tau de Kendall.

### **Hipótesis específica 9**

Se evidencia una relación positiva, estadísticamente significativa y baja, entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de retención de la autorregulación orgánica (r = .247,  $p = .039$ ) por lo que se acepta la H<sub>9</sub> que señala que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de retención para la autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a pesar de observarse una tendencia en el aumento de la ansiedad rasgo cuando también se incrementa el bloqueo de retención, esta relación es baja. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 10**

Los resultados demuestran que existe una relación positiva, estadísticamente significativa y moderada, entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de desensibilización de la autorregulación orgánica (r = .401,  $p = .001$ ) por lo que se acepta la H<sub>10</sub>, que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de desensibilización para la autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de desensibilización. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 11**

Se observa una relación positiva, estadísticamente significativa y moderada entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de proyección de la autorregulación orgánica (r = .484,  $p = .000$ ), por lo que se acepta la H<sub>11</sub> que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de proyección para la autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de proyección. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 12**

Los resultados evidencian una relación positiva, estadísticamente significativa y moderada entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de introyección de la autorregulación organísmica ( $r = .438, p = .000$ ) por lo que se acepta la  $H_{12}$  que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de introyección en el ciclo de la experiencia Gestalt en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de introyección. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al relacionar las variables.

### **Hipótesis específica 13**

Se evidencia correlación positiva, estadísticamente significativa y moderada, entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de retroflexión de la autorregulación organísmica ( $r = .372, p = .001$ ) por lo que se acepta la  $H_{13}$  que señala que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de retroflexión para la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de retroflexión. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 14**

Los resultados revelan que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de deflexión de la autorregulación organísmica ( $r = .140, p = .248$ ) por lo que se rechaza la  $H_{14}$  que indica que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de deflexión para la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que no existe evidencia para determinar un sentido de relación. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 15**

Los resultados evidencian una correlación positiva, estadísticamente significativa y moderada entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de confluencia de la autorregulación organísmica ( $r = .329$ ,  $p = .005$ ) por lo que se acepta la  $H_{15}$  que plantea que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de confluencia de la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de confluencia. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

### **Hipótesis específica 16**

Los resultados evidencian una relación positiva, estadísticamente significativa y moderada, entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de fijación de la autorregulación organísmica ( $r = .351$ ,  $p = .003$ ) por lo que se acepta la  $H_{16}$  que señala que “existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y el bloqueo de fijación para la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo”. Esto quiere decir que a mayor ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA mayor es el bloqueo de fijación. Además, este resultado es concordante con el obtenido con el coeficiente Tau de Kendall, con lo cual se valida el resultado alcanzado al correlacionar las variables.

#### **5.1.3. Contrastación de las hipótesis de comparación.**

En cuanto a la comparación de las variables, se realizaron mediante la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, y con el fin de conocer la medida del tamaño del efecto se aplicó el estadístico  $r$  de correlación biserial, debido a que se cuenta con una variable independiente binaria (condición del niño = con TEA y sin TEA) y una variable dependiente escalar (Ledesma et al., 2008), la que se representa por las variables de estudio: ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y autorregulación organísmica.



**Tabla 13*****Diferencias entre los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA – Trujillo.***

	Rango Promedio		<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
	con TEA (n = 70)	sin TEA (n = 90)				
Ansiedad estado	96.72	67.88	2014.500	-3.908	.000	.279
Ansiedad rasgo	89.12	73.79	2546.500	-2.078	.038	.139
Retención	65.34	92.29	2088.500	-3.786	.000	.289
Desensibilización	85.17	76.87	2823.000	-1.216	.224	.131
Proyección	86.91	75.51	2701.000	-1.656	.098	.150
Introyección	82.64	78.83	3000.000	-.542	.588	.059
Retroflexión	84.91	77.07	2841.500	-1.129	.259	.121
Deflexión	78.44	82.11	3005.500	-.517	.605	.024
Confluencia	70.87	87.99	2476.000	-2.424	.015	.154
Fijación	81.83	79.47	3057.000	-.332	.740	.021

**Nota:** *U*: *U* de Mann Whitney, *p*: Prueba de significancia, *z*: puntuación estándar y *R*: Análisis estadístico.

**Hipótesis específica 17**

Los resultados evidencian que existe una diferencia estadísticamente significativa en la ansiedad como estado entre los padres que tienen hijos con y sin TEA ( $U = 2014,500$ ,  $p = .000$ ) por lo que se acepta la  $H_{17}$  que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad como estado entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, a favor de los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA. Esto quiere decir que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA evidencian mayor ansiedad como estado que los padres de niños sin TEA, con una magnitud del efecto moderada.

**Hipótesis específica 18**

Los resultados evidencian que existe una diferencia estadísticamente significativa en la ansiedad como rasgo entre los padres que tienen hijos con y sin TEA ( $U = 2546.500$ ,  $p = .038$ ) por lo que se acepta la  $H_{18}$  que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad como rasgo entre padres con hijos que tienen o no el

diagnóstico de TEA de Trujillo.”, a favor de los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA. Esto quiere decir que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA evidencian mayor ansiedad rasgo que los padres de niños sin TEA, con una magnitud del efecto moderada.

### **Hipótesis específica 19**

Los resultados evidencian que existe una diferencia estadísticamente significativa en el bloqueo de retención entre los padres que tienen hijos con y sin TEA ( $U = 2088.500$   $p = .000$ ) por lo que se acepta la  $H_{19}$  que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de retención para la autorregulación orgánica entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, a favor de los padres de niños sin TEA. Esto quiere decir que los padres de niños sin TEA evidencian un mayor bloqueo de retención que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, con una magnitud del efecto baja.

### **Hipótesis específica 20**

Los resultados evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de desensibilización entre los padres que tienen hijos con y sin TEA ( $U = 2823.000$ ;  $p = .224$ ) de la ciudad de Trujillo, por lo que se rechaza la hipótesis  $H_{20}$ .

### **Hipótesis específica 21**

Los resultados evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de proyección entre los padres que tienen hijos con y sin TEA ( $2701.000$ ;  $p = .098$ ) de la ciudad de Trujillo, por lo que se rechaza la hipótesis  $H_{21}$ .

### **Hipótesis específica 22**

Al realizar la contrastación de la hipótesis  $H_{22}$ , que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de introyección para la autorregulación orgánica entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $U = 3000.000$ ;  $p = .588$ ) entre ambos grupos, por lo que se rechaza la hipótesis  $H_{22}$ .

**Hipótesis específica 23**

Al realizar la contrastación de la hipótesis  $H_{23}$ , que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de retroflexión para la autorregulación orgánica entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $U = 2841.500$ ;  $p = .259$ ) entre ambos grupos, por lo que se rechaza la hipótesis  $H_{23}$ .

**Hipótesis específica 24**

Al realizar la contrastación de la hipótesis  $H_{24}$ , que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de deflexión para la autorregulación orgánica entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $U = 3005.500$ ;  $p = .605$ ) entre ambos grupos, por lo que se rechaza la hipótesis  $H_{24}$ .

**Hipótesis específica 25**

Los resultados evidencian que existe una diferencia estadísticamente significativa en el bloqueo de confluencia entre los padres que tienen hijos con y sin TEA ( $U = 2476.000$ ,  $p = .015$ ) por lo que se acepta la  $H_{25}$  que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de confluencia para la autorregulación orgánica entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, a favor de los padres de niños sin TEA. Esto quiere decir que los padres de niños sin TEA evidencian mayor bloqueo de confluencia que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, con una magnitud del efecto baja.

**Hipótesis específica 26**

Al realizar la contrastación de la hipótesis  $H_{26}$ , que plantea que “existen diferencias estadísticamente significativas en el bloqueo de fijación para la autorregulación orgánica entre padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de Trujillo”, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $U = 3057.000$ ;  $p = .740$ ) entre ambos grupos, por lo que se rechaza la hipótesis  $H_{26}$ .

## 5.2. Discusión

El presente estudio busca conocer la relación entre la ansiedad como rasgo y como estado, con la autorregulación organísmica, en padres de niños con diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, asimismo, se pretende determinar las diferencias de la ansiedad y la regulación organísmica entre padres de niños con y sin diagnóstico de TEA, de la misma ciudad.

De manera global, se puede señalar que los resultados han demostrado que la ansiedad como estado y como rasgo se relaciona de forma directa y significativa con cinco de los ocho bloqueos de la autorregulación organísmica (desensibilización, proyección, introyección, retroflexión y fijación). También se observa que, específicamente, la ansiedad como rasgo tiene una relación estadísticamente significativa con los bloqueos de retención y confluencia, y ninguno de los niveles de la ansiedad se relacionan con el bloqueo de deflexión.

En cuanto a las comparaciones, se puede indicar que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA presentan mayor ansiedad (a nivel de estado y rasgo) que los padres de niños sin TEA, sin embargo, los padres de niños sin TEA han desarrollado los bloqueos de retención y confluencia como mecanismos de defensa ante la baja autoregulación organísmica, más que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA.

Antes de iniciar la discusión de los resultados obtenidos a partir de la contrastación de las hipótesis, es importante realizar un análisis de las características y condiciones personales de los participantes que, en este caso, son los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA.

En primer lugar, se debe señalar que los participantes son personas adultas que tienen una historia de vida propia, con sueños y metas personales, y en segundo lugar, cumplen el rol de padres, por tanto, asumen la responsabilidad de cuidar, proteger y suplir las necesidades de sus hijos. Es decir, antes de formar una familia o concebir un hijo, los padres se formaron y desarrollaron dentro de un grupo social primario que es la familia.

Es en la familia donde toda persona aprende habilidades sociales y emocionales que le permiten enfrentar las diversas situaciones difíciles de la vida. Bandura et al. (1969) refiere que los niños aprenden a través de la observación e imitación del comportamiento

que perciben de su entorno. Este aprendizaje también está ligado al conocimiento, expresión y regulación de las emociones.

Desde el enfoque Gestalt, la *autorregulación* es la capacidad que tiene el ser humano para regular espontáneamente sus propias funciones vitales, de hacer contacto con sus necesidades básicas y de buscar su satisfacción (Baumgardner y Perls, 2006). Lo orgánico va ligado a la persona como tal y su funcionamiento natural, por ello, se le conoce como autorregulación orgánica. Para Salama (2008) también se le conoce como *ciclo de la experiencia*, pues expresa “la integración natural del cuerpo y la mente, de pensamientos y sentimientos, de espontaneidad y premeditación” (p. 258), etc., lo que otorga al ser humano un equilibrio en su vida. Es más, según este enfoque, cuando la persona logra autorregularse es capaz de vivir una vida orientada al éxito, puede identificar y satisfacer sus necesidades, y se mantiene en crecimiento continuo y permanente.

Sin embargo, cuando la persona en sus primeros años de vida no ha recibido acompañamiento y validación de sus emociones por parte de su familia y entorno, suele desarrollar algunos bloqueos, llamados también *autointerrupciones* (Salama, 2008). Estos bloqueos generan en el ser humano, como señala Salama, una barrera entre el sentir y el actuar, la cual es sustituida por representaciones distorsionadas que disminuye su capacidad para darse cuenta de su estado actual. Por lo tanto, antes de ser padre, la persona ya tiene integrado los recursos emocionales que lo acompañarán por muchos años en su diario vivir, pero también ha incorporado ciertos bloqueos emocionales que podrían limitar su adecuado desenvolvimiento en su medio social, por lo cual la persona puede decidir superarlos o mantenerlos.

En este contexto, el ser humano se enfrenta a las diversas circunstancias de vida, desde las más fáciles a las más difíciles, lo que depende de cómo evalúe cada circunstancia. Una de estas circunstancias es ser padre o madre por primera vez. Recibir esta noticia es una alegría, pero a la vez un reto, pues ahora tiene la responsabilidad de cuidar de alguien más y esto, en muchos casos, puede ocasionar ansiedad y preocupación (De Goñi, 2015).

Si bien las condiciones descritas son características de cualquier padre o madre de familia, éstas pueden cambiar cuando se trata de padres con hijos que tienen diagnóstico

de TEA pues, al enterarse de la noticia, pueden desarrollar mayor inquietud por el futuro de su hijo (De Goñi, 2015). Como señala Demos (2016), los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA sienten temor, así como ansiedad al pensar en el futuro de sus hijos, pues lo ven como algo incierto. De igual forma, Lu (2020) refiere que algunos padres pueden experimentar algún bloqueo cuya intensidad depende del sufrimiento ocasionado por el problema y la duración de este, cuyos sentimientos negativos (representados por la ansiedad, frustración y culpa), disminuyen con el tiempo, pero no podrán desaparecer.

Como ya se mencionó en los primeros párrafos, este estudio busca conocer la relación entre la ansiedad y la autoregulación orgánica, además de establecer sus diferencias entre los padres que tienen niños diagnosticados con TEA y los que no. Para tal efecto, se utilizaron como instrumentos de recolección de datos, el Inventario de Ansiedad: rasgo estado (IDARE) y el Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG).

En un estudio previo, se recogieron las evidencias de la validez y confiabilidad del Inventario de Ansiedad: rasgo estado (IDARE) y en el presente estudio se analizó la validez y confiabilidad del Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG). En ese sentido se reconoce que ambos instrumentos cuentan con índices apropiados de validez y confiabilidad, lo que respalda los hallazgos encontrados al contrastar cada una de las hipótesis planteadas.

### ***5.2.1 Discusión sobre los resultados de las correlaciones***

Debido a que se encuentran coincidencias en la relación de la ansiedad como estado y como rasgo con cinco bloqueos de la regulación orgánica es que se realizará un análisis de estos resultados en paralelo, pues la ansiedad como rasgo es comprendida como una característica propia de la personalidad, la cual es relativamente estable y origina la tendencia a percibir las situaciones como amenazantes (Ardiles, 2020); por tanto, incrementa el índice de ansiedad como estado. Es más, la ansiedad como rasgo se presenta con mayor frecuencia, persistencia e intensidad que la ansiedad considerada como estado, ya que esta última se presenta como un estado emocional transitorio que tiende a modificarse con el tiempo y se manifiesta en una situación concreta.

Sin embargo, este análisis no puede iniciarse sin antes recordar los aspectos centrales de la ansiedad y de la autorregulación orgánica, y así comprender la vinculación de sus componentes para realizar la interpretación adecuada.

En el caso de la ansiedad como estado, Spielberger et al. (1990) la define como un momento emocional transitorio, donde la persona manifiesta sentimientos de aprensión y nerviosismo, además de pensamientos inoportunos y preocupaciones, así también se puede expresar mediante la aceleración del ritmo cardiaco y sudoración palmar. En el caso de la ansiedad como rasgo, Spielberger la diferencia por su relativa estabilidad y por tratarse de disposiciones que permanecen latentes hasta que la presencia de señales de una situación que consideran peligrosa lo activan.

Por otro lado, la regulación orgánica es la capacidad que tiene el ser humano para dejar fluir sus emociones y regularlas en el momento oportuno. En esta regulación existe congruencia entre lo que se siente y se piensa (Salama, 2002), así también permite a la persona involucrarse con su medio sin ninguna dificultad (Baumgardner, 1982).

Al realizar el análisis de los resultados de la contrastación de las hipótesis H<sub>2</sub> y H<sub>10</sub>, en las que se plantean la relación estadísticamente significativa entre la ansiedad (como estado y rasgo, respectivamente) y el bloqueo de *desensibilización* de la autorregulación orgánica, se puede señalar lo siguiente:

Como se viene describiendo, los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA suelen manifestar su ansiedad (tanto de estado como rasgo) a través de sentimientos de aprensión y temor frente a la conducta de sus hijos, sin embargo, algunos intentan ocultar dichos sentimientos en aras de demostrar fortaleza frente a la condición de sus hijos (Lyons et al., 2010), lo que es considerado por Fernández et al. (2014), como una estrategia poco adaptativa y débil frente a la ansiedad. Asimismo, Salama (2008) considera que dicha estrategia también se expresa al desarrollar un tipo de bloqueo denominado *desensibilización*, que hace referencia a que la persona bloquea su propia sensibilidad a las sensaciones internas y externas, desarrollándose la necesidad de explicar de forma racional, la falta de contacto sensorial.

En otras palabras, los padres conforme se van adaptando a su rol paterno pueden experimentar fatiga y cansancio, más aún si tienen un hijo con TEA (Seymour et al., 2013). Cuando los padres viven situaciones temporales o transitorias cargadas de sentimientos de aprensión y nerviosismo, así como de pensamientos inoportunos y preocupaciones, podrían generar un mecanismo de auto - interrupción de su energía, por ejemplo, se esfuerzan por evitar dichos sentimientos, niegan lo que está pasando,

justifican con creencias aprendidas que les permitan evadir la realidad o psicomatizan los sentimientos negativos mediante enfermedades variadas, y finalmente, algunos no dejan de pensar en la situación que los ha llevado a desarrollar su ansiedad (De Goñi, 2015).

Pineda (2012) también ha encontrado una relación directa entre el negar o evitar una situación difícil con niveles persistentes de estrés y ansiedad. De igual manera, en investigaciones en las que se estudiaron las estrategias y estilos de afrontamiento parental (Tijeras et al., 2015) se encontró que la estrategia de evitación es ineficaz en la resolución de problemas.

De igual forma, los resultados de este estudio demuestran la relación entre la ansiedad como estado (H<sub>3</sub>) y como rasgo (H<sub>11</sub>) con el bloqueo de *proyección*. Este bloqueo es descrito por Salama (2006) como un mecanismo que supone atribuir a otros, sus situaciones personales, pues no puede asumir su responsabilidad sobre sus propios actos, pensamientos o emociones, al contrario, responsabiliza a su medio o a otras personas de lo que está pasando.

Esta relación se expresa en distintas situaciones y de diversas formas. En principio, los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA reconocen la importancia del acompañamiento que les pueden brindar a sus hijos, en especial, cuando son pequeños, lo que incluso implica un mayor compromiso y responsabilidad que la que se tiene con hijos con desarrollo normotípico. Esta situación puede resultar agotadora para algunos padres por lo difícil que les resulta responder a las necesidades del hijo con TEA, lo que además de elevar su nivel de ansiedad, aplican el bloqueo de *proyección* como una forma de proteger su yo. En este sentido, los padres suelen transferir su sentido de responsabilidad hacia otras personas, por ejemplo, a los terapeutas, de tal forma que, si el niño o niña tiene un comportamiento inapropiado, responsabilizan al terapeuta por dicha situación. Estas actitudes pueden presentarse por miedo a no saber cómo ayudar o acompañar a sus hijos debido a la condición que presentan (Ángeles y Cruz, 2008).

En el caso de Salas (2017), al realizar un estudio con el propósito de establecer la relación entre el clima social familiar y los bloqueos en el ciclo de la experiencia Gestalt en un grupo de adolescentes de la ciudad de Lima, encontró que la cohesión familiar desligada tiene una relación significativa con el bloqueo de *proyección*. Según este autor,



el clima familiar que se desarrolla en este contexto de cohesión familiar desligada no favorece a que los padres perciban las necesidades de sus hijos y asimismo el hijo “tiende a alienarse de sí mismo, confundiendo sus necesidades con las de sus cuidadores, replicando el desplazamiento de sus deseos a otro” (p. 75). Si bien estos resultados evidencian la importancia del contexto familiar en la formación de bloqueos, no se puede dejar de lado que un contexto familiar caracterizado por una cohesión desligada genera en los padres un alto nivel de ansiedad (Velásquez, 2018) que a su vez se expresa en la presencia del bloqueo de proyección.

Un tercer bloqueo descrito por Salama (2008) es el de la *introyección* el que también tiene una relación positiva, directa y estadísticamente significativa con la ansiedad como estado (H<sub>4</sub>) y como rasgo (H<sub>12</sub>). Sobre este bloqueo, Salama refiere que la persona que lo desarrolla se caracteriza por pensar principalmente en lo que debería ser y en cómo debería actuar, para ser aceptado por otros. Este tipo de pensamiento conduce a la persona a exteriorizar comportamientos que no son propios y que se encuentran en su mente como el debería *ser o hacer* lo que la mayoría hace.

En este estudio, se encuentra una relación significativa entre la ansiedad y el bloqueo de *introyección*, resultado que es interesante analizar pues permite comprender la conducta de muchos padres. Al respecto, habría que recordar, como ya se mencionó anteriormente, que la persona es un ser social, por lo que la influencia de su entorno inmediato existe y se da con mayor o menor fuerza, dependiendo de la fortaleza interna de la persona. Por ello, al asumir el rol de padres, la persona ya tiene construido un esquema mental de lo que implica ser un “buen padre o madre” y se enrola en la tarea de serlo, sin embargo, probablemente aquellas ideas que tengan no todas encajan con la crianza de un hijo con TEA.

En el caso específico de estos padres, al tratar de responder a lo que supuestamente la sociedad espera de ellos, les genera frustración pues su hijo no responde de la forma como desearían, es más, consideran que no deben mostrar su enojo o incomodidad ya que los buenos padres deben aceptar y amar a sus hijos sin perder su control emocional. Manejar las crisis y comportamientos característicos de los niños con TEA como dar vueltas en un mismo lugar, no despegarse de un juguete, gritar descontroladamente, entre otros, son situaciones a las que los padres no se preparan y, por tanto, el sentir que no cuentan con estrategias adecuadas para manejarlas genera en ellos preocupación,

elevación del ritmo cardíaco (Ángeles y Cruz, 2008) y ansiedad, conduciéndolos a reprimir sus sentimientos como una forma de proteger su estabilidad emocional.

Un resultado similar es el que encontró Salazar (2011), quien al analizar los bloqueos de la regulación orgánica en un grupo de hombres que asistían a un centro de atención para personas que ejercen la violencia doméstica en la ciudad de Mérida, Yucatán. Encontró que estas personas han construido ideas rígidas de cómo deben ser el hombre y la mujer, por ejemplo, ellos piensan que el hombre es siempre racional y duro y no expresa sus emociones, y si lo hace, sería rechazado por su círculo social. Este hallazgo demuestra la importancia de conocer las ideas que tienen las personas sobre el rol que les corresponde asumir en sus vidas pues estas ideas se van a traducir en un comportamiento que puede ser adaptativo o no. En el caso de Salazar, encontró que este grupo de varones con ideas rígidas desarrollan el bloqueo de introyección, pues este bloqueo les permite evitar que los demás los vean como personas débiles y vulnerables, de tal forma que logran proteger sus emociones mediante este bloqueo.

En el caso de los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, si bien no cuentan con un perfil de violencia, si se observa un intento de no querer expresar sus emociones de tristeza o vulnerabilidad a causa de sus dificultades para apoyar a sus hijos, pues consideran que deben mostrarse fuertes ante la sociedad para no ser considerados como personas débiles.

Un siguiente bloqueo que también guarda relación estadísticamente significativa con la ansiedad como estado ( $H_5$ ) y como rasgo ( $H_{13}$ ) es la *retroflexión*, bloqueo que es considerado por Castanedo (2007) como aquel que hace que las personas se traten a sí mismos de forma agresiva, tal y como quisieran tratar a otras personas. Este bloqueo es autopunitivo y genera autodiálogos negativos sobre sí mismo y su comportamiento, como: *siento vergüenza de mí mismo porque no puedo expresar lo que siento, soy un fracaso*, etc., lo que finalmente genera problemas de somatización (Sumalavia, 2019).

Estos sentimientos e ideas retroflexivas también se observan en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA. Al respecto, De Goñi (2015) analiza el proceso de aceptación que experimentan los padres al conocer el diagnóstico de sus hijos con TEA y encuentra que, en este proceso de aceptación, los padres experimentan distintas emociones, entre ellas, ira y rabia. Como dice la autora, esta situación surge de manera

repentina y desoladora para ellos, por lo que buscan a quién culpar o responsabilizar del diagnóstico del hijo y, por lo general, la culpa suele recaer en ellos mismos.

Asimismo, Ángeles y Cruz (2008) observaron el gran enojo y culpabilidad que sienten los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA por el diagnóstico de sus hijos, ya que consideraban que pudieron hacer algo para evitarlo. De esta forma, redireccionan el enojo que les genera la situación hacia sí mismos, desarrollando a su vez un sentimiento de culpabilidad por no haber hecho nada. A su vez, como señalan Ángeles y Cruz, estas recriminaciones negativas generan con el tiempo depresión.

Otra forma de evidenciar la *retroflexión* en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, es la construcción de una imagen negativa sobre sí mismos lo que genera una disminución de su eficacia parental, pues al percibirse de forma negativa, creen que los demás los perciben de la misma manera (Guardia, 2010), generando un daño personal. A esta situación, Castanedo (2007) la considera como un ejemplo de la existencia del bloqueo de *retroflexión*, es más, Salama (2002) señala que este bloqueo genera en las personas resentimiento y frustración, causando a su vez, enfermedades psicosomáticas y/o explosiones de hostilidad e ira.

Al realizar el análisis de los resultados de la contrastación de las hipótesis H<sub>8</sub> y H<sub>16</sub>, que plantean la relación entre la ansiedad (como estado y como rasgo, respectivamente) y el bloqueo de *fijación* de la regulación organísmica, se encuentra una relación positiva y significativa en ambos casos. Esto significa que mientras mayor es el bloqueo de fijación, la persona eleva su nivel de ansiedad.

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta al analizar la presencia e intensidad de un bloqueo, es la historia de vida de la persona, que, en este caso, al presentar el bloqueo de *fijación* estaría demostrando una necesidad por anclarse al pasado, cuyo propósito inconsciente es evitar enfrentarse al momento presente pues podría correr riesgos (Salama, 2002). Además, como menciona Salama, la persona que desarrolla este bloqueo tiene poca disposición para comprometerse en la mejora de su crecimiento personal, por lo tanto, se queda enganchado en lo que pasó para evitar el cierre de un asunto inconcluso.

En este sentido, un dato interesante que aporta a este análisis es el que encontró Salas (2017), al analizar la cohesión familiar y los bloqueos en el ciclo de la experiencia

Gestalt, en adolescentes de Lima. El autor demostró que el bloqueo de *fijación* se manifiesta en entornos familiares muy unidos, quienes al enfrentar crisis internas con consecuencias traumáticas quedan detenidos en el tiempo, sin resolver la problemática, y como consecuencia, se genera la desprotección afectiva de los hijos, pues los padres se encuentran indispuestos a nivel emocional, por estar fijados en el dolor. Es más, Guardia (2010) demuestra que una familia con cohesión amalgamada se caracteriza por la presencia de un mayor nivel de ansiedad en los padres, que a su vez se relaciona con la presencia del bloqueo de *fijación*.

Esta situación permite explicar lo que ocurre con los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA que experimentan el bloqueo de *fijación*. Es evidente que los niños requieren del apoyo de sus padres y por ende, se necesita que en primer lugar, los padres acepten el diagnóstico del hijo, sin embargo para algunos padres esta situación desborda su posibilidad de comprensión y no logran aceptar la condición propia del hijo o se asimila como un suceso doloroso que puede durar un tiempo e incluso en algunos casos no llega a aceptarse nunca (Ángeles y Cruz, 2008).

La respuesta de los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA ante la condición de su hijo pasa por diferentes etapas, en las que los sentimientos que experimentan son parecidos a un proceso de duelo, es decir, en ocasiones son ignorados por ellos mismos (Ángeles y Cruz, 2008). Los padres pueden experimentar sentimientos de profunda tristeza, de pérdida o de ira y “en este caso se trata de la pérdida de un hijo idealizado, un hijo en el cual habían puesto grandes ilusiones y esperanzas, una pérdida de planes y expectativas referente al futuro del niño y la familia” (Harris, 2001, p. 220). Cuando este proceso de duelo no se logra completar entonces se produce el bloqueo de *fijación*.

En cuanto al bloqueo de la *confluencia*, los resultados de este estudio evidencian que tiene una relación positiva y significativa con la ansiedad como rasgo (H<sub>17</sub>), pero no con la ansiedad como estado (H<sub>7</sub>). Habría que recordar que la ansiedad como rasgo es definida por Spielberger et al. (1990) como un rasgo de la personalidad, que se caracteriza por su relativa estabilidad y se conserva en las personas como una tendencia conducente a percibir diversos hechos como amenazantes.

En este sentido, la ansiedad como rasgo que experimentan algunos padres con

hijos que tienen diagnóstico de TEA es una característica de personalidad presente en ellos desde antes de ser padres, que implica la manifestación de sensación de tensión y nerviosismo, preocupación constante y/o aumento del ritmo cardiaco. Por lo tanto, al tener un hijo con diagnóstico TEA estas características suelen acrecentarse, pues consideran que la crianza no será sencilla. Es entonces donde estos padres desbordan ansiedad presentando así el bloqueo de confluencia.

Como refiere Salama (2002), la *confluencia* es un bloqueo que busca el involucramiento total de la persona con otra, de modo que deja de ser ella misma. Cuando los padres crían en casa a un hijo con TEA, tienden a evadir ciertas distracciones y dejan a un lado, actividades como salidas o paseos con los amigos, con el fin de enfocarse totalmente a enfrentar y resolver sucesos estresantes propios de los niños con TEA (Chau et al., 2002).

En un estudio realizado por Ángeles y Cruz (2008) en familias de personas con autismo, encontraron el gran involucramiento que tienen los padres con el hijo con TEA, pues tienden a priorizar las necesidades del menor dejando de lado sus propias necesidades como cuidadores, por lo cual posterga su cuidado personal, dejan de trabajar para dedicarse todo el tiempo al menor y llegan incluso, a postergar sus metas. Esto, con el tiempo, produce estrés y ansiedad en ellos.

Otro bloqueo de la regulación orgánica que solo tiene una relación estadísticamente significativa con un nivel de la ansiedad es el bloqueo de *retención* (H<sub>9</sub>), el que guarda relación con la ansiedad como rasgo. Como ya se mencionó, la ansiedad como rasgo constituye una característica de personalidad, y el bloqueo de retención o postergación, como lo define Salama (2002), implica la dificultad de la persona para seguir el proceso natural y continuo de su regulación orgánica de cada momento, por lo que se evita la asimilación – alienación de la experiencia. Según este autor, este tipo de bloqueo limita la posibilidad de la persona para entrar a una fase de reposo o calma.

En el caso de los niños con TEA, se tiene una idea prefijada de cuáles son sus características y las limitaciones que el diagnóstico produce en su desarrollo personal, social y escolar. Muchos padres también tienen dichas ideas por lo que al momento de conocer la condición de su hijo desarrollan este tipo de bloqueo que, a lo largo de la vida del hijo, por más que se desarrolle positivamente siempre será visto por su padre como

alguien con limitaciones (Comín, 2014).

La persona que experimenta el bloqueo de *retención*, no se permite conocer o disfrutar de nuevos sucesos, se encuentra estancado y sin asimilar la experiencia de lo vivenciado. Lo cual no le permite disfrutar del estado de *reposo*, este estado es el que inicia el ciclo de la experiencia Gestalt y da apertura a una nueva experiencia (Zinker, 2000).

Cuando la persona, por diversas circunstancias, no se permite estar en el estado de *reposo*, se produce un bloqueo en su dinamismo natural y queda inconcluso, esto conlleva a diversas perturbaciones (Stange y Lecona, 2014). Según estos autores, una forma en la cual se experimenta perturbación es a través de la tensión acumulada, esta tensión según Román (2021), es una característica de la ansiedad.

Por lo tanto, cuando la persona se encuentra con el bloqueo de *retención* no logra estar en tranquilidad (Salama, 2006), esto le lleva a manifestar constantes episodios de ansiedad, ya que supone que no merece estar bien.

Es importante recordar que la ansiedad como rasgo es permanente y constante en la vida de la persona, por lo que este bloqueo de *retención* se suele presentar más en personas que tienen esta condición de la ansiedad, más no en las personas que tienen ansiedad como estado ( $H_1$ ).

Un caso aparte es el bloqueo de *deflexión*, el que no tiene relación estadísticamente significativa con la ansiedad como rasgo ( $H_{14}$ ) ni como estado ( $H_6$ ). En realidad, como menciona Salas (2017), este bloqueo de la regulación orgánica busca que la persona evite enfrentar la situación o problema actual, lo que es independiente a los estados emocionales que desarrolla el ser humano.

Hasta aquí, se han analizado las relaciones entre los componentes de ambas variables, sin embargo, otro aspecto importante que se considera necesario conocer, es el de las diferencias entre los padres con y sin hijos con TEA, pues esto podría conducir a explicar el impacto que tiene el diagnóstico de TEA de los hijos en la vida de los padres.

### **5.2.2 Discusión sobre los resultados de las comparaciones**

Un segundo nivel de análisis en el presente estudio es el de la comparación de las

variables de estudio, pues se considera importante conocer si existen diferencias entre los padres de niños que tienen TEA y aquellos padres con hijos con desarrollo neurotípico.

Las primeras hipótesis de comparación plantean la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos de padres, en cuanto a la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo.

Los resultados demuestran que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA tienen mayor nivel de ansiedad (como estado y como rasgo) que los padres de niños sin TEA ( $H_{17}$  y  $H_{18}$ , respectivamente). Esta diferencia puede tener distintas explicaciones, entre ellas se encuentra la forma como los padres interpretan las características propias de los niños que presentan TEA. Estos padres pueden considerar que no cuentan con los recursos necesarios para sobrellevar lo que ellos consideran un problema en el hijo, incrementándose así, su estado de ansiedad (Lu, 2020). En definitiva, un niño con TEA requiere de una atención especializada que le permita desarrollar estrategias personales para enfrentar los retos que le depara el futuro, lo que a su vez se logra si cuenta con un entorno familiar que le brinde la estabilidad emocional y social que necesita. Es aquí cuando los padres se plantean dudas o cuestionamientos si están preparados para darles apoyo a sus hijos, y al no encontrar una respuesta clara, su ansiedad se eleva.

A diferencia de un niño con desarrollo neurotípico, cuyas características de desarrollo pueden ser compartidas entre diferentes niños, los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA observan en sus hijos que la intensidad de sus síntomas puede variar con el tiempo, pueden intensificarse o desaparecer (Falk et al., 2014), lo que genera un mayor desconcierto en ellos, elevando o disminuyendo su nivel de ansiedad.

Pero también se debe recordar que los padres son los que otorgan el clima familiar a sus hijos. Por ello, un contexto en el que los padres evidencian su ansiedad ante la conducta del hijo promueve un ambiente familiar ansioso (Vargas, 2014), que es negativo al desarrollo del niño. La ansiedad de los padres puede presentarse de muchas formas, entre ellas, se puede dar la sobreprotección, que surge con el fin de evitar el sufrimiento en los hijos, por lo que tienden a hacer las cosas por ellos, quitándoles así su autonomía (Fominaya, 2019).

En cuanto a la *regulación orgánica*, como ya se dijo anteriormente, es la capacidad que posee la persona para conectarse con sus sensaciones con el fin de

convertirlas en percepciones para luego aceptarlas, permitiendo el surgimiento de nuevas necesidades personales (Baumgardner y Perls, 2006), por lo que la presencia o no de los bloqueos que limitan dicha regulación depende de la historia de vida de la persona, de los recursos emocionales que tiene para superar y afrontar situaciones adversas. Por ello, se evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA con respecto a los padres de niños con desarrollo neurotípico, al comparar los resultados de la evaluación de los bloqueos de *desensibilización* (H<sub>20</sub>), *proyección* (H<sub>21</sub>), *introyección* (H<sub>22</sub>), *retroflexión* (H<sub>23</sub>), *deflexión* (H<sub>24</sub>) y *fijación* (H<sub>26</sub>). En otras palabras, se puede decir que estos bloqueos se desarrollan en las personas independientemente del rol que cumplen como padres.

Un aspecto importante por resaltar es la característica de los padres que han participado en este estudio. En su mayoría son padres que pertenecen a algún centro psicológico de la ciudad de Trujillo y se encuentran involucrados en el desarrollo integral de sus hijos.

En este sentido, se puede observar que los bloqueos no se desarrollan en los padres por la presencia de sus hijos en sus vidas, al contrario, se puede decir que estos bloqueos surgen en la persona mucho antes de ser padres y si bien se pueden acentuar con las exigencias del rol paterno (Hernández et al., 2012), se asume como una característica común entre los padres.

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los bloqueos de *retención* (H<sub>19</sub>) y *confluencia* (H<sub>25</sub>), demostrándose que los padres de niños sin TEA presentan estos bloqueos en mayor magnitud a diferencia de los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA. Estos resultados son interesantes en la medida que se esperaba que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA desarrollen mayores bloqueos, por lo difícil que puede resultar la educación de sus hijos, sin embargo, los resultados dicen lo contrario.

En cuanto al bloqueo de *retención*, como señala Salama (2006), implica la existencia de un rechazo de parte de la persona para iniciar una nueva experiencia, pero a la luz de los resultados obtenidos, se evidencia que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la presente investigación utilizan menos este bloqueo, es decir, han aprendido a manejarlo. Probablemente, la experiencia de tener un hijo con esta



condición los desafía a salir de su zona de confort y buscar capacitarse para brindar el cuidado necesario a su hijo/a (Comín, 2014). Con el paso del tiempo, pueden tomar el diagnóstico de su hijo como una motivación para crecer, madurar, mejorar su situación actual y encontrar soporte en su entorno más cercano (Sumalavia, 2019) en especial de su cónyuge (García - López et al., 2016).

En el caso del bloqueo de *confluencia*, que implica un sobre involucramiento con otra persona, en la cual existe una confusión de límites dificultando la diferenciación individual (Salama, 2006), también se observa que está disminuido en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, al compararlos a los padres de niños sin TEA.

De igual forma, se asume una explicación similar a lo ocurrido con el bloqueo de retención, ya que la misma condición del niño hace que los padres perciban un distanciamiento y cierta desconexión con su menor, es por ello que asisten a terapia con el fin de aprender estrategias para involucrarse con su hijo de manera adecuada (Sumalavia, 2019). En el intento por involucrarse con su hijo con TEA, los padres pueden experimentar momentos frustrantes y de desesperación, como señala Sumalavia, porque es algo nuevo para ellos y aprender estrategias nunca antes vistas normalmente toma tiempo.

### 5.3 CONCLUSIONES

- No existe relación entre la ansiedad como estado y el bloqueo de retención de la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo.
- A mayor nivel de ansiedad como estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de desensibilización de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de proyección de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de

introyección de la autorregulación organísmica.

- A mayor nivel de ansiedad como estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de retroflexión de la autorregulación organísmica.
- No existe relación entre la ansiedad como estado y el bloqueo de deflexión de la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo.
- No existe relación entre la ansiedad como estado y el bloqueo de confluencia de la autorregulación organísmica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo.
- A mayor nivel de ansiedad como estado en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de fijación de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de retención de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de desensibilización de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de proyección de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de introyección de la autorregulación organísmica.
- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de retroflexión de la autorregulación organísmica.

- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de confluencia de la autorregulación orgánica.
- A mayor nivel de ansiedad como rasgo en los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo, se presenta un mayor bloqueo de fijación de la autorregulación orgánica.
- No existe relación entre la ansiedad como rasgo y el bloqueo de deflexión de la autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA de Trujillo.
- Los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA presentan mayor nivel de ansiedad como estado y como rasgo que los padres de niños sin TEA.
- Los padres de niños sin TEA presentan mayor bloqueo de retención en la regulación orgánica que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA.
- No existen diferencias en cuanto al bloqueo de desensibilización de la regulación orgánica, entre los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo.
- No existen diferencias en cuanto al bloqueo de proyección de la regulación orgánica, entre los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo.
- No existen diferencias en cuanto al bloqueo de introyección de la regulación orgánica, entre los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo.
- No existen diferencias en cuanto al bloqueo de retroflexión de la regulación orgánica, entre los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo.
- No existen diferencias en cuanto al bloqueo de deflexión de la regulación orgánica, entre los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo.

- No existen diferencias en cuanto al bloqueo de fijación de la regulación organísmica, entre los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA de la ciudad de Trujillo.
- Los padres de niños sin TEA presentan mayor bloqueo de confluencia en la regulación organísmica que los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA.

#### **5.4 RECOMENDACIONES**

- Realizar estudios sobre la ansiedad y la autorregulación organísmica en padres de niños con trastornos del neurodesarrollo, con diversas condiciones personales o sociales, con el fin de ampliar la exploración y la construcción de perfiles en poblaciones diferenciadas.
- Fomentar el acompañamiento especializado a los padres con hijos que tienen diagnóstico de TEA, pues el presente estudio demuestra que la ansiedad de los padres se incrementa al tener un hijo con esta condición.
- Motivar a la realización de investigaciones sobre la ansiedad, especialmente en padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA. Pese a que actualmente se cuente con modelos de intervención para esta problemática de salud mental, es imprescindible seguir profundizando en el estudio de las particularidades de la ansiedad en la población trujillana.
- Los padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA presentan ansiedad como estado y como rasgo, además de ciertos bloqueos en la autorregulación organísmica, por lo tanto, se cree conveniente difundir esta información con el fin de utilizarlo como guía en futuras intervenciones psicológicas realizada a padres.
- Las actividades preventivas de la ansiedad son de suma importancia, es por ello que se recomienda diseñar un plan estratégico para el autocuidado de padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abidin, R (1995). Parenting Stress Index (PSI). *Pediatric Psychology Press*, 1 – 86.  
<https://eric.ed.gov/?id=ED238896>
- Alva, C. (2016). *Fortalecimiento de la autoestima mediante la psicoterapia Gestalt en estudiantes del primer ciclo de una universidad privada de Lima metropolitana*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª ed.)*. Panamericana.
- Ángeles, M. y Cruz, L. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 215-230. ISSN: 1132-0559
- Antuña, B. (2016). *Aprendizaje de habilidades sociales y enseñanza específica de interacciones sociales en niños con autismo y síndrome de Asperger: Respuestas flexibles y emergencia de habilidades de comunicación*. [Tesis de doctorado inédita, Universidad de Oviedo]. Repositorio institucional – Universidad de Oviedo.
- Ardiles, D. (2020). *Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana*. [Tesis de magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Aznar, E. y Berlanga, A. (2005). *Guía Práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*. Ediciones Pirámide.
- Bandura, A., Blanchard, EB, y Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13(3), 173– 199.  
<https://doi.org/10.1037/h0028276>
- Baumgardner, P. (1982). *Terapia Gestalt*. Concepto. Baumgardner, P. y Perls, F. (2006). *Terapia Gestalt*. Pax.
- Bazán, L. (2021). Adaptación, validez y fiabilidad del inventario ansiedad rasgo estado

para adultos de la ciudad de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 101 – 116. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20614>

Bitsika, V. & Sharpley, C. (2004). Stress, Anxiety and Depression Among Parents of Children With Autism Spectrum Disorder. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 14(2), 151–161. doi 10.2147/NDT.S107103.

Bolaños, E. (2012). *Muestra y Muestreo*. [Trabajo de Grado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/14620>.

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., Guglielmi, O., Quevedo-Blasco, R., y Ramiro, M. (2011). Rendimiento en el doctorado en función del área de conocimiento. *Revista de Psicodidáctica*, 16(1), 181-192. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17517217010>

Castanedo, C. (2007). *Terapia Gestalt Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Herder.

Chau, C., Morales, H. y Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología*, 20(1), 93-131. doi:10.18800/psico.200201.005

Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Polemos.

Comín, D. (31 de octubre de 2014) *Autismo, desconocimiento, pobreza y exclusión social*. *Fundación Autismo Diario*. <https://autismodiario.com/2014/10/31/autismo-desconocimiento-pobreza-y-exclusion-social/>

Comín, M. y Cruz, B. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 215-230. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592008000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200009)

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. (2019, julio). Anuario estadístico 2018. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. [https://conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/02/PLAN\\_TEA\\_2019-2021.pdf](https://conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/02/PLAN_TEA_2019-2021.pdf)

- Coy, L., y Martín, E. (2017). Habilidades sociales y comunicativas a través del arte en jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA). *Estudios Pedagógicos*, 43(2), 47-64. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v43n2/art03.pdf>
- De Goñi, A. (2015). *La familia del niño con trastorno del espectro autista: de la detección a la aceptación*. [Tesis de grado, Universidad de Navarra]. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/39668/1/ADRIANA%20DE%20GO%203%91I.pdf>
- Demos, A. (2016). *Representaciones del autismo en padres de hijos autistas*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). <https://xdoc.mx/preview/havent-laughed-this-hard-in-a-long-time-5e640695313d1>
- Descalzo, M. (2010). *El Test de Psicodiagnóstico Gestalt (T.P.G)*. Study Lib. <https://studylib.es/doc/4763510/el-test-de-psicodiagn%C3%B3stico-gestalt--t.p.g->
- Escurrea, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología de la PUCP*, 6 (1 – 2), 103 – 111. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Falk, N., Norris, K., & Quinn, M. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Autism Developmental Disorder*, 44(12), 185-203. <https://doi.org/0.1007/s10803-014-2189-4>.
- Fernández, M.; Pastor, G. y Botella, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *Revista de psicología*, 4(1), 425-433. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.630>
- Fernández, M. y Espinoza, A. (2019). Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Revista de Psicología*, 37(2), 643-682. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201902.011>
- Fominaya, C. (27 de noviembre de 2019). *Eva Millet: «Es innegable que de unos padres ansiosos surgen hijos ansiosos»* <https://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci->

millet-innegable-unos-padres-ansiosos-surgen-hijos-ansiosos-201911260139\_noticia.html

- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., Muñoz-Yunta, J., Hervás-Zúñiga, A., Canal-Bedia, R., Hernández, J., Díez-Cuervo, A., Idiazábal-Aletxa, M., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J., Martos-Pérez, J. y Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista De Neurología*, 43(7), 425-438. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.4307.2005750>
- García-Batista, Z., Guerra-Pena, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S., Flores-Kanter, P. y Medrano, L. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad estado-rasgo en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 53-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.004>
- García-López, C., Sarriá, E., Pozo, P., & Recio, P. (2016). Supportive dyadic coping and psychological adaptation in couples parenting children with Autism Spectrum Disorder: The role of relationship satisfaction. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3434-3447. <http://doi.org/10.1007/s10803-016-2883-5>
- Gil, J. (2014). *Decide cómo vivir tu vida. Terapia Gestalt para la vida cotidiana*. Comanegra.
- Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*. [Tesis de licenciatura, Pontificia universidad católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/665>
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2015). Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para pacientes diagnosticados con depresión Salud Mental. *Instituto Nacional de Psiquiatría*. 38(4) 293-298. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61081>
- Hamlyn-Wright, S., Draghi-Lorenz, R. & Ellis, J. (2007). Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parent of children with a developmental disorder. *Autism*, 11(6), 489-501. doi:



10.1177/1362361307083258

- Harris, S. (2001). *Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares*. Narcea.
- Hernández, V., Calixto, B. y Aguilar, I. (2012). Aspectos psicológicos de familiares de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 73-90. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80224034005.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M. y Sánchez, L. (2012). *Los trastornos del espectro autista*. *Integral*, XVI (10), 780-794. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/04/780-794%20T.autism.pdf>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (1981). *Investigación del comportamiento*. Mc.GrawHill.
- Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, JM, Kovacs, E. & Tilford, JM (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.
- Kuipers, E., Leff, J. y Lam, D. (2004). *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias*. Paidós.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca S.A.
- Ledesma, R., Macbeth, G. y De Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: Revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta [A conceptual review of effect size estimates of the difference between two means]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425–439.
- Lu, O. (2020). *Estilos de afrontamiento y ansiedad en madres de niños y niñas con trastorno del espectro autista en Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/17345>

- Lyons, A., Leon, S., Phelps, C. & Dunleavy, A. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19(4), 516-524. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-009-9323-5>
- Martos, J. y Ayuda, R. (2002). Comunicación y lenguaje en el espectro autista: el autismo y la disfasia. *Revista de Neurología*, 34(11), 58-63. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.34S1.2002038>
- Mendoza, X. (2014). *Estrés parental y optimismo en padres de niños con trastorno del espectro autista*. [Tesis de licenciatura, Pontificia universidad católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5732>
- Naranjo, C. (2012). *Carácter y Neurosis*. Granic.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia: Manual de intervención psicosocial*. Paidós.
- Ojea, M. (2004). *El espectro autista. Intervención psicoeducativa*. Ediciones Aljibe.
- Organización Mundial de la Salud. (01 de junio de 2021). Trastornos del espectro autista. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Perls, F. (2007). *El Enfoque Gestáltico: Testimonios de Terapia*. Cuatro Vientos.
- Pineda, D. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista*. [Tesis de licenciatura, Pontificia universidad católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1659>
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150828>
- Ramos, L. (2009). *La Gestalt: un encuentro entre humanos*. Acento Editores.
- Rezendes, D. & Scarpa, A. (2011). Associations between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy. *Autism Research and Treatment*. 2011, 1 – 10. doi: 10.1155/2011/395190
- Rodríguez, R., Pérez, G., Salguero, A. (2010). El deseo de la paternidad en los hombres.

*Avances en Psicología Latinoamericana*, 28 (1), 113- 123.  
[https://www.researchgate.net/publication/48169143\\_El\\_deseo\\_de\\_la\\_paternidad\\_en\\_los\\_hombres](https://www.researchgate.net/publication/48169143_El_deseo_de_la_paternidad_en_los_hombres)

Rojas, E. (1998). *La ansiedad: Cómo superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Temas de hoy.

Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano Seguro Social*, 48(5), 491- 496. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745510005.pdf>

Román, D. (2021). *Ansiedad y evitación experiencial en estudiantes de Psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Rutter, M. y Schopler, E. (1984). *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*. Editorial Alhambra.

Salama, H. (1992). *El enfoque Gestalt, una psicoterapia humanista*. El manual moderno.

Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. Alfaomega.

Salama, H. (2006). *Ciclo Gestalt de Salama TPG. Manual del test de psicodiagnóstico Gestalt de Salama*. Centro Gestalt de México.

Salama, H. (2008). *GESTALT de persona a persona*. Alfaomega.

Salama, H. y Villareal, R. (1988). *El enfoque Gestalt. Una psicoterapia humanista*. Manual Moderno.

Salas, I. (2017). *Cohesión familiar y bloqueo en las fases del ciclo de la experiencia Gestalt en adolescentes del 5to. año del nivel secundario de cinco instituciones educativas del distrito del Cercado de Lima*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Salazar, R. (2011). Autorregulación orgánica en hombres que ejercen violencia doméstica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 50-66. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/28890>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseño de la investigación científica*. Business Support Anneth SRL.
- Seymour, M., Wood, C., Giallo, R. y Pellets, R. (2013). Fatiga, estrés y afrontamiento en madres de niños con un trastorno del espectro autista. *Revista de autismo y trastornos del desarrollo*, 43, 1547-1554. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1701-y>
- Sime, B. (2014). *Efectividad de un programa educativo de Enfermería en la disminución de los niveles de ansiedad en el periodo de exámenes en estudiantes de Enfermería*. Universidad Señor de Sipán Chiclayo-Lambayeque. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11596>
- Spielberger, C. y Díaz- Guerrero, R. (2002). *Manual del IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado*. Manual Moderno.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Laushene, R. (1990). Manual for the state-trait anxiety inventory. *Counseling Psychologist Press*. <https://web.teaediciones.com/ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
- Stange, I. y Pintado, O. (2014). Conceptos Básicos de Psicoterapia Gestalt. *Eureka*, 11(1), 106 – 117. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905603/eureka-11-1-17.pdf>
- Sumalavia, M. (2019). *Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/625079>
- Tijeras, A., Fernández-Andrés, M., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez, X., Blázquez-Garcés, J. y Tárraga, R. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) con o sin

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista INFAD de Psicología - International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311 – 321. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/63>
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57 - 59. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2014000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001)
- Velásquez, L. (2018). *Niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos internados en un hospital general de Lima*. [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4049>
- Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/618>
- Whitmore, K. (2016). Respite care and stress among caregivers of children with autism spectrum disorder: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 630-652. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.07.009>
- Zinker, J. (2000). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Paidós.
- Zych, I. (2011). *Cómo sobreponerse a la ansiedad. Un manual práctico para que la ansiedad deje de controlar tu vida*. Pirámide.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### Consentimiento Informado

**Título:** ansiedad y autorregulación orgánica en padres con hijos que tienen o no el diagnóstico de TEA – Trujillo.

**Investigador:** Lili Claudina Bazán Izquierdo

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder los datos de la ficha demográfica, así como los cuestionarios presentados. Su participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja es anónima y confidencial, solo será utilizada para fines académicos. El tiempo aproximado para recoger la información será de 20 minutos y si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer preguntas en cualquier momento a través del correo [lili.bazan@unmsm.edu.pe](mailto:lili.bazan@unmsm.edu.pe).

Yo, ....., reconozco que la información que provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento.

He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio alguno para mi persona.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación:

SI.....

NO.....

**ANEXO B****FICHA SOCIODEMOGRÁFICA****DATO DEL CUIDADOR**

**Estimado padre de familia, a continuación, se le solicita completar la siguiente información.**

**SOBRE EL INFORMANTE:**

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA:****GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

\_\_\_\_\_ Secundaria completa

\_\_\_\_\_ Técnico superior completo

\_\_\_\_\_ Superior universitario completo

\_\_\_\_\_ Secundaria incompleta

\_\_\_\_\_ Técnico superior incompleto

\_\_\_\_\_ Superior universitario incompleto

**OCUPACIÓN:**

---

**¿CUÁNTO TIEMPO DEL DÍA COMPARTE CON SU HIJO?**

---

**¿QUIÉNES VIVEN EN CASA?**

---

**¿QUIÉN LE AYUDA CON EL CUIDADO DE SU HIJO?**

---

**DATOS DEL NIÑO****EDAD:** \_\_\_\_\_**SEXO:** \_\_\_\_\_**GRADO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_**¿SU HIJO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA - TEA?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**NIVEL DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA - TEA**

\_\_\_\_\_ NIVEL 3

\_\_\_\_\_ NIVEL 2

\_\_\_\_\_ NIVEL 1

**SU HIJO ASISTE A:**

\_\_\_\_\_ CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL – CEBE

\_\_\_\_\_ CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR - EBR

\_\_\_\_\_ CENTRO DE TERAPIAS

\_\_\_\_\_ OTROS

**¿QUÉ TIPO DE TERAPIA LLEVA SU HIJO?**

\_\_\_\_\_



## ANEXO C

*Coefficientes V de Aiken de los ítems del IDARE, para la escala Ansiedad-Rasgo.*

Ítem	<u>Revisión de expertos</u>		
	Claridad	Coherencia	Relevancia
1	1.00	.96	.93
2	.89	.89	.81
3	1.00	.96	.96
4	1.00	.93	.93
5	.96	.93	.93
6	.96	1.00	.93
7	.96	.96	.96
8	1.00	.93	.89
9	1.00	1.00	.89
10	.93	.85	.81
11	1.00	.93	.89
12	.89	.93	.89
13	1.00	.96	.96
14	.85	.85	.85
15	.93	.93	.81
16	.96	.81	.81
17	1.00	1.00	.89
18	.81	.85	.78
19	1.00	.89	.85
20	.89	.81	.78

Nota: V: Coeficiente de validez de contenido V de Aiken

## ANEXO D

Coeficientes V de Aiken de los ítems del IDARE, para la escala Ansiedad-Estado.

Ítems	Revisión de expertos		
	Claridad	Coherencia	Relevancia
21	.96	.85	.85
22	.96	.85	.93
23	1.00	.93	.93
24	1.00	.89	.96
25	1.00	.93	1.00
26	1.00	.89	.85
27	.85	.89	.85
28	.93	.93	.93
29	.96	.96	.96
30	1.00	.85	.89
31	.89	.89	.85
32	1.00	.93	.89
33	.93	.74	.81
34	1.00	.96	.96
35	.93	.85	.85
36	.93	.70	.74
37	.93	1.00	1.00
38	1.00	.93	.93
39	.89	.81	.78
40	1.00	.96	1.00

Nota: V: Coeficiente de validez de contenido V de Aiken

## ANEXO E

*Coefficientes V de Aiken de los ítems del TPG*

Ítem	Revisión de expertos		
	Claridad	Coherencia	Relevancia
1	1.00	.96	.92
2	.88	.88	.81
3	1.00	.96	.96
4	1.00	.92	.92
5	.96	.92	.92
6	.96	1.00	.92
7	.96	.96	.96
8	1.00	.92	.88
9	1.00	1.00	.88
10	.92	.85	.81
11	1.00	.96	.88
12	.88	.92	.88
13	1.00	.96	.96
14	.85	.85	.85
15	.92	.92	.81
16	.96	.81	.81
17	1.00	1.00	.88
18	.81	.85	.77
19	1.00	.88	.85
20	.88	.81	.77
21	.96	.85	.85
22	.93	.93	1.00
23	1.00	.93	.93
24	.96	.89	1.00
25	.70	.91	.70
26	.85	.89	1.00
27	.85	.89	.85
28	.93	.93	.93
29	.96	.96	.96
30	.89	.85	1.00
31	.85	.89	.89
32	.89	.93	1.00
33	.81	.74	.93
34	.96	.96	1.00
35	.53	.53	.61
36	.42	.39	.61
37	1.00	1.00	.93
38	.93	.93	1.00
39	.78	.81	.89
40	1.00	.96	1.00

Nota: V: Coeficiente de validez de contenido V de Aiken

**ANEXO F***Dimensiones, indicadores e ítems de la ansiedad*

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Ansiedad Estado	Expresión de un estado emocional inmediato, que puede modificarse en el tiempo. Se compone de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos inoportunos y preocupaciones.	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.
Ansiedad Rasgo	Es una característica de personalidad relativamente estable. Predispone a la persona a percibir diferentes situaciones como peligrosas y/o amenazantes.	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40.

**ANEXO G***Dimensiones, indicadores e ítems de la autorregulación orgánica*

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Retención	Evita concluir con el asunto pendiente y deja todo para después.	9, 16, 28, 37
Desensibilización	Evita o huye de la vivencia y de las sensaciones que genera.	1, 18, 26, 36
Proyección	Evita apropiarse de su propia realidad y no reconoce su situación actual.	8, 19, 29, 39
Introyección	Prioriza, sobre sus emociones, aspectos socioculturales adquiridos a lo largo de su vida, las reglas y normas aprendidas que han llegado a formar parte de su personalidad y que son compatibles con su forma de pensar y actuar.	2, 11, 21, 33
Retroflexión	Encuentra las consecuencias físicas de la culpabilización o situación vivida. Se devuelve a sí mismo la vivencia (contracturas, tensión muscular, pensamientos o sueños recurrentes).	4, 17, 27, 38
Deflexión	Evita conectarse con la emoción que está sintiendo, con tal de no tener que vivenciar la situación.	3, 12, 24-34
Confluencia	No percibe límite alguno entre él y el ambiente que lo rodea.	6-13-22-31
Fijación	Presenta rigidez en sus patrones de conducta.	7-14-23-32