

	FORMATO RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN TRABAJOS DE GRADO ASOCIADOS A LA PRÁCTICA/ TRABAJOS DE PRÁCTICA INVESTIGATIVA	CV -	
		Versión 1	Página 1 de 68

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
CENTROS DE INVESTIGACIONES**

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO ASOCIADO A LA PRÁCTICA / PRÁCTICA INVESTIGATIVA	
TÍTULO DEL TRABAJO	Relación entre factores sociodemográficos, crianza e IDEA en niños y adolescentes con autismo.
DIRECTOR TRABAJO DE GRADO/ SUPERVISOR PRÁCTICA INVESTIGATIVA	Lisette Andrea Monroy Cifuentes
AUTOR (ES)	Paola Andrea Culma Gómez Blanca Maribel Giraldo Giraldo
PALABRAS CLAVE	Autismo, prácticas de crianza, Inventario del Espectro Autista- IDEA, Cuestionario de Prácticas de Crianza CPC-P
AÑO / PERIODO	2019 II
MODALIDAD	Trabajo de Grado (Pregrado)

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (RESUMEN O ABSTRACT)

Ante las dinámicas de las familias colombianas relacionadas con el abordaje, direccionamiento, aceptación e inclusión de los niños, niñas y adolescentes (NNA) con autismo y de diversos factores que impactan sus procesos cognitivos, emocionales y comportamentales, se planteó como objetivo determinar si existe relación entre factores sociodemográficos, prácticas de crianza y las dimensiones del Inventario del Espectro Autista (IDEA) en 30 NNA con autismo de la ciudad de Bogotá, Colombia con edades entre 5 y 17 años. Por medio de la aplicación de tres cuestionarios a sus cuidadores y el respectivo análisis correlacional, se determinó por medio de la correlación de Spearman que no existe relación significativa entre sus prácticas de crianza y las dimensiones del IDEA, sin embargo, según la prueba de Chi-cuadrado se encontró correlación entre los factores sociodemográficos de parentesco y consumo de psicofármacos con las categorías del cuestionario de prácticas de crianza en las dimensiones de expresión de afecto, involucramiento, prácticas de cuidado y técnicas de sensibilización.

2. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta las dificultades que se presentan en las familias colombianas y en sus dinámicas con relación al abordaje, direccionamiento, aceptación e inclusión de los niños, niñas y adolescentes con autismo, es de pertinencia clínica y una responsabilidad ética conocer y dimensionar los diversos factores asociados que impactan los procesos cognitivos, emocionales y comportamentales que presentan las personas con ciertas dishabilidades, con el objetivo de desarrollar e implementar herramientas que les facilite la inclusión en diferentes

ambientes para un óptimo desarrollo, contribuyendo así a futuro en la formulación de planes de tratamiento, fortaleciendo la conceptualización y comprensión de los procesos cognoscitivos, comportamentales y sociales asociados al Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Todos los trabajos interdisciplinarios deben estar enfocados en el acompañamiento y la orientación a las familias con algún integrante con TEA, por tanto, es importante realizar una concientización en la sociedad para brindar oportunidades de trato equitativo y participación ciudadana libre de sesgo o discriminación alguna.

Es de conocimiento universal que la Familia constituye la unidad básica de cada sociedad, es portadora y generadora de múltiples capacidades y habilidades y es la principal garante del cumplimiento de los derechos humanos de cada ser partiendo de su individualidad y colectividad, asimismo, la Constitución Política de Colombia en su capítulo II artículo 42 señala que “*La familia es el núcleo fundamental de la sociedad*”, y “El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia” (Const, 1991, art. 42) por tanto es de carácter imperativo la generación de atención y acompañamiento integral para el grupo más próximo a los NNA con autismo ya sea su familia o sus respectivos cuidadores; tener un miembro de la familia o a una persona a cargo con autismo impacta en mayor medida las dinámicas familiares, la distribución de los recursos, la forma de impartir instrucciones, las prácticas de crianza se modifican en pro del bienestar del niño, niña o adolescente con autismo y así mismo de manera bidireccional se afectan las mismas prácticas por las características del cuidado y el soporte psicosocial que demandan las personas con autismo. Es clave que la familia reciba apoyo y orientación en la construcción de escenarios favorables que le permitan enfrentar los retos que dicha condición trae, teniendo en cuenta que el autismo tiene una repercusión individual en quien tiene el diagnóstico y en la relación de los miembros de la familia o sus cuidadores (Martínez y Bilbao 2008; Zuñiga Gómez, 2018).

3. METODOLOGÍA

Se trabajó desde un diseño no experimental de corte descriptivo correlacional, con un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo constituida por 30 cuidadores de 30 NNA con autismo. Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta consideraciones como que los participantes fueran de nacionalidad colombiana residentes en la ciudad de Bogotá, con diagnóstico confirmado del Trastorno del Espectro Autista emitido por la especialidad competente, con edades comprendidas entre 5 a 17 años y escolarizados. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta que los participantes no estuvieran consumiendo alguna sustancia psicoactiva.

La recolección de los datos se realizó por medio de la aplicación online o física del Cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia, el Cuestionario de prácticas de crianza CPC-P versión padres autor original Aguirre (2000) validado en Colombia por Aguirre Forero (2012) y por medio del Inventario del Espectro Autista IDEA autor original Rivière (2002) validado en Colombia por Contreras, Perdomo & Montoya (2018). Ninguno de los instrumentos fue desarrollado por los NNA, es decir, todas las aplicaciones fueron realizadas directamente por los padres, acudientes o cuidadores de los mismos.

En la primera etapa de la investigación se realizó el planteamiento del problema, delimitación de objetivos, construcción de marco teórico, estado del arte, metodologías a implementar y construcción de consentimiento informado y encuesta de datos sociodemográficos.

En una segunda etapa se realizó la adecuación online de los instrumentos a aplicar, acercamiento a instituciones, fundaciones y cuidadores que tuvieran relación directa con el fenómeno y la respectiva recolección de datos de la muestra requerida para el tipo de investigación.

En una tercera etapa se realizó el proceso de análisis de datos estadístico por medio del programa SPSS 25, obteniendo los resultados del proceso investigativo y el planteamiento de la discusión.

Finalmente, en una cuarta etapa se realizó el proceso de socialización de resultados a los interesados en su obtención, mediante la psicoeducación en prácticas de crianza que dotó a los participantes de herramientas para el abordaje práctico y familiar del fenómeno estudiado.

Todas las actividades realizadas en el marco del proyecto cumplen con las disposiciones y los estándares definidos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1090 de 2006 - Código Deontológico y Bioético Psicología, Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013 y la Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia, disposiciones legales que regulan y establecen el tratamiento ético durante el ejercicio con niños, niñas y adolescentes en pro de su bienestar, la confidencialidad de la información, la distribución de los resultados y su trato justo.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación planteó como objetivo encontrar correlación entre los factores sociodemográficos, las prácticas de crianza y las dimensiones valoradas en el IDEA, en 30 cuidadores de NNA con autismo de la ciudad de Bogotá.

Se realizaron análisis de frecuencias para los datos sociodemográficos, empleando la prueba de Shapiro-Wilk con la cual se pudo determinar una distribución no paramétrica de la muestra (Villasenor Alba & Estada 2009), por lo tanto, para determinar la correlación entre las variables se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (Restrepo y González 2007). Se encontró que de los 30 NNA, el 93,33% son

hombres, el 66,67% tiene edades comprendidas entre los 6 a 11 años, el 83,33% son de raza blanca, el 76,67% se encuentra en educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), el 86,67% se encuentra estudiando actualmente, el 86,67% cuenta con afiliación a la EPS, la mitad de la muestra tiene hermanos, el 43,33% convive con tres personas más en su hogar, el 96,67% no tiene comorbilidad alguna y el 90% no se encuentra consumiendo algún tipo de psicofármaco.

De los 30 cuidadores de los NNA, el 80% son sus madres, el 96,67% tienen edades comprendidas entre los 27 a 59 años, el 86,67% son de raza blanca, el 30,00% son profesionales, seguidos de técnicos, tecnólogos, bachilleres, especialistas y por último máster; el 56,67% son empleados, el 63,33% son casados, el 86,67% se cuenta con afiliación a la EPS, el 66,67% tiene un rango salarial superior a un SMMLV hasta tres SMMLV, el 76,67% profesan la religión católica, el 100% ha vivido junto al NNA la totalidad de su desarrollo, comparten un promedio de 12 horas al día con el NNA, el 80,00% no tiene afección médica, el 96,67% no tiene afección psicológica, el 93,33% no se encuentra consumiendo algún tipo de psicofármaco, el 20,00% reside en la localidad de Usaqué, el 70,00% pertenece al estrato socioeconómico tres y el 53,33% vive en arriendo.

En el análisis psicométrico entre las categorías del CPC-P y las 12 dimensiones del IDE, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman tomando como valores significativos los $p \leq 0,05$, y se observó que no hay ningún error menor o igual a 0,05 por tanto es posible afirmar que no hay correlaciones significativas entre ellas.

Por medio de la prueba Chi-cuadrado se determinó la relación existente entre la clasificación de algunas categorías del CPC-P y datos sociodemográficos, tomando valores de $p \leq 0,05$ como significativos. De este modo es posible observar que el cruce entre el parentesco del cuidador y las dimensiones prácticas de cuidado, involucramiento y expresiones de afecto obtuvieron valores de $p= 0,033$, $p=0,003$, $p=0,033$

respectivamente; y el cruce entre la dimensión sensibilización y el consumo de psicofármacos obtuvo un valor $p= 0,009$. Lo cual indica que existe una correlación significativa entre dos variables de los datos sociodemográficos y cuatro categorías del CPC-P.

La hipótesis de investigación alterna se acepta parcialmente ya que, pese que no se encontraron relaciones significativas entre las seis categorías del CPC-P y las 12 dimensiones del IDEA evaluadas, si se encontraron correlaciones significativas entre el parentesco del cuidador y las prácticas de cuidado, involucramiento y la expresión de afecto, al igual que una correlación significativa entre el consumo de psicofármacos con la dimensión de sensibilización.

Se evidenció homogeneidad en los datos obtenidos, esto se puede deber a que la gran mayoría de participantes contaban con asesoría terapéutica, la cual está enfocada principalmente en un tratamiento integral donde se incluye todos los ámbitos en los que se desempeña el niño (familiar, escolar, entre otros) dificultando la generalización de los resultados (Sánchez-Raya, Martínez-Gual, Elvira, Salas & Cívico, 2015), de hecho en la mayoría de intervenciones conductuales, son enfáticos en enseñar a los padres cómo tratar eficazmente a los niños con autismo (Matson, Mahan & Matson, 2009) y en el entrenamiento de diferentes habilidades las cuales pueden aplicar en el hogar y en otros contextos (Lindgren, Wacker, Suess, Schieltz, Pelzel, Kopelman, Lee, Romani & Waldron, 2016). Pese que la literatura revisada evidencia relaciones entre factores sociodemográficos como por ejemplo la continuidad de los estudios profesionales, medidas de afrontamiento o las enfermedades presentadas por los padres o cuidadores de niños con autismo con el curso del diagnóstico (Auad, 2009; Yamada, Suzuki, Kato, Tanaka, Shindo, Taketani, Akechi & Furukawa, 2007; Gonzáles, 2012; Albarracín Rodríguez, Rey Hernández y Jaimes Caicedo 2014). Sin embargo, al encontrar las relaciones entre las dimensiones del CPC-P y algunos factores sociodemográficos se contrasta con lo que se ha encontrado en estudios

anteriores por ejemplo las diferencias entre el padre y la madre en cuanto al tipo de crianza (Rodríguez, Barrio, & Carrasco, 2009; Cortés, Castillo & Duarte, 2016; Capano Bosch, Tornaría, del Luján & Massonnier, 2016).

Dentro de las limitaciones que se encontraron para el desarrollo de la investigación estaban la dificultad para acceder a la muestra, dada la resistencia de los padres a participar del estudio, esto posiblemente por ser un estudio correlacional en el cual no se planteaba algún tipo de intervención o beneficio adicional para los mismos. Adicionalmente a esto se presentaron dificultades para algunos participantes para presentar los cuestionarios de forma online, bien fuera porque no contaban con un computador en casa o porque no tenían los conocimientos tecnológicos requeridos para hacerlo por este medio. Finalmente, se propone que para futuras investigaciones se plantee un mayor tamaño de muestra, lo que posiblemente permita encontrar resultados significativos en las variables analizadas.

5. REFERENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS CONSULTADOS. TODAS REFERENCIAS CONSULTADAS EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Referencias

Acosta Velez (2015) Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar Colombia. *Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses.*

Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+intrafamiliar+primera+parte.pdf>

Aguirre, E. (2000). Socialización y prácticas de crianza. En Aguirre, E.& Durán, E. (Ed) Socialización: Prácticas de Crianza y cuidado de la salud. Bogotá, D. C., CES - Universidad Nacional de Colombia.

- Aguirre, E. (2002). Prácticas de Crianza y Pobreza. En E. Aguirre (Ed.). Diálogos 2. Discusiones en la Psicología Contemporánea. Bogotá, D.C.: Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia.
- Aguirre Forero, A. M. (2012). Validez del inventario de prácticas de crianza (CPC-1 versión padres) en un padres madres y cuidadores de la ciudad de Bogotá. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.%25x>
- Aguirre Dávila, E., Durán Strauch, E., & Torrado, M. (2000) Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud. Colecciones CES . Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. ISBN 958805219X
- Albarracín Rodríguez, Á. P., Rey Hernández, L. A., & Jaimes Caicedo, M. M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista| Coping Strategies and Socio-demographic Characteristics in Parents of Children with Autistic Spectrum Disorders| Stratégies de copin. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 2(42), 111-126. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/498/1034>
- Alcantud Marín, F. (2013). Trastorno del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana. Madrid: Pirámide.
- Álvarez-Alcántara, E. (2007). Trastornos del espectro autista. Revista mexicana de pediatría, 74(6), 269-276. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp076g.pdf>

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Araque, A., Jiménez, A., Roncancio, E., Parra, J., Herrera, L., & Calvache, L. (2014). Documento elaborado por el grupo de padres de familias convocados a la mesa que se adelanta en el ministerio de salud y protección social, que incluye el resultado de 300 encuestas respondidas en 45 ciudades principales y municipios de Colombia, con el fin de recoger insumos para el análisis de inclusión de las necesidades de la población con TEA, en las políticas públicas de Colombia. Bogotá: Liga Colombiana de Autismo.

Arberas, C., & Ruggieri, V. (2019). Autismo. Aspectos genéticos y biológicos. *Revista Medicina de Buenos Aires*, 1(79), 16-21. Recuperado de <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30776274.pdf>

Arias Quiroz, P., Díaz Jaramillo, L., & Valderrama Marambio, P. (2016). *Relación entre la organización conductual y el desempeño ocupacional, en niños de 3 a 5 años con trastorno del espectro Autista, evaluados en base al modelo DIR Floortime, en el contexto escolar en la Fundación San Nectario* (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).

Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. Doi: 10.4321/S0211-57352012000300008

- Auad, M. (2009). Representaciones mentales de la maternidad en madres de hijos con trastorno del espectro autista. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ayuda-Pascual, R., Llorente-Comí, M., Martos-Pérez, J., Rodríguez-Bausá, L., & Olmo-Remesal, L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Revista de neurología*, 54(1), S73-80. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.54S01.2011713>
- Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. Recuperdo de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009
- Baron-Cohen, S., Hadwin, J., & Holwin, P. (2006). Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás: guía práctica para educadores. *Clínica y Salud*, 17(2), 225-227.
- Barrera Cantillo, A. M. (2016). Relación entre creencias irracionales y bienestar psicológico de padres y comportamientos positivos de niños con autismo. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
- Blake, J., Hoyme, H. E., & Crotwell, P. L. (2013). A brief history of autism, the autism/vaccine hypothesis and a review of the genetic basis of autism spectrum disorders. *South Dakota Medicine*.

- Bonilla, M., & Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. *Revista Pediatría*, 19-29. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/2.-Trastorno-espectro.pdf>
- Cala Hernández, O., Licourt Otero, D., & Cabrera Rodríguez, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157-178.
- Capano Bosch, A., Tornarúa, G., del Luján, M., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 413-444.
- Casas Latorre, V. A. (2018). Asociación entre el periodo intergenésico y trastornos del espectro autista. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3934>
- Chiong, L. G. R., Aráuz, L. C. R., & Zúniga, F. J. S. (2017). Experiencia vivida en madres/padres cuidadores de niños/niñas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, (21), 40-49. Doi: 10.5377/farem.v0i21.3484
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2006). Ley 1090. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Congreso de Colombia. (8 de noviembre de 2006). Código de la Infancia y de la Adolescencia. [Ley 1098 de 2006].
- Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley de Salud Mental. [Ley 1616 de 2013].

Congreso de Colombia. (27 de febrero de 2013). Ley Estatutaria. [Ley 1618 de 2013].

Constitución Política de Colombia. [Const.] (1991). Artículo 42 [Título II]. 2da Ed. Legis

Contreras, A., Perdomo, S., & Montoya, C. (2018). Validación del inventario del espectro autista (IDEA) en población Colombiana (tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia

Correia, S. (2013). Autismo: Características e intervención educativa en la edad infantil. Universidad de la Rioja. Recuperado de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000368.pdf

Cortés, D. C., Castillo, M. A. R., & Duarte, J. C. (2016). Papel moderador del sexo en las prácticas de crianza. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(1), 275-284.

Delgado McKay, X., & Zapata Zabala, M. (2018). Déficit de memoria operativa en los trastornos del neurodesarrollo. *Psicogente*, 21(39), 216-227. Doi: 10.17081/psico.21.39.2832

García-Franco, A., Alpizar-Lorenzo, O. A., & Guzmán-Díaz, G. (2019). Autismo: Revisión Conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula*, 6(11). Doi: 10.29057/esat.v6i11.3693

Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300010&script=sci_arttext&tlng=pt

Happé, F. (2019). What does research tell us about girls on the autism spectrum?. *Girls and Autism: Educational, Family and Personal Perspectives*, 10.

Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-245. Recuperado de <http://www.miranos.cl/wp-content/uploads/2019/01/Guia-de-buenas-practicas-para-la-deteccion-temprana-de-TEA.pdf>

Hernández, J., Martín, A., & Ruíz, B. (2011). *Déjame que te hable de los niños y niñas con autismo de tu escuela*. Madrid: Teleno ediciones.

Hervás, M., Maristany, M., Salgado, L., & Sánchez S. (2012). *Pediatric Integral XVO* (10) 780-794. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/04/780-794%20T.autism.pdf>

Ito, T. A., Miller, N., & Pollock, V. E. (1996). Alcohol and aggression: A meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues, triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin*, 120, 60-82.

Jerez, A. C., (1 de abril de 2019). Autismo: un diagnóstico que no es una etiqueta. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/vida/salud/panorama-del-autismo-en-colombia-344162>.

Liga Colombiana de Autismo (2014). Encuesta para padres de personas con autismo. [Diapositivas PowerPoint]. Recuperado 11 Abril, 2019 de http://www.ligautismo.org/files/ENCUESTA_ANEXO_DCTO.pdf

Lindgren, S., Wacker, D., Suess, A., Schieltz, K., Pelzel, K., Kopelman, T., Lee, J., Romani, P., & Waldron, D. (2016). Telehealth and autism: Treating challenging behavior at lower cost. *Pediatrics*, 137(Supplement 2), S167-S175. doi: 10.1542/peds.2015-2851O

Livingston, L. R. (1986). Measuring domestic violence in an alcoholic population. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 13, 943-953.

Long, C., Gurka M. & Blackman, J. (2008). Family Stress and Children's Language and Behavior Problems: Results From the national survey of children's health. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28 (3), 148-157.

López Gómez, S., Rivas Torres, R.M., y Taboada Ares, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), pp. 555-570. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000300011

López-Rubio, S., Fernández-Parra, A., Vives Montero, M. C. & Rodríguez-García, O. (2012). Prácticas de Crianza y Problemas de Conducta en Niños de Educación Infantil Dentro de un Marco Intercultural. *Anales de Psicología*, vol. 28(1), pp. 55-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723161007.pdf>

Martínez, M. & Bilbao, M. (2008). *Intervención Psicosocial*, 17(2), 215-230. Madrid.

Martos-Pérez, J., Freire-Prudencio, S., Llorente-Comí, M., Ayuda-Pascual, R., & González-Navarro, A. (2018). Autismo y cociente intelectual: ¿estabilidad? *Rev Neurol*, 66(Supl 1), S39-44.

Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 868-875. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.02.003>

Mera, del Rocio, P. (2016). Caracterización clínica de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista en el Hospital Militar Central e Instituto De Ortopedia Infantil Roosevelt, de enero 2010 a enero de 2014. Recuperado de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/7335/Trabajo%20autismo%20final%202016.pdf?sequence=1>

Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Nácher, M. J., & Cortés, M. T. (2010). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/rlp, 39(2), 211-225. Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/viewFile/434/303>

Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev neurol*, 48(Supl 2), S47-52. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45782535/atenciontempranayautismo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A &Expires=1558032343&Signature=Css1UW9yTDqebGlQz%2BIDbFp%2Fq2w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDe_1_Autismo_y_la_Electronalidad_la_Neuro.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. España: Estugraf.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2015). Protocolo Clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Bogotá. Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2017). “Lineamientos generales para la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social en entidades territoriales 2013 – 2022”. Bogotá. Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad.pdf>

Morales, L. B. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura: Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, (24), 8. Recuperado de [file:///D:/Respaldo/Downloads/Dialnet-AutismoFamiliaYCalidadDeVida-3701024%20\(6\).pdf](file:///D:/Respaldo/Downloads/Dialnet-AutismoFamiliaYCalidadDeVida-3701024%20(6).pdf)

Morant, A., Mulas, F., & Hernández, S. (2001). Bases neurobiológicas del autismo. *Rev Neurol Clin*, 2(1), 163-71. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/bases_neurobiologicas_del_autismo.pdf Moreno-Flagge, N. (2013).

Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 57(Supl 1), S85-94. DOI:

<https://doi.org/10.33588/rn.57S01.2013248>

Mulas, F., & Rojas, M. (2018). Trastorno del desarrollo intelectual. Superposiciones con el trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina (Buenos Aires)*, 78.

Neely, J., Amatea, E. S., Echevarria-Doan, S. Y Tannen, T. (2012). Working with families living with autism: potential contributions of marriage and family therapists. *Journal of marital and family therapy*, 38, 211-226.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2017). Trastornos del espectro autista. Centro de prensa organización mundial de la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Undécima Revisión. Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Orte, C., Touza, C., Ballester, L., & March, M. (2008). Children of drug-dependent parents: prevention programme outcomes. *Educational Research*, 50(3), 249-260. <https://doi.org/10.1080/00131880802309390>

Parra Osorio, M. D. P., & Hoyos López, V. (2014). Eficacia y seguridad del aripiprazol en trastornos del espectro autista en población infanto-juvenil: revisión sistemática de la literatura (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario). Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10227/53106449-2015.pdf?sequence=1>

Paula-Pérez, I. (2013). Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(4), 178-186. Doi: 10.1016/j.rpsm.2012.07.005

Pineda Gonzales, D. (2012). Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista.

Posada, M. (2006). La educación uno de los caminos en el tema del autismo. Seminario internacional “La voz del autismo preparándonos para el futuro” Bogotá, Colombia.

Rabines Juárez, A.O. (2002). Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. Universidad Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Rabines_J_A/t_completo.pdf

Ramírez, O., & Mogollón, D. E. (2013). El estrés de crianza en madres de hijos con la condición de autismo severo (CAS). *Dialógica: revista multidisciplinaria*, 10(1), 66-93. Recuperado de [file:///D:/Respaldo/Downloads/Dialnet-ElEstresDeCrianzaEnMadresDeHijosConLaCondicionDeAu-5250305%20\(4\).pdf](file:///D:/Respaldo/Downloads/Dialnet-ElEstresDeCrianzaEnMadresDeHijosConLaCondicionDeAu-5250305%20(4).pdf)

- Restrepo, L. F., & González, J. (2007). From pearson to Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192.
- Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- Rivière, A. (1997). Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación. II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: MTA S-IMSERSO, 61-160.
- Rivière, A. y Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Rivière, A. (2002). IDEA: Inventario de espectro autista. Fundación para el desarrollo de los estudios cognitivos.
- Rodríguez, M. Á., Barrio, M. V. D., & Carrasco, M. Á. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna?: Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(2), 10-18.
- Rosselli-Cock, M., Matute-Villaseñor, E., Ardila-Ardila, A., Botero-Gómez, V. E., Tangarife-Salazar, G. A., Echeverría-Pulido, S. E., & Ocampo-Agudelo, P. (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años de edad. Estudio normativo colombiano. *Revista de neurología*, 38(8), 720-731. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Esmeralda_Matute/publication/8582057_Neuropsychological_Assessment_of_Children_A_test_battery_for_c

hildren_between_5_and_16_years_of_age_A_Colombian_normative_study/links/577a3ffe08aece6c20fbc484/Neuropsychological-Assessment-of-Children-A-test-battery-for-children-between-5-and-16-years-of-age-A-Colombian-normative-study.pdf

Sánchez-Raya, M. A., Martínez-Gual, E., Elvira, J. A. M., Salas, B. L., & Cívico, F. A. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología educativa*, 21(1), 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.04.001>

Tabuenca, P. G. (2016). Trastorno del espectro autista (TEA). Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud, 22, 149-62. Recuperado de <http://www.calatayud.uned.es/web/actividades/revista-anales/22/03-04-PatriciaGarciaTabuenca.pdf>

Valdivieso, C., Valdivieso, O., & Valdivieso, R. (2011). *Determinación del tamaño muestral mediante el uso de árboles de decisión* (No. 0311). Universidad Privada Boliviana.

Velásquez Gaona, M. A. (2017). Revisión de instrumentos validados en Colombia para el diagnóstico del trastorno del espectro autista. Recuperado de <http://repository.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/947/MYRIAM%20VELASQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Villasenor Alva, J. A., & Estrada, E. G. (2009). A generalization of Shapiro–Wilk's test for multivariate normality. *Communications in Statistics—Theory and Methods*, 38(11), 1870-1883.

Yamada, A., Suzuki, M., Kato, M., Suzuki, M., Tanaka, S., Shindo, T., Taketani, K., Akechi, T., & Furukawa, T. A. (2007). Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(6), 651-657. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01736.x> Cited by: 49

Zúñiga Gómez, D. del C. (2018). Acompañamiento a las familias de miembros diagnosticados con trastorno del espectro autista (Trabajo de grado). Universidad de Antioquia, Medellín. Doi <http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/1146>

6. APÉNDICES

SE DEBE ANEXAR EL ARTÍCULO Y LOS DEMÁS ANEXOS QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES

APÉNDICE 1- ARTÍCULO

Relación entre factores sociodemográficos, crianza e IDEA en niños y adolescentes con autismo.

Paola Andrea Culma-Gómez, Blanca Maribel Giraldo-Giraldo y Andrea Monroy-Cifuentes

Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia

Nota de los autores

Paola Andrea Culma Gómez, Blanca Maribel Giraldo Giraldo y Andrea Monroy Cifuentes, Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.

Este estudio se desarrolló como parte del trabajo de grado en calidad de autor-coautor como investigación formativa dentro del pregrado Psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, sede Bogotá.

Se ofrecen agradecimientos al Colegio Emilio Valenzuela, la Clínica Neurorehabilitar y la Institución RIIIE Centro de Terapias, que tuvieron la disposición y apertura para colaborar en el proyecto; a Horizontes ABA Terapia Integral que facilitó la consecución de la muestra y al docente Carlos Montoya por tutoría metodológica.

Correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Andrea Monroy Cifuentes (lissettea.monroyc@konradlorenz.edu.co), Paola Andrea Culma Gómez (paolaa.culmag@konradlorenz.edu.co) y Blanca Maribel Giraldo Giraldo (blancam.giraldog@konradlorenz.edu.co).
Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Cra. 9ª Bis 62-43, Bogotá, Colombia.

Resumen

Ante las dinámicas de las familias colombianas relacionadas con el abordaje, direccionamiento, aceptación e inclusión de los niños, niñas y adolescentes (NNA) con autismo y de diversos factores que impactan sus procesos cognitivos, emocionales y comportamentales, se planteó como objetivo determinar si existe relación entre factores sociodemográficos, prácticas de crianza y las dimensiones del Inventario del

Espectro Autista (IDEA) en 30 NNA con autismo de la ciudad de Bogotá, Colombia con edades entre 5 y 17 años. Por medio de la aplicación de tres cuestionarios a sus cuidadores y el respectivo análisis correlacional, se determinó, por medio de la correlación de Spearman que no existe relación significativa entre las prácticas de crianza y las dimensiones del IDEA, sin embargo, según la prueba de Chi-cuadrado se encontró correlación entre los factores sociodemográficos de parentesco y consumo de psicofármacos con las categorías del cuestionario de prácticas de crianza en las dimensiones de expresión de afecto, involucramiento, prácticas de cuidado y técnicas de sensibilización.

Palabras clave: Autismo, factores sociodemográficos, prácticas de crianza, Inventario del Espectro Autista- IDEA, Cuestionario de Prácticas de Crianza CPC-P

Relación entre factores sociodemográficos, crianza e IDEA en niños y adolescentes con autismo

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) en el DSM-5 el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por tener deficiencias constantes en la comunicación y en la interacción social en diferentes situaciones y contextos, con la presencia de patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento; por ejemplo, fracaso de la conversación y dificultades en la reciprocidad socioemocional, también insuficiencias en las conductas comunicativas no verbales como poco contacto visual, escaso uso de lenguaje corporal y gestos, en algunos casos hasta una ausencia total de expresión facial y comunicación no verbal.

El TEA si bien es cierto suele detectarse en la primera fase del desarrollo del ser humano, en algunos casos debido a sus leves manifestaciones o al desconocimiento de las señales de alerta por parte de cuidadores o de profesionales de la salud se logra detectar hasta la

edad adulta. El Ministerio de Salud en la Ley de Salud Mental 1616 de 2013 enfatiza en la prioridad en la detección temprana de los trastornos, puesto que posibilita la activación temprana y el despliegue de acciones de prevención, promoción y planes de intervención que garanticen la satisfacción de los derechos fundamentales, afectando positivamente la inclusión social eliminando cualquier rasgo de estigma o discriminación (Ley 1616, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), evidencia en los estudios epidemiológicos que uno de cada 160 niños presenta TEA y la prevalencia mundial tiende al aumento, por otro lado, La Liga Colombiana de Autismo (LICA) estima que 1 de cada 110 niños presenta este trastorno (Delgado Mckay & Zapata Zabala, 2018).

En la actualidad Colombia no cuenta con un censo oficial que permita analizar las cifras y datos sociodemográficos sobre TEA, pero por ahora se cuenta con la última encuesta a nivel nacional sobre las necesidades de la población con TEA realizada por la Liga Colombiana de Autismo (LICA) que arroja el siguiente panorama:

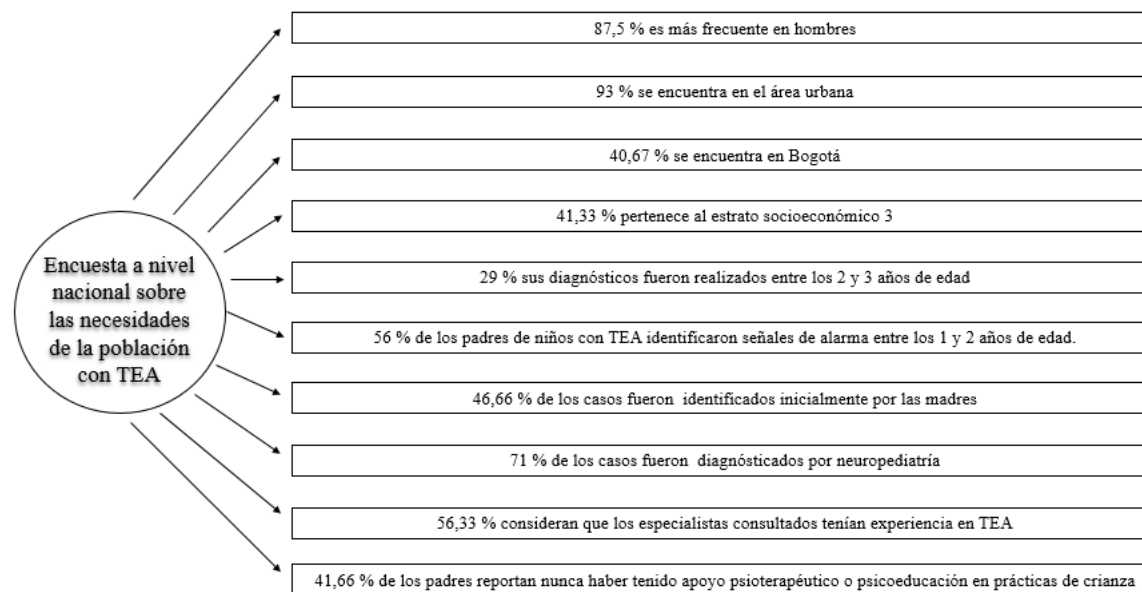


Figura 1. Resultados de la última encuesta sobre necesidades de la población con TEA. Elaboración propia. Fuente (Liga Colombiana de Autismo, 2014).

Modelos explicativos - etiología

Pese a los múltiples estudios a nivel mundial sobre las causas del Autismo, aún no se han logrado determinar los factores causantes únicos o un modelo explicativo exclusivo, sin embargo, se ha identificado en diversos estudios epidemiológicos los factores biológicos, cognitivos y ambientales que favorecen su aparición o mantenimiento. Los modelos que exponen la etiología del autismo están relacionados principalmente con estos tres factores explicativos, los cuales se describen a continuación:

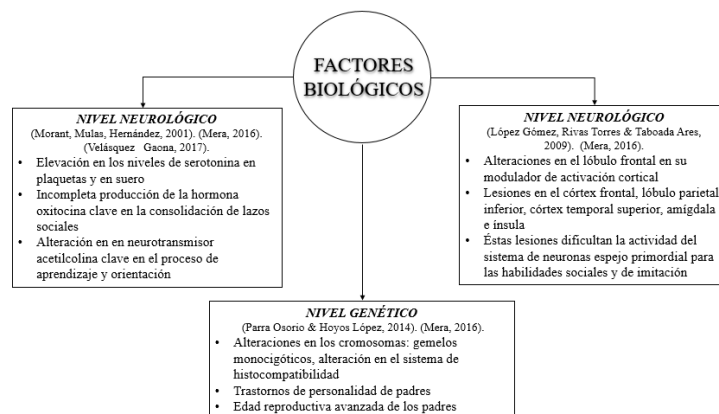


Figura 2. Factores biológicos. Elaboración propia. Fuente (Morant, Mulas, Hernández, 2001; López Gómez, Rivas Torres & Taboada Ares, 2009; Parra Osorio & Hoyos López, 2014; Mera del Rocío, 2016; Velásquez Gaona, 2017).

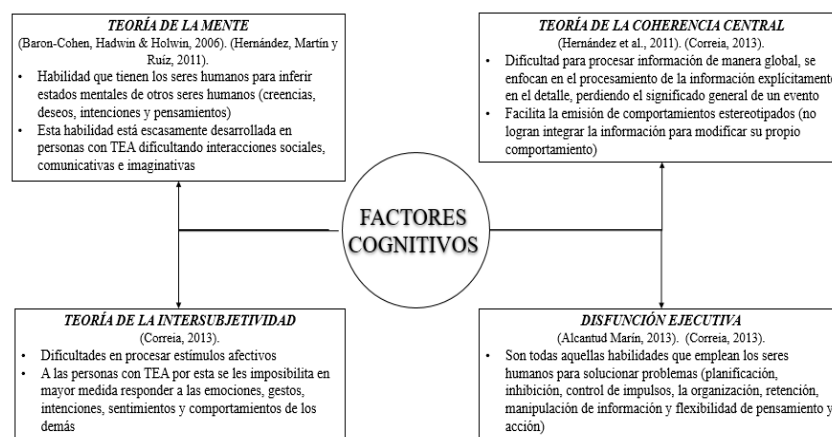


Figura 3. Factores cognitivos. Elaboración propia. Fuente (Baron-Cohen, Hadwin & Holwin, 2006; Hernández, Martín y Ruiz, 2011; Alcantud Marín, 2013; Correia, 2013).

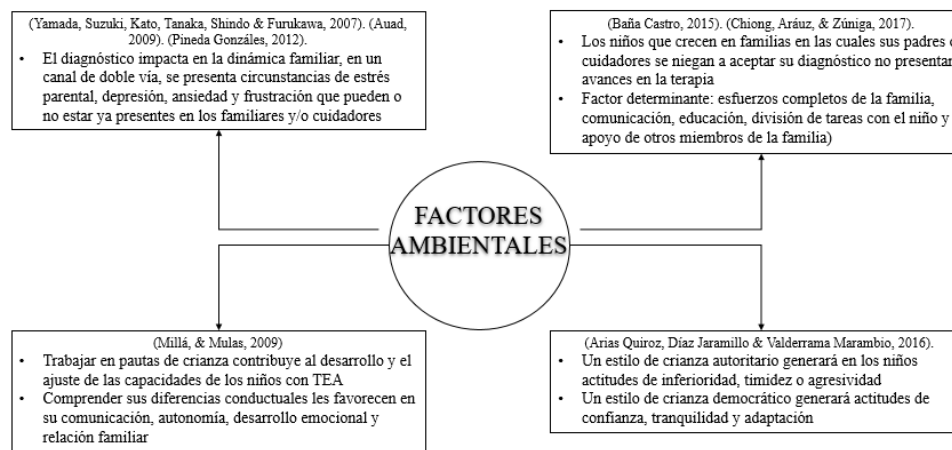


Figura 4. Factores ambientales. Elaboración propia. Fuente (Yamada, Suzuki, Kato, Tanaka, Shindo, Taketani, Akechi & Furukawa, 2007; Auad, 2009; Millá, & Mulas, 2009; Pineda Gonzáles, 2012; Baña Castro, 2015; Chiong, Aráuz, & Zúñiga, 2017; Arias Quiroz, Díaz Jaramillo & Valderrama Marambio, 2016).

Además de lo anterior, se parte de las necesidades contextuales observadas en la revisión de literatura y los escenarios dispuestos en Colombia para el abordaje, tratamiento e inclusión de los NNA, por ello se contemplan los factores sociodemográficos como una las variables de interés dentro del alcance del presente estudio.

Factores sociodemográficos

De acuerdo con Rabines Juárez (2002), las características sociodemográficas son todas aquellas características biológicas, sociales, culturales y económicas que toda población sujeta de estudio tiene y son susceptibles a medición.

En un estudio realizado por Albarracín Rodríguez, Rey Hernández y Jaimes Caicedo (2014), relacionado con las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas en padres de hijos con TEA se concluye que la necesidad principal de los padres, en

especial de las madres, es cuidar a sus hijos, lo cual trae limitaciones en cuanto a la imposibilidad de continuar con su desarrollo profesional, ocupacional y personal, de igual manera se concluyó que a mayor cantidad de hijos los padres utilizan estrategias de evitación emocional y cognitiva para afrontar la situación de su hijo con TEA. Así mismo, las personas solteras, casadas o en unión libre a diferencia de los padres separados, tienden en mayor medida a buscar apoyo profesional para afrontar el diagnóstico, también los padres acuden en mayor medida a actividades religiosas para disminuir el malestar que experimentan ante la situación de su hijo.

Diversos estudios concuerdan en el impacto que el diagnóstico tiene en la dinámica familiar, algunas características como estrés parental, depresión, ansiedad y frustración pueden ser desarrolladas durante el curso de un diagnóstico o pueden estar previamente en los familiares y/o cuidadores de las personas con TEA (Pineda Gonzáles, 2012; Auad, 2009 y Yamada, Suzuki, Kato, Tanaka, Shindo, Taketani, Akechi & Furukawa, 2007). Las familias cumplen un papel importante en el progreso de los niños con autismo, se ha encontrado que los niños que crecen en familias en las cuales sus padres o cuidadores se niegan a aceptar su diagnóstico no presentan avances en la terapia, a diferencia de los niños que crecen en familias que aceptan el diagnóstico. Además, la relación que los padres tienen con los niños, la comunicación y la educación que les dan, facilitan su participación en diferentes actividades del hogar. Obteniendo mejores resultados si ambos padres están comprometidos en el cuidado de los niños. Siendo un factor determinante, para el desarrollo del niño, los esfuerzos de la familia para cumplir sus necesidades (Baña Castro, 2015).

También se ha encontrado una relación entre el estrés parental y problemas comportamentales o de lenguaje. Donde familias de niños con ciertas discapacidades, trastornos del lenguaje, autismo o problemas comportamentales presentan un alto grado de estrés afectando la

conducta parental (Long, Gurka & Blackman 2008). En un estudio realizado por Orte, Touza, Ballester, y March (2008), se evidenció que en las familias donde uno de los padres era toxicómano o estaba en algún tratamiento, algunas variables parentales como la comunicación, la cohesión, la supervisión, la agresividad y las habilidades adaptativas y sociales de los hijos, tenían alguna modificación o variabilidad guiada por la ingesta de las sustancias. En otros estudios se ha encontrado que el abuso de algunas sustancias como el alcohol, psicoactivos, psicofármacos, entre otros, está relacionado con la violencia familiar, ya que estas pueden aumentar la agresividad por el efecto psicofarmacológico (Livingston, 1986; Ito, Miller y Pollock, 1996).

De igual manera se ha encontrado que las madres que pasan una mayor cantidad de tiempo con sus hijos presentan un mayor nivel de apoyo, comunicación, afecto e implicación en la crianza respecto a los padres. Por otro lado, en la aplicación de técnicas de disciplina inadecuadas, los padres las presentan en menor medida que las madres, además las madres presentan un mayor número de interacciones tanto positivas como conflictivas con sus hijos, respecto a las interacciones con los padres (Rodríguez, Barrio, & Carrasco, 2009; Cortés, Castillo & Duarte, 2016; Capano Bosch, Tornaría, del Luján & Massonnier, 2016).

Prácticas de crianza

Las prácticas de crianza tienen que ver con las relaciones entre los integrantes de la familia, pues no son relaciones unilaterales que ejecuta el padre o cuidador sobre el niño; si no que, por el contrario, son acciones de los adultos dirigidas a encaminar el desarrollo de los niños, que les garantice supervivencia e integración social. Estas prácticas les permiten a los padres o cuidadores transmitir a los niños los requerimientos de las acciones diarias, para así tener un control de su conducta, entendiendo este control como el puente que facilita re

orientar al niño, y no como coacción, lo que provee la comunicación de valores y patrones comportamentales esperados por los padres (Aguirre Dávila, Durán Strauch, & Torrado, 2000).

Según Aguirre Dávila, Durán Strauch & Torrado (2000) en su libro “Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud” las prácticas de crianza son:

La práctica es lo que efectivamente hacen los adultos encargados de cuidar a los niños. Son acciones que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento, desarrollo psicosocial y aprendizaje de conocimientos; son acciones que, una vez inducidas, le permiten reconocer e interpretar su entorno (p. 28).

Teniendo en cuenta las dinámicas que se presentan en las familias colombianas en el abordaje, direccionamiento, aceptación e inclusión de los NNA con autismo, es de pertinencia clínica y de responsabilidad ética dimensionar los diversos factores asociados que impactan los procesos cognitivos, emocionales y comportamentales que presentan las personas con ciertas dishabilidades, con el objetivo de desarrollar e implementar herramientas que les facilite la inclusión en diferentes ambientes para un óptimo desarrollo.

Por medio de este proyecto, se pretendió encontrar correlaciones entre diversos factores sociodemográficos, las prácticas de crianza y las 12 dimensiones evaluadas en el Inventario del Espectro Autista IDEA en los NNA con autismo, para contribuir a futuro en la formulación de planes de tratamiento, fortaleciendo la conceptualización y comprensión de los procesos cognoscitivos, comportamentales y sociales asociados al TEA, por tanto se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre los factores sociodemográficos, las prácticas de crianza y las dimensiones del Inventario del Espectro Autista - IDEA en 30 niños, niñas y adolescentes con autismo de la ciudad de Bogotá Colombia?

Método***Diseño de la investigación***

Diseño no experimental de corte descriptivo correlacional.

Hipótesis***Hipótesis alterna***

Existe relación entre los factores sociodemográficos, las prácticas de crianza y las dimensiones del Inventario del Espectro Autista

IDEA.

Hipótesis nula

No existe relación entre los factores sociodemográficos, las prácticas de crianza y las dimensiones del Inventario del Espectro Autista

IDEA.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 30 cuidadores de 30 NNA, de los cuales 24 eran sus madres y 6 sus padres. Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta consideraciones como que los participantes fueran de nacionalidad colombiana residentes en la ciudad de Bogotá, con diagnóstico confirmado del Trastorno del Espectro Autista emitido por la especialidad competente, con edades comprendidas entre 5 a 17 años y escolarizados. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta que los participantes no estuvieran consumiendo alguna sustancia psicoactiva. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, por tanto, participaron en el estudio padres, cuidadores o responsables de NNA de manera voluntaria y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia, Cuestionario de prácticas de crianza CPC-P versión padres autor original Aguirre (2000) validado en Colombia por Aguirre Forero (2012) y el Inventario del Espectro Autista IDEA autor original Rivière (2002) validado en Colombia por Contreras, Perdomo & Montoya (2018). Cada uno de los cuales se presenta en la sesión de apéndices.

Cuestionario de datos sociodemográficos (elaboración propia)

Es un documento diligenciado por los padres, cuidadores o acudientes responsables de los NNA como población de interés del fenómeno a analizar. El cuestionario inicialmente permite la recolección de la información relacionada con la comunicación social o la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos en los NNA enmarcados en los tres niveles de gravedad el DSM-5 (APA 2013, p. 31-32), para confirmar el diagnóstico de TEA entregado por la entidad competente.

De igual manera permite la recolección de información relacionada con aspectos de la nacionalidad, sexo, edad, raza, escolaridad, consumo de sustancias, comorbilidad, convivencia y núcleo familiar de los NNA. Estos mismos datos son recopilados de los padres, cuidadores o responsables añadiendo variables relacionadas con aspectos económicos, académicos, culturales, médicos, tiempos de convivencia y dinámicas familiares. En la tabla 1 se enlistan las dimensiones e ítems valorados en la encuesta de datos sociodemográficos:

Tabla 1

Dimensiones e ítems valorados en la encuesta de datos sociodemográficos

Dimensiones	Ítems
1. Aspectos relacionados con el diagnóstico	7
2. Aspectos relacionados con la información del niño, niña o adolescente	19
3. Aspectos relacionados con la madre, padre, acudiente o cuidador	25
Total de ítems	51

Nota: Tabla de elaboración propia.

Cuestionario de prácticas de crianza (CPC-P) versión padres (Aguirre, 2000; Aguirre Forero, 2012).

El CPC-P es un cuestionario creado por el Dr. Eduardo Aguirre Dávila en el año 2000, la cual, a través de una evaluación psicométrica, determina las prácticas de crianza que emplean los cuidadores hacia sus hijos, el análisis se realiza mediante la aplicación de 120 ítems correspondientes a seis categorías de las dimensiones de la crianza, apoyo afectivo - práctica responsiva y regulación del comportamiento, es un instrumento con una confiabilidad del 0,72 y con tres opciones de respuesta tipo Likert “Siempre”, “Algunas veces” y “Nunca” (Aguirre Forero, 2012).

En la tabla 2 se enlistan las dimensiones, categorías e ítems valorados en el CPC-P versión padres validada en la población colombiana:

Tabla 2

Dimensiones, categorías, descriptores e ítems valorados en el CPC-P

Dimensiones	Categorías	Descriptor	Ítems
1. Apoyo afectivo - práctica responsiva	Expresiones de afecto	Acciones de los padres que indican una respuesta explícita de carácter emocional para con sus hijos	1 - 20
	Orientación positiva	Acciones positivas por parte de los padres que tienen la finalidad de orientar y fortalecer el desarrollo de potencialidades en sus hijos	21 - 40
	Involucramiento	Acciones que indican la participación e interés que los padres manifiestan frente a los comportamientos de sus hijos	41 - 60
	Prácticas de cuidado	Acciones que indican reconocimiento de las necesidades primarias del niño y que un cuidador busca asegurar	61 - 80
2. Regulación de comportamiento	Técnicas de sensibilización	Acciones de los padres que se caracterizan por la aplicación directa de castigos corporales o psicológicos con el fin de controlar el comportamiento de sus hijos	81 - 100
	Técnicas de inducción	Acciones de los padres que se caracterizan por la explicación de las consecuencias de su comportamiento con el fin de orientar el comportamiento de sus hijos	101 - 120

Nota: Esta tabla es de elaboración propia, con la adaptación de la información de “Validez del inventario de prácticas de crianza (CPC-1 versión padres) en un padres madres y cuidadores de la ciudad de Bogotá”, por Aguirre Forero, A. M. 2012.

Inventario del Espectro Autista - IDEA (Rivière, 2002; Contreras, Perdomo & Montoya, 2018).

El IDEA es un inventario postulado por el psicólogo español Ángel Riviére Gómez en el año 1997, el cual tiene como objetivo lograr una valoración de la severidad y la profundidad de 12 características alteradas en el TEA que se agrupan en cuatro áreas funcionales, es importante aclarar que este inventario no fue construido para realizar un diagnóstico diferencial (Riviére, 2002). A continuación, en la tabla 3 se enlistan las cuatro áreas de valoración con sus respectivas dimensiones:

Tabla 3
Áreas y dimensiones del IDEA

Área	Dimensión
1) Relación social	1) Trastorno de la relación social 2) Trastorno de la referencia conjunta 3) Trastorno intersubjetivo y mentalista
2) Lenguaje y comunicación	4) Trastorno de las funciones comunicativas 5) Trastorno del lenguaje expresivo 6) Trastorno del lenguaje receptivo
3) Área de anticipación y flexibilidad comportamental	7) Trastorno de la anticipación 8) Trastorno de la flexibilidad 9) Trastorno del sentido de la actividad
4) Simbolización	10) Trastorno de ficción e imaginación 11) Trastorno de la imitación 12) Trastorno de la suspensión

Nota: Esta tabla es de elaboración propia, con la adaptación de la información de “IDEA: Inventario de espectro autista”, por Riviére, A. 2002. Fundación para el desarrollo de los estudios cognitivos.

Cada una de las 12 dimensiones contiene 5 descriptores que serán calificados en una escala de 0 a 8, los cuales se encuentran distribuidos en los intervalos 0, 2, 4, 6, 8, considerándose el intervalo 0 como ausencia de afectación y el intervalo 8 como el mayor grado de

afectación, el evaluado sólo deberá seleccionar sólo un intervalo obteniendo así una única calificación por dimensión, teniendo en cuenta la elaboración de los descriptores el proceso de evaluación deberá ser llevado a cabo por un profesional con experticia en la evaluación del TEA y que conozca al evaluado.

Procedimiento

En la primera etapa de la investigación se realizó el planteamiento del problema, delimitación de objetivos, construcción de marco teórico, estado del arte, metodologías a implementar, construcción de consentimiento informado y encuesta de datos sociodemográficos. En una segunda etapa se realizó la adecuación online de los instrumentos a aplicar, acercamiento a instituciones, fundaciones y cuidadores que tuvieran relación directa con el fenómeno y la respectiva recolección de datos de la muestra requerida para el tipo de investigación.

En una tercera etapa se realizó el proceso de análisis de datos estadístico por medio del programa SPSS 25, donde se estableció el error Tipo I o alfa menor o igual a 0,05 para aceptar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula. Obteniendo los resultados del proceso investigativo y el planteamiento de la discusión. Finalmente, en una cuarta etapa, se realizó el proceso de socialización de resultados a los interesados en su obtención, mediante la psicoeducación en prácticas de crianza que dotó a los participantes de herramientas para el abordaje práctico y familiar del fenómeno estudiado.

Resultados

Inicialmente se muestra la caracterización de la muestra según información recolectada en el cuestionario de datos sociodemográficos, a través de estadísticos descriptivos. Posteriormente se encuentran las correlaciones de Spearman entre el CPC-P y el IDEA. Finalmente se presentan las correlaciones Chi-cuadrado entre los datos sociodemográficos y el CPC-P. Se realizaron análisis de frecuencias para los datos

sociodemográficos. Se empleó la prueba de Shapiro-Wilk con la cual se pudo determinar una distribución no paramétrica de la muestra (Villasenor Alba & Estada 2009), por lo tanto, para determinar la correlación entre las variables se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (Restrepo y González 2007). En la tabla 4 se demarcan las variables sociodemográficas de los NNA:

Tabla 4
Datos sociodemográficos - variables del niño, niña o adolescente (N=30)

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	28	93,33%
	Mujer	2	6,67%
Edad *	Primera infancia	3	10%
	Infancia	20	66,67%
	Adolescencia	7	23,33%
Raza	Blanco	25	83,33%
	Mestizo	4	13,33%
	Afrocolombiano	1	3,33%
Formación académica *	Educación preescolar	3	10%
	Educación básica	23	76,67%
	Otro *	4 *	13,33%
Estudiante activo	Sí	26	86,67%
	No	4	13,33%
Afiliación sistema de salud	EPS	26	86,67%
	Prepagada	2	6,67%
	Sisbén	2	6,67%

Hermanos	Sí	15	50%
	No	15	50%
Cantidad de hermanos	0	14	46,67%
	1	13	43,33%
	2	3	10%
Posición en la secuencia de hermanos	0	14	46,67%
	1	7	23,33%
	2	9	30%
Cantidad de personas que conviven con el NNA	1	1	3,33%
	2	5	16,67%
	3	13	43,33%
	4	8	26,67%
	5	3	10%
Comorbilidad	Sí	1 *	3,33%
	No	29	96,67%
Consumo psicofármaco	Sí	27	90%
	No	3	10%

Nota: Edad * - Ciclo de vida tomado de Ministerio de Salud (2019) (in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más)).

Formación académica * “Otro”: 4 NNA actualmente no estudian, pero en algún momento tuvieron alguna formación académica.

Formación académica* “Otro” corresponde a niveles, aulas de apoyo pedagógico especial e intermedio

Comorbilidad * 1 dato corresponde a epilepsia.

En la tabla 5 se demarcan las variables tenidas en cuenta dentro de los datos sociodemográficos de los cuidadores de los NNA:

Tabla 5

Datos sociodemográficos - variables de los cuidadores (N=30)

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Parentesco	Madre	24	80%
	Padre	6	20%
Sexo	Hombre	6	20%
	Mujer	24	80%
Edad *	Juventud	1	3,33%
	Adulthood	29	96,67%
Raza	Blanco	26	86,67%
	Mestizo	4	13,33%
Nivel educativo	Bachillerato	5	16,67%
	Técnico	7	23,33%
	Tecnólogo	6	20%
	Profesional	9	30%
	Especialización	2	6,67%
	Maestría	1	3,33%
Ocupación	Ama(o) de casa	5	16,67%
	Desempleado	1	3,33%
	Empleado	17	56,67%
	Independiente	7	23,33%
Estado civil	Soltero(a)	4	13,33%

	Casado(a)	19	63,33%
	Separado(a)	2	6,67%
	Unión libre	5	16,67%
Afiliación sistema de salud	EPS	26	86,67%
	Prepagada	2	6,67%
	Sisbén	2	6,67%
Rango salarial	1 SMMLV	6	20%
	> 1 hasta 3 SMMLV	20	66,67%
	Más de 3 a 5 SMMLV	2	6,67%
	Más de 5 SMMLV	2	6,67%
Corriente religiosa	Grupo Católico	23	76,67%
	Grupo Cristiano	3	10%
	Ninguna	4	13,33%
Porcentaje de convivencia con el NNA a lo largo del desarrollo	100%	30	100%
Porcentaje de tiempo compartido al día con el NNA	0 - 25% del día	6	20%
	26 - 50% del día	14	46,67%
	51 - 75% del día	6	20%
	76 - 100% del día	4	13,33%
Afección médica *	Sí	6 *	20%
	No	24	80%
Afección psicológica *	Sí	1 *	3,33%
	No	29	96,67%

Consumo psicofármaco	Sí	2	6,67%
	No	28	93,33%
Localidad	Barrios Unidos	2	6,67%
	Bosa	1	3,33%
	Chapinero	3	10%
	Engativá	2	6,67%
	Fontibón	4	13,33%
	La Candelaria	2	6,67%
	Los Mártires	1	3,33%
	Puente Aranda	1	3,33%
	Santa Fe	2	6,67%
	Suba	4	13,33%
	Teusaquillo	2	6,67%
	Usaquén	6	20%
Estrato	2	3	10%
	3	21	70%
	4	5	16,67%
	5	1	3,33%
Régimen de la tenencia de la vivienda	Arriendo	16	53,33%
	Propio	14	46,67%

Nota: Edad * Ciclo de vida tomado de Ministerio de Salud (2019) (in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más)).

Afecciones médicas * corresponden a: Alergias, Fibromialgia, Hipertensión, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Migraña.

Afección psicológica* corresponde a Ansiedad - estrés.

Teniendo en cuenta que el resultado obtenido de la prueba Shapiro-Wilk (Villasenor Alba & Estada 2009) determinó que esta muestra no presenta una distribución normal. Se realizaron correlaciones entre las categorías del CPC-P y las dimensiones del IDEA empleando el coeficiente de correlación de Spearman (Restrepo y González 2007), tomando como valores significativos aquellos donde $p \leq 0,05$. En la tabla 6 se muestra el análisis psicométrico entre las categorías del CPC-P y las 12 dimensiones del IDEA, en la cual se puede observar el coeficiente de correlación y la significancia bilateral para cada cruce. Dado que no hay ningún error menor o igual a 0,05 es posible afirmar que no hay correlaciones significativas entre ellas.

Tabla 6
Análisis psicométrico entre el CPC-P y el IDEA

IDEA / CPC-P		Expresiones de afecto	Orientación positiva	Involucramiento	Prácticas de cuidado	Técnicas de sensibilización	Técnicas de inducción
1. Trastorno cualitativo de la relación social	Coefficiente de correlación	-,122	-,077	-,085	-,219	,108	,147
	Sig. (bilateral)	,520	,686	,656	,244	,569	,439
2. Trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta-acción, atención y preocupación	Coefficiente de correlación	,202	,155	,125	,292	,147	,048
	Sig. (bilateral)	,285	,413	,510	,117	,439	,803

3. Trastorno cualitativo de las capacidades intersubjetivas y mentalistas	Coefficiente de correlación	,255	,173	,010	,259	,189	-,018
	Sig. (bilateral)	,174	,361	,956	,166	,316	,926
4. Trastorno cualitativo de las funciones comunicativas	Coefficiente de correlación	,151	-,022	,056	,141	-,010	-,111
	Sig. (bilateral)	,426	,909	,769	,458	,959	,560
5. Trastorno cualitativo del lenguaje expresivo	Coefficiente de correlación	-,140	-,300	-,094	-,166	-,237	,131
	Sig. (bilateral)	,461	,107	,621	,382	,208	,490
6. Trastorno cualitativo del lenguaje receptivo	Coefficiente de correlación	,348	-,016	,203	,310	,107	-,022
	Sig. (bilateral)	,059	,933	,282	,096	,575	,907
7. Trastorno cualitativo de las competencias de anticipación	Coefficiente de correlación	,033	-,187	-,012	,044	-,310	,116
	Sig. (bilateral)	,864	,321	,949	,819	,096	,540
8. Trastorno cualitativo de la flexibilidad mental y comportamental	Coefficiente de correlación	-,069	-,301	-,059	-,091	-,419*	,210
	Sig. (bilateral)	,716	,106	,759	,631	,021	,264

9. Trastorno cualitativo del sentido de la actividad propia	Coefficiente de correlación	,031	-,103	-,253	-,092	-,207	,047
	Sig. (bilateral)	,871	,588	,178	,627	,272	,804
10. Trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación	Coefficiente de correlación	-,121	-,241	-,163	-,045	-,022	,376*
	Sig. (bilateral)	,525	,199	,389	,815	,906	,040
11. Trastorno cualitativo de la imitación	Coefficiente de correlación	-,129	-,330	,075	-,099	-,317	,270
	Sig. (bilateral)	,496	,075	,692	,602	,088	,149
12. Trastorno cualitativo de la capacidad de hacer significantes	Coefficiente de correlación	,039	,005	,055	,213	,183	,127
	Sig. (bilateral)	,838	,980	,773	,257	,332	,505
Total IDEA	Coefficiente de correlación	,112	-,135	-,018	,151	-,072	,161
	Sig. (bilateral)	,557	,476	,923	,427	,706	,396

Nota: La tabla fue construida a partir de los resultados obtenidos del SPSS 25 del análisis correlacional.

En la tabla 7 se encuentran los valores obtenidos de la prueba Chi-cuadrado con la cual se determinó la relación existente entre la clasificación de algunas categorías del CPC-P y datos sociodemográficos. En la cual se tomaron valores de $p \leq 0,05$ como significativos. De

este modo es posible observar que el cruce entre el parentesco del cuidador y las dimensiones prácticas de cuidado, involucramiento y expresiones de afecto obtuvieron valores de $p=0,033$, $p=0,003$, $p=0,033$ respectivamente; y el cruce entre la dimensión sensibilización y el consumo de psicofármacos obtuvo un valor $p=0,009$. Lo cual indica que existe una correlación significativa entre dos variables de los datos sociodemográficos y cuatro categorías del CPC-P.

Tabla 7
Pruebas chi-cuadrado entre dimensiones del CPC-P y datos sociodemográficos

	Prácticas de cuidado y Parentesco		Involucramiento y Parentesco		Expresiones de afecto y Parentesco		Sensibilización y Psicofármaco	
	Valor	Sig. asintótica (bilateral)	Valor	Sig. asintótica (bilateral)	Valor	Sig. asintótica (bilateral)	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,537	,033*	8,726	0,003*	4,537	,033*	9,424	0,009*

Nota: La tabla fue construida a partir de los resultados obtenidos del SPSS 25 del análisis correlacional.

* $p \leq 0,05$ / *Sig = significación

Discusión

La presente investigación planteó como objetivo encontrar correlación entre los factores sociodemográficos, las prácticas de crianza y las dimensiones valoradas en el IDEA, en 30 cuidadores de NNA con autismo de la ciudad de Bogotá. Según el coeficiente de correlación, se evidencia que no existe correlación alguna entre las seis categorías del CPC-P y las 12 dimensiones del IDEA evaluadas, por tanto, se acepta parcialmente la hipótesis investigativa alterna teniendo en cuenta que sí se encontró correlación entre dos datos sociodemográficos y cuatro categorías del CPC-P (ver tabla 7).

Cuando se recolecta una poca cantidad de datos y presentan homogeneidad es poco probable que se encuentren correlaciones significativas entre las diversas variables de interés, tal cual como lo indica García-García, Reding-Bernal y López-Alvarenga (2013) cuando en un estudio investigativo se cuenta con un tamaño insuficiente de la muestra, los resultados serán pocos precisos incluso será incapaz de detectar algunas diferencias o asociaciones entre los grupos arrojando conclusiones erróneas, de igual manera no se encontraría un efecto significativo o las probabilidades de hacerlo serán muy bajas (Valdivieso, Valdivieso & Valdivieso, 2011). Por tanto es importante que para futuros estudios se amplíe el rango de búsqueda a otras regiones de Colombia, procurando obtener por parte de las instituciones, fundaciones o colegios una mayor acogida y apertura en la participación, puesto que se evidenció resistencia a proporcionar información que contribuyera a la consecución de una muestra superior, obedeciendo a lineamientos rígidos o falta de interés por participar en procesos investigativos por parte de algunas instituciones como colegios, clínicas, fundaciones entre otros.

Por otro lado, existen dificultades en el momento de hacer generalizaciones en diseños de investigación entre grupos por las diferencias individuales de cada usuario, aún más en personas con autismo, entre los cuales se puede citar el establecer si los resultados de los tratamientos empleados se deben propiamente a estos o a otras variables no tenidas en cuenta; como por ejemplo la familia, el entorno escolar o el paso de la edad. Además, por el tipo de población la gran mayoría de intervenciones están dirigidas a un cubrimiento integral de las áreas del desarrollo, y en todos los ámbitos en los que se desempeña el niño (familiar, escolar, entre otros) (Sánchez-Raya, Martínez-Gual, Elvira, Salas & Cívico, 2015), de hecho, en la mayoría de intervenciones conductuales, son enfáticos en enseñar a los padres cómo tratar eficazmente a los niños con autismo (Matson, Mahan & Matson, 2009). Es por esta razón que los resultados obtenidos de este tipo de población pueden ser homogéneos en el sentido que los participantes del presente estudio contaban con asesoría terapéutica. Ejemplo de ello son las prácticas de

crianza, ya que en el tratamiento del TEA se hace especial énfasis en el involucramiento de los padres facilitándoles entrenamiento de diferentes habilidades las cuales pueden aplicar en el hogar y en otros contextos (Lindgren, Wacker, Suess, Schieltz, Pelzel, Kopelman, Lee, Romani & Waldron, 2016).

A pesar que Albarracín Rodríguez, Rey Hernández y Jaimes Caicedo (2014) encontraron ciertas características sociodemográficas que se ven relacionadas en los padres de niños con autismo, como por ejemplo la dificultad que se les presenta a las mamás de continuar con su formación académica, y las medidas de afrontamiento empleadas frente a la situación de sus hijos como acudir a contextos religiosos; en el presente estudio no se lograron evidenciar dichas relaciones. Además, se encuentran discrepancias en los resultados obtenidos por Pineda Gonzáles (2012); Auad (2009) y Yamada et al. (2007) ya que en el presente estudio no se encontró ninguna relación entre enfermedades presentadas por los padres tanto físicas como psicológicas y el curso del diagnóstico de los niños obtenido en el IDEA. Tampoco se encontró un mejor diagnóstico en los niños donde las prácticas de crianza estaban dirigidas a la comunicación el afecto y la involucración de los padres a diferencia de lo que encontró Baña Castro (2015).

Al analizar de manera específica la relación entre el parentesco con las prácticas de cuidado, involucramiento y la expresión de afecto, se evidencia una correlación significativa; así como lo mencionaron Aguirre (2000); Aguirre Forero (2012) estas dimensiones del CPC se relacionan con las expresiones de afecto que los padres dan a sus hijos; por medio de las cuales brindan apoyo emocional, social, afectivo entre otros. Permitiéndole a los niños lograr un desarrollo deseado. En este sentido tal y como lo plantean Rodríguez, Barrio, & Carrasco (2009); Cortés, Castillo & Duarte (2016); Capano Bosch, Tornaría, del Luján & Massonnier (2016) existen diferencias entre los tipos de crianza que brindan padres y madres a sus hijos, así como se pudo evidenciar en los resultados del presente estudio. Principalmente la madre

suele pasar más tiempo con sus hijos, dar más expresiones de afecto, brindar mayor cuidado y verse más involucrada en la educación de los niños en contraste con los papás que no dedican tanto tiempo al cuidado de los niños ni se encuentran mayormente involucrados en sus labores cotidianas.

Además, se pudo encontrar una relación significativa entre la dimensión sensibilización y el consumo de psicofármacos. La dimensión sensibilización hace referencia a las técnicas basadas en la aplicación de castigo bien sea positivo o negativo para modificar la conducta de alguien, con el fin de obtener un comportamiento deseado. Estas técnicas pueden estar basadas en el uso de castigo físico o el retiro de ciertos privilegios (Aguirre 2000; Aguirre Forero 2012). Tal y como lo plantearon Long, Gurka & Blackman (2008) el tener niños con autismo puede afectar la conducta parental. En este sentido, y relacionándolo con los hallazgos de Livingston (1986), Ito, Miller y Pollock (1996) y Orte et al. (2008); se encontró concordancia entre sus resultados y los del presente estudio, donde el consumo de sustancias, como por ejemplo psicofármacos, puede afectar las dinámicas familiares, sus vínculos, las habilidades parentales positivas e incluso el uso de la violencia como método de corrección.

Respecto a las limitaciones del estudio se pueden mencionar el número reducido de participantes; inicialmente se había planteado una muestra de 80 personas, sin embargo debido a factores como la alta resistencia de participación por parte de los cuidadores de los NNA se dificultó la consecución de una muestra más robusta, además al ser un estudio de corte descriptivo correlacional que no establece una relación de causa - efecto entre las variables analizadas, ni permite la intervención directa para disminuir problemáticas familiares pudo haber

generado un desinterés enmarcado, en la mayoría de los casos, a la espera de una retribución por participar en el proyecto; por esta razón la muestra final obtenida fue de 30 cuidadores.

Teniendo en cuenta que existía la posibilidad de realizar la aplicación online, se evidenció que, en algunos participantes, el acceso a los recursos tecnológicos era limitado o no se tenía la competencia para manipular y responder los instrumentos de manera digital, pese a que la mayoría de la muestra contaba con formación académica superior. Además, para futuros estudios se recomienda realizar un análisis previo para la implementación del IDEA puesto que el instrumento cuenta con una estructura y terminología de gran complejidad, lo cual generó en algunos participantes confusión.

Finalmente y teniendo en cuenta los ítems evaluados en el CPC-P se podría inferir que las respuestas de los participantes probablemente estuvieron influenciadas por la deseabilidad social (del Pilar Méndez-Sánchez, Peñaloza-Gómez, García-Méndez, Jaenes-Sánchez, & Velazquez-Jurado, 2019), reportando puntajes altos en métodos afectivos pero puntajes muy bajos en los métodos correctivos que indicarían la resistencia al señalamiento social pese a la evidencia de la persistencia en la sociedad colombiana en la implementación de métodos correctivos que violentan el bienestar psicológico, físico y emocional de los NNA (Acosta Velez, 2015).

APÉNDICE 2 – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido invitado(a) a participar en el estudio titulado "Relación existente entre prácticas de crianza y las dimensiones del Inventario del Espectro Autista - IDEA en 80 niños, niñas y adolescentes con autismo en la ciudad de Bogotá Colombia". Esta investigación es conducida por Paola Andrea Culma Gómez y Blanca Maribel Giraldo estudiantes de X semestre de la facultad de psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es: determinar las relaciones existentes entre las prácticas de crianza, características sociodemográficas y las dimensiones del Inventario del Espectro Autista - IDEA en 80 niños y niñas con autismo en la ciudad de Bogotá Colombia.

Entiendo que la información que pueda ser recolectada por mi participación en el estudio será usada para fines exclusivamente académicos pertinentes a esta investigación. Por la participación en este estudio no existe ningún tipo de incentivo, por tratarse de una investigación netamente académica.

Riesgos e Incomodidades. De acuerdo al Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se puede calificar a ésta como una investigación sin riesgo. La participación en la investigación no involucra algún tipo de incomodidad o molestia física o psicológica.

Confidencialidad

Entiendo que cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. En ninguna publicación en la que se usen mis resultados se mencionará mi nombre a menos que lo consienta y autorice por escrito.

Esta confidencialidad según el artículo No. 2 de la Ley 1090 de 2006 que reglamenta la profesión de Psicología y establece el Código Deontológico y Bioético, podrá ser quebrantada si en algún momento se evidencia que la vida de un tercero, la mía o la de mi representado estén en riesgo o si se están violentando los derechos del niño o la niña, como maltrato físico o psicológico en donde se procederá a dar el informe a la fundación quien se encargará de activar la ruta para la restitución de derechos.

Participación voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria. Entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento y que en tal caso no tendré ningún tipo de repercusión.

Estoy interesado en recibir los resultados generales del estudio. Si No

Acepto que los resultados sean compartidos a la entidad a la cual pertenece mi niño, niña o adolescente. Si No

Correo electrónico _____
Número telefónico _____

Nombre del participante _____

No. Documento de identificación _____

Firma investigador 1. _____

Firma investigador 2. _____

Consentimiento de participación firmado a los ____ días del mes de _____ del año _____

APÉNDICE 3 - ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La información que se registre en esta encuesta es muy importante para el presente estudio, por favor, para su diligenciamiento use esfero negro, escriba con letra clara, sin tachones ni enmendaduras y siga las instrucciones de este documento

5. Escriba en número, cuántos años tiene el niño niña o adolescente.: _____
6. Por favor marque con una equis (X) ¿Cuál es el sexo del niño, niña o adolescente?:
- Hombre Mujer Otro
7. Marque con una equis (X) según corresponda: ¿El niño, niña o adolescente en el último mes ha consumido algún psicofármaco - medicamento?
- SI NO
8. Marque con una equis (X) según corresponda: ¿El niño, niña o adolescente en el último mes ha estado bajo el efecto de sustancias psicoactivas?
- SI NO
9. Marque con una equis (X) según corresponda: ¿El niño niña o adolescente actualmente se encuentra estudiando?
- SI NO
- Si la respuesta anterior es Sí, responda la siguiente pregunta, de lo contrario continúe con la pregunta 11.
10. Indique, en número, el año escolar en el que se encuentra: _____
11. Marque con una equis (X) según corresponda: ¿El niño, niña o adolescente ha sido diagnosticado con algún otro trastorno?
- SI NO
- Si la respuesta anterior es Sí, responda la siguiente pregunta, de lo contrario continúe con la pregunta 13.
12. Escriba el nombre del diagnóstico _____
13. Marque con una equis (X) según corresponda: ¿El niño, niña o adolescente tiene hermanos?
- SI NO
- Si la respuesta anterior es Sí, responda las preguntas 14 y 15, de lo contrario continúe con la pregunta 16.
14. ¿Cuántos hermanos tiene? _____
15. ¿Qué posición ocupa el niño, niña o adolescente en la secuencia de hermanos? _____
16. Por favor escriba en número, cuántas personas viven en la misma casa con el niño, niña o adolescente: _____
17. Quiénes son estas personas, por favor marque más de una opción si es necesario.
- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Papá | <input type="checkbox"/> Mamá |
| <input type="checkbox"/> Hermano (s) | <input type="checkbox"/> Abuelo (s) |
| <input type="checkbox"/> Tío (s) | <input type="checkbox"/> Primo (s) |
| <input type="checkbox"/> Otro (s) (por favor, especifique) _____ | |
18. ¿A qué tipo de entidad prestadora de servicios de salud se encuentra afiliado (a)?
- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EPS | <input type="checkbox"/> Prepagada |
| <input type="checkbox"/> Sisben | <input type="checkbox"/> Ninguna |

II. Datos de la madre - padre, acudiente o cuidador

Escriba su nombre completo. _____

1. Tipo de documento _____

2. Escriba su número de documento. _____

3. Indique, qué tipo de relación tiene con el niño, niña o adolescente.

Madre Padre

Otro cuidador. Cuál: _____

4. Escriba, cuál es su nacionalidad. _____

5. Indique marcando con una equis (X) cuál es su raza:

Blanco (a) Mestizo (a)

Afrocolombiano (a) Palenquero (a)

Rom - Gitano (a) Indígena

Otra (por favor, especifique) _____

6. Escriba en número ¿cuántos años tiene? __ __

7. Por favor marque con una equis (X) cuál es su sexo:

Hombre Mujer Otro

8. Indique marcando con una equis (X) ¿Cuál es su ocupación actual?:

Ama/o de casa Independiente

Empleado (a) Desempleado (a)

Pensionado (a) Estudiante

Otra (por favor, especifique) _____

9. Señale la localidad de Bogotá a la cual pertenece.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antonio Nariño | <input type="checkbox"/> Barrios Unidos |
| <input type="checkbox"/> Bosa | <input type="checkbox"/> Chapinero |
| <input type="checkbox"/> Ciudad Bolívar | <input type="checkbox"/> Engativá |
| <input type="checkbox"/> Fontibón | <input type="checkbox"/> Kennedy |
| <input type="checkbox"/> La Candelaria | <input type="checkbox"/> Los Mártires |
| <input type="checkbox"/> Puente Aranda | <input type="checkbox"/> Rafael Uribe Uribe |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal | <input type="checkbox"/> Santa Fé |
| <input type="checkbox"/> Suba | <input type="checkbox"/> Sumapaz |
| <input type="checkbox"/> Teusaquillo | <input type="checkbox"/> Tunjuelito |
| <input type="checkbox"/> Usaquén | <input type="checkbox"/> Usme |

10. Por favor marque con una equis (X) la opción que corresponde: ¿El lugar donde viven es propio o debe pagar arriendo?

Arrendado Propio Familiar

11. Por favor escriba en número a qué estrato pertenece, según sus recibos de servicio público. _____

12. Por favor marque el rango que corresponda al salario que usted recibió en el último mes.

- Menos de 1 SMMLV SMMLV
 Más de 1 hasta 3 SMMLV Más de 3 a 5 SMMLV
 Más de 5 SMMLV

13. Por favor indique cuál es su nivel académico finalizado.

- Sin escolaridad Primaria
 Bachillerato Técnico
 Tecnólogo Profesional
 Especialización Maestría
 Doctorado Otra - Cuál _____

14. Indique marcando con una equis (X) su estado civil actual:

- Unión libre Casado (a)
 Soltero (a) Viudo (a)
 Separado (a) Otra - Cuál _____

15. Seleccione la corriente religiosa a la que pertenece.

- Grupo Cristiano Católico Grupo Cristiano No Católico
 Judaísmo Islam
 Ninguna Otra - Cuál _____

16. ¿A qué tipo de entidad prestadora de servicios de salud se encuentra afiliado (a)?

- EPS Prepagada
 Sisbén Ninguna

17. ¿Sufre de alguna afección médica?

SI NO

Si la respuesta anterior es Sí, responda la siguiente pregunta, de lo contrario continúe con la pregunta 19

18. A continuación escriba la afección médica: _____

19. ¿Sufre de alguna afección psicológica?

SI

NO

Si la respuesta anterior es Sí, responda la siguiente pregunta, de lo contrario continúe con la pregunta 21.

20.Cuál es la afección psicológica _____

21. ¿En el último mes ha consumido algún psicofármaco - medicamento?

SI

NO

22. ¿En el último mes ha estado bajo el efecto de sustancias psicoactivas?

SI

NO

23. Escriba en número hace cuántos meses vive con el niño, niña o adolescente. _____

24. Escriba en número cuántas horas comparte con el niño, niña o adolescente al día. _____

Muchas gracias por su colaboración.

APÉNDICE 4 - CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA CPC-1 VERSIÓN PADRES (AGUIRRE FORERO, 2012)

La información que se registre en este cuestionario es muy importante para el presente estudio, por favor, para su diligenciamiento use esfero negro, escriba con letra clara, sin tachones ni enmendaduras y siga las instrucciones de este documento. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

		NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
	A MI HIJO O HIJA YO			
1	Le demuestro que cosas no me gustan que me enojan			
2	Le demuestro que es importante para mi			

3	Le digo lo muy orgulloso(a) estoy de él o ella.			
4	Le digo que lo quiero			
5	Lo o la acaricio, beso y/o abrazo.			
6	Le ayudo a reconozca y maneje sus emociones			
7	Lo o la Elogio.			
8	Le expreso afecto con caricias, abrazos y besos			
9	Le expreso afecto con palabras			
10	Sé que cosas lo hacen sentir alegre			
11	Le demuestro que me interesa lo que hace			
12	Cuando se levanta le doy los buenos días con afecto			
13	Cuando está enojado busco calmarlo y escucharlo			
14	Le digo cuanto lo quiero			
15	Lo abrazo y beso antes de dormir			
16	Le digo que soy feliz con él en la casa			
17	Le cuento historias que le agradan antes de dormir			
16	Me doy cuenta que necesita algo			

19	Sé que cosas lo enojan			
20	Conozco cuando esta triste, enojado o melancólico			
21	Lo ayudo a que reconozca las consecuencias de sus actos			
22	Cuando tiene algún fracaso busco darle mi apoyo			
23	Hablo con él o ella acerca de los errores que ha cometido			
24	Lo estímulo para tomar sus propias decisiones			
25	Cuando se porta bien lo elogio delante de otros			
26	Lo ayudo y apoyo cuando tiene problemas			
27	Repito las palabras, frases u oraciones cuando no me entiende			
28	Permito que resuelva problemas cotidianos			
29	Le ayudo a resolver sus dudas			
30	Trato de que se sienta escuchado cuando lo necesita			
31	Busco palabras adecuadas para que entienda lo que digo			
32	Le pido que me diga o me exprese lo que quiera			
33	Cuando sé que quiere algo lo ayudo a lograrlo			

34	Cuando demuestra interés por algo o alguien busco saber de qué se trata			
35	Para que aprenda, le hablo y comparto con él			
36	Trato que entienda como piensan y sienten los otros			
37	Cuando él o ella lo necesita le digo que cuenta conmigo			
38	Le digo muchas cosas que lo animen			
39	Lo felicito cuando tiene buenas notas académicas:			
40	Modelo el comportamiento apropiado para que lo comprenda			
41	Le ayudo en la realización de sus deberes escolares			
42	Me mantengo informado(a) de lo que realiza en la escuela			
43	Cuando tengo tiempo libre se lo dedico a mi hijo(a)			
44	Mi hijo (a) reclama mi tiempo y atención			
45	Le acompaño y oriento en los quehaceres académicos			
46	Cumplo lo que le prometo			
47	Estoy en los momentos que él o ella quiere que esté allí.			
48	Permito que realice una actividad recreativa que sea segura aunque no me agrade			
49	El tiempo que pasamos juntos realizo actividades que lo o la involucran			

50	Me interesa conocer sobre sus amistades en el colegio y fuera de él			
51	Juego con él (ella)			
52	Cuando la cosas le salen bien estoy ahí para celebrarlo			
53	He dejado de hacer cosas más por prestarle atención cuando lo requiere			
54	Le escucho sobre las cosas que le han pasado en el colegio o con sus amigos			
55	Respondo inmediatamente cuando me pide atención			
56	Escucho y respondo cuando me dice alguna cosa			
57	Si me pide atención y estoy ocupado(a) se la presto cuando termino mi actividad			
58	Busco comprenderlo (a) cuando requiere ayuda en asuntos personales			
59	Me intereso por las actividades que realiza con sus amigos			
60	Busco que desarrolle tareas que estimulen su creatividad			
61	Le proporciono los alimentos adecuados a horas para su edad			
62	Le proporciono el vestido adecuado y necesario			
63	Conozco cuáles son los juegos o actividades que más le gustan			

64	Estoy en sus actividades que requieren supervisión de un adulto.			
65	Me encargo de que realice actividades que yo considero como adecuadas			
66	Superviso las actividades de higiene y cuidado que debe realizar			
67	Hago lo posible por satisfacerle sus necesidades básicas			
68	No le dejo realizar actividades no adecuadas para su edad			
69	Elijo las actividades que debe realizar en su tiempo libre			
70	Le atiendo cuando se encuentra enfermo o lastimado.			
71	Cuando no estoy me aseguro de que esté protegido o cuidado por alguien			
72	Me encargo que realice las actividades relacionadas con su educación			
73	Superviso las actividades que realiza con su grupo de amigos			
74	Conozco sus amigos para saber si son adecuados para él o ella.			
75	Le ayudo y lo superviso en su aseo personal			
76	Le proporciono las herramientas necesarias para su estudio			
77	Acudo a reuniones de su colegio cuando se requiere			
78	Estoy informado de donde se encuentra cuando no estoy con el o ella			

79	No dejo que realice cosas que son peligrosas para su bienestar			
80	Sé que actividades hace cuando no está en el colegio			
81	Frente a una falta de mi hijo(a) lo corrijo hablando al respecto			
82	Cuando lo castigo reflexiono con él acerca de las consecuencias de esos actos			
83	Procuro que sea independiente en sus hábitos de alimentación			
84	Permito que mi hijo (a) duerma solo			
85	Le enseño a cuidarse del asedio de los extraños			
86	Le muestro a mi hijo(a) la manera de saludar, despedirse...			
87	Procuro que sea independiente en hábitos de higiene y vestido			
88	Enseño a mi hijo (a) como respetar las normas y límites			
89	Le explico a mi hijo(a) porque no debe interrumpir las conversaciones de otros			
90	Le he enseñado a mi hijo (a) a reconocer y respetar figuras de autoridad			
91	Procuro que comprenda los cuidados que debe tener con su cuerpo			
92	Muestro a mi hijo/a cómo debe comportarse en la calle, en reuniones y ceremonias			

93	Busco ejemplos cotidianos para explicar las consecuencias de malos comportamientos			
94	Permito que él o ella tome decisiones cotidianas que lo involucran			
95	Procuro que comprenda la importancia del respeto por los demás			
96	Le muestro cómo compartir sus cosas propias con los demás			
97	Dejo que mi hijo(a) hable por sí mismo cuando un adulto le pregunta algo			
98	Busco no comparar mis hijos con los demás niños			
99	Escucho a mi hijo o hija cuando tiene algo importante que decirme o preguntarme			
100	Busco valorar sus sentimientos y buscar soluciones cuando lo necesita			
101	Uso el castigo físico para corregir o controlar al niño (a)			
102	Consigo que mi hijo (a) se porte bien pegándole			
103	Como castigo, lo/la he puesto a realizar oficios domésticos			
104	Uso el castigo físico para lograr que me haga caso			
105	Cuando debo castigarlo (a) le pego con el cinturón			
106	Cuando lo castigo lo hago con una correa			
107	Me he valido de cachetadas para castigar a mi hijo/a			

108	Baño a mi hijo o hija con agua fría para que obedezca			
109	Me he valido de palos, cables u otros elementos para castigar a mi hijo/a			
110	Amarro o encierro a mi hijo o hija hasta que me haga caso			
111	Alguna vez ha utilizado palabras como: bobo, estúpido, bueno para nada			
112	Utilizo frases tales como: "Yo me he sacrificado mucho por ti y mire como me paga"			
113	Utilizo palabras fuertes y agresivas para corregirlos			
114	Le castigo quitándole algo que le gusta			
115	He dejado de hablarle o prestarle atención a mi hijo/a por alguna falta cometida			
116	Envié a mi hijo/a a dormir sin comer como castigo por alguna falta			
117	En las comidas le he quitado alimentos que le gusten a mi hijo/a como castigo			
118	Le ignoré cuando se porta mal			
119	He prohibido a mi hijo/a a jugar con ciertos juguetes como castigo por sus faltas			
120	He prohibido a mi hijo/a salir con otros niños/as como castigo por sus faltas			

POR FAVOR NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA DE LAS PREGUNTAS, SI TIENE ALGO QUE AGREGAR HÁGALO EN ESTE ESPACIO. GRACIAS POR SUS RESPUESTAS

APÉNDICE 5 - INVENTARIO DEL ESPECTRO AUTISTA IDEA Validado por (Contreras, Perdomo & Montoya, 2018)

La información que se registre en este cuestionario es muy importante para el presente estudio, por favor, para su diligenciamiento use esfero negro, escriba con letra clara, sin tachones ni enmendaduras y siga las instrucciones de este documento. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Crterios de puntuación

Cada dimensión presenta una escala de 0 a 8 puntos y está constituido en intervalos de 2 (0, 2, 4, 6, 8). La puntuación 8 corresponde a un nivel alto de afectación en esta dimensión y 0 al nivel de ausencia de las alteraciones que se miden en cada apartado. Usted debe seleccionar solo uno de los descriptores por cada dimensión, el que describa mejor las conductas de la persona, así se da sólo una calificación por dimensión.

En caso que sea difícil ubicar a una persona dentro de uno de los descriptores, puede dar una calificación intermedia como 1, 3, 5 o 7, según corresponda; y en caso que considere que la persona cumple con dos de los descriptores de la dimensión, la calificación que se otorga es la que corresponde a la menor puntuación.

A continuación, encontrará un ejemplo de aplicación:

11.1. Ausencia completa de conductas de imitación.	8	
	7	
11.2. Imitaciones motoras simples, evocadas. No hay imitación espontánea.	6	
	5	→ Puntuación de 5 cuando se encuentra entre dos descriptores, en este caso descriptor N° 11.2 y 11.3.
11.3. Aparecen pautas de imitación espontánea, generalmente esporádicas e insuficientemente versátiles. La imitación puede carecer de implicación intersubjetiva que suele ser común en los niños normales.	4	
	3	
11.4. Dentro de este nivel, existe imitación establecida, sin embargo, se presenta dificultad para guiarse por modelos personales internos. Puede haber modelos adultos, pero suelen ser rígidos y basados en variables externas (como que "X tiene coche" o "X tiene novia"), sin implicación intersubjetiva o fundamento empático.	2	
	1	
11.5. No hay trastorno de las capacidades de imitación. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión	0	

INVENTARIO DEL ESPECTRO AUTISTA IDEA

Área de las relaciones sociales

1. Trastorno cualitativo de la relación social

Calificación

- 1.1. Impresión clínica de aislamiento completo. No hay expresiones de afecto a personas específicas. En los casos más graves de autismo no diferencian cognitivamente y emocionalmente las personas de las cosas. No hay señales de interés por las personas y pares a las que ignora o evita de forma clara.
- 1.2. Impresión de soledad e incapacidad de relación con personas diferentes a padres y profesores. No establece relación con iguales. Las iniciativas espontáneas de relación con otros son escasas o inexistentes.
- 1.3. Relaciones infrecuentes, inducidas y externas con iguales. Con frecuencia da la impresión de una "torpeza en las relaciones", siendo este tipo de relación más como respuesta que como iniciativa propia.
- 1.4. Hay motivación definida de relacionarse con iguales. La persona en este nivel, es consciente de su soledad y de su dificultad de relación. Se le escapa el dinamismo subyacente de las relaciones, fracasando frecuentemente en el intento de lograr una relación fluida.
- 1.5. No hay trastorno cualitativo de la relación social. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

3. Trastorno cualitativo de las capacidades intersubjetivas y mentalistas

Calificación

- 3.1. Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria), atención conjunta y actividad mentalista. Falta de interés por las personas y de atención a ellas.
- 3.2. Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales. En la relación con la persona con TEA se puede tener la vivencia de compartir emociones de forma ocasional y limitada. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o de que la persona perciba al otro como "sujeto".
- 3.3. Indicios de intersubjetividad secundaria, pero no atribución explícita de estados mentales. En algunos casos se emplean, de forma limitada y ocasional, términos cognitivos como "contento o triste".
- 3.4. La persona con TEA en este nivel tiene conciencia de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. Sin embargo, los procesos mentalistas en las interacciones reales son limitados, lentos y simples. No se acomodan bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones.
- 3.5. No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

2. Trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta-acción, atención y preocupación

Calificación

- 2.1. Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones. Tiende a ignorar por completo las miradas y gestos significativos de otras personas. A veces reaccionan con evitación a los intentos de otros de "compartir una acción".
- 2.2. Realización de acciones conjuntas simples (ej. devolver una pelota que se lanza) con personas implicadas. No hay miradas "significativas". Se comparten acciones sin ninguna manifestación que se perciba la subjetividad del otro.
- 2.3. Empleo ocasional de miradas de referencia conjunta en situaciones interactivas muy dirigidas. No hay empleo de "miradas cómplices" en situaciones esporádicas. Parece haber una interpretación limitada de miradas y gestos ajenos en relación con ciertas situaciones.
- 2.4. Pautas establecidas de atención y acción conjunta. Se les escapan miradas y gestos en situaciones interactivas. No se comparten "preocupaciones conjuntas" o "marcos de referencia comunicativa" triviales con las personas cercanas.
- 2.5. No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

4. Trastorno cualitativo de las funciones comunicativas

Calificación

- 4.1. Ausencia de comunicación entendida como cualquier clase de relación intencionada con alguien, acerca de algo, que se realiza mediante empleo de significantes y de conductas instrumentales con personas.
- 4.2. La persona realiza actividades de pedir, mediante conductas de uso instrumental con personas, pero sin signos. Es decir, pide llevando de la mano hasta el objeto deseado, pero no puede hacer gestos o decir palabras para expresar sus deseos. De este modo, tiene conductas con dos de las propiedades de la comunicación (son intencionadas e intencionales), pero sin la tercera (no son significantes).
- 4.3. Se realizan signos para pedir; pueden ser palabras, símbolos inactivos, gestos "suspendidos", símbolos aprendidos en programas de comunicación, etc. Sin embargo, solo hay comunicación para cambiar el mundo físico. Por tanto, sigue habiendo ausencia de comunicación con función ostensiva o declarativa.
- 4.4. Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, entre otras, que no solo buscan cambiar el mundo físico. Sin embargo, suele haber escasez de declaraciones capaces de cualificar subjetivamente la experiencia, es decir, referidas al propio mundo interno. La comunicación tiende a ser mínimamente recíproca y empática.
- 4.5. No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

5. Trastorno cualitativo del lenguaje expresivo

Calificación

- 5.1. Ausencia total del lenguaje expresivo. El mutismo puede ser total o funcional. Este último se define por la presencia de verbalizaciones que no son proplamente lingüísticas: pueden ser, por ejemplo, emisiones con función musical. Es decir, no implican análisis significativo ni tienen la función de comunicar. 8
- 5.2. El lenguaje es predominantemente ecológico, o compuesto de palabras sueltas. Aparecen ecolalias y palabras funcionales. No hay proplamente creación formal de sintagmas o de oraciones. No hay discurso ni conversación. 6
- 5.3. Lenguaje oracional. Capacidad de producir oraciones que ya no son predominantemente ecológicas, y que implican algún grado de conocimiento implícito de reglas lingüísticas (una cierta competencia formal). Sin embargo, los sintagmas y las oraciones no llegan a configurar discurso ni se organizan en actividades conversacionales. La interacción lingüística carece del dinamismo espontáneo de las verdaderas conversaciones. Puede haber muchas emisiones irrelevantes o inapropiadas. 4
- 5.4. Lenguaje discursivo. Es posible la conversación, aunque tienda a ser lacónica. Las personas en este nivel pueden ser conscientes de su dificultad para encontrar temas de conversación y para transmitir con agilidad información significativa en las interacciones lingüísticas: intercambian con dificultad roles conversacionales, comienzan y terminan las conversaciones de forma abrupta, pueden decir cosas insuficientemente relevantes o apropiadas socialmente. Se adaptan con dificultad a las necesidades comunicativas de sus interlocutores. Frecuentemente su lenguaje está prosódicamente alterado, parece pedante, rebuscado o carente de naturalidad, abrupto y escatadamente sutil. Hay dificultades para regular los procesos de selección temática y cambio temático en la conversación y en el discurso. 2
- 5.5 No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión. 0

Área de la flexibilidad mental y comportamental

7. Trastorno cualitativo de las competencias de anticipación

Calificación

- 7.1. Resistencia intensa a cambios y rígida adherencia a estímulos que se repiten de forma idéntica. No hay actividades anticipatorias en situaciones cotidianas. No tienen un orden espacial y temporal claro. Los estímulos tienen que ser idénticos en todos los aspectos para ser anticipados. 8
- 7.2. Aparecen conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Siguen dándose conductas de oposición en situaciones de cambio. Pueden darse reacciones muy intensas ante situaciones nuevas e imprevistas. Los períodos que no siguen el orden habitual presentan más problemas que los días en los que se sigue la rutina. 6
- 7.3. La anticipación le permite establecer estructuras temporales amplias del futuro: semana, vacaciones, escuela. Hay mejor aceptación de los cambios, sin embargo, pueden producirse situaciones graves ante cambios imprevistos. Pueden presentar ansiedad ante sucesos futuros previstos, por los que pregunta de forma repetitivo. 4
- 7.4. La persona prefiere un orden claro y un ambiente predecible. Es capaz de regular la estructura de su propio ambiente, aunque no una estructura a largo plazo. Puede haber reacciones graves ante cambios no previstos. Puede emplear estrategias activas para anticipar sin ayudas externas. 2
- 7.5. No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión. 0

6. Trastorno cualitativo del lenguaje receptivo

Calificación

- 6.1. "Sordera central". El niño o adulto en este nivel ignora por completo el lenguaje, con independencia de que le sea específicamente dirigido a él. No responde a órdenes, llamadas o indicaciones lingüísticas de ninguna clase. Con frecuencia provoca sospechas de si será sordo. 8
- 6.2. Asociación de enunciados verbales con conductas propias: es decir la persona con TEA en este nivel "comprende órdenes sencillos". Sin embargo, su comprensión consiste esencialmente en un proceso de asociación entre sonidos y contingencias ambientales o comportamientos. No implica ni la asimilación de los enunciados a un código, ni su interpretación e incorporación a un sistema semántico-conceptual, ni su definición intencional en términos pragmáticos. 6
- 6.3. Comprensión de enunciados. En el tercer nivel hay una actividad mental de naturaleza psicoingüística, que permite el análisis estructural de los enunciados, al menos parcialmente. La comprensión suele ser extremadamente literal y escasa flexibilidad. Se incorporan a ella con gran dificultad las claves pragmáticas, así no sea modulada por los contextos interactivos. Los procesos de inferencia, coherencia y cohesión que permiten hablar de "comprensión del discurso" son muy limitados o inexistentes: hay tendencia a entender o las interacciones verbales sólo cuando se dirigen a la persona de forma muy específica y directiva. 4
- 6.4. El nivel más alto se define por la capacidad de comprender planos conversacionales y discursivos del lenguaje. Sin embargo, hay alteraciones sutiles en procesos de diferenciación del significado intencional del literal, en especial cuando uno y otro no coinciden, también en los procesos de doble sentido (comprensión del lenguaje figurado) y modulación delicada de la comprensión por variables interactivas y de contexto. 2
- 6.5. No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión. 0

8. Trastorno cualitativo de la flexibilidad mental y comportamental

Calificación

- 8.1. Presenta estereotipias motoras simples (ej. balanceo, giros sobre sí mismos, giros, aleteos, saltos y rotaciones de objetos). 8
- 8.2. Muestra rituales simples acompañados de resistencia a cambios ambientales e igualmente presenta estereotipias. 6
- 8.3. Realiza rituales complejos (pautas invariables para ducharse, para comer, etc.). Muestra apego excesivo a objetos, fijación con itinerarios. Hace preguntas obsesivas. 4
- 8.4. Manifiesta contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Sus intereses son reducidamente funcionales, restringidos y no relacionados en el mundo social en sentido amplio. Establece un rígido perfeccionismo. 2
- 8.5. No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión. 0

9. Trastorno cualitativo del sentido de la actividad propia

Calificación

- 9.1. Predominio masivo de conductas sin meta, acciones sin propósito alguno y que no se relacionan con los contextos en que estas se producen.
- 9.2. Solo se realizan actividades funcionales ante consignas externas. Estas actividades son breves y muchas veces no comprende cuál es su finalidad. Para cada paso requieren la orden externa.
- 9.3. Desarrolla actividades con un cierto grado de autonomía, y en las que no es necesario un control externo paso a paso.
- 9.4. Ejecuta actividades complejas y de ciclo muy largo cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones futuras.
- 9.5. No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

12. Trastorno cualitativo de la capacidad de hacer significantes

Calificación

- 12.1. No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. La comunicación está ausente o se produce mediante gestos instrumentales con personas.
- 12.2. No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos inactivos. No hay juego funcional con objetos (ni por supuesto, juego de ficción o niveles más complejos de suspensión).
- 12.3. No se suspenden las propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.
- 12.4. No se dejan en suspenso representaciones, para crear o comprender metáforas o estados mentales ajenos o propios que no se corresponden con las realidades.
- 12.5. No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

Puntuación Total

○ ○

Área de ficción e imaginación

10. Trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación

Calificación

- 10.1. Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción.
- 10.2. Presencia de juegos funcionales (que no implican sustitución de objetos o invención de propiedades) consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple, por ejemplo, hacer rodar un cochecito, o llevar una cuchara vacía a la boca. Los juegos funcionales tienden a ser estereotipados, limitados en contenidos flexibles y espontáneos, que frecuentemente se suscitan desde fuera, no hay juego simbólico.
- 10.3. Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. La persona en este nivel puede tener algunas capacidades incipientes de juego argumental o de inserción de personajes en situaciones de juego, por ejemplo, empleando figuritas de juguete, a las que monta en un camión; pero el juego, más que espontáneo, tiende a ser producido desde afuera; limitado en contenidos flexibles y elaborados en comparación con la edad. Frecuentemente, el niño es muy obsesivo (el niño tiene que llevar a todas partes sus figuras, muñecos, etc.). Puede haber dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad; es habitual que los niños o adolescentes en este nivel no puedan ver películas violentas en la TV, porque responden a estas como si fueran situaciones reales.
- 10.4. Se presentan capacidades complejas de ficción, puede crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles, muy centradas en torno, por ejemplo, a un personaje. Hay dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad, y las ficciones tienden a emplearse como recursos para aislarse. En algunos casos, la persona se "sumerge" excesivamente en sus propias ficciones y se aísla en ellas.
- 10.5. No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

11. Trastorno cualitativo de la imitación

Calificación

- 11.1. Ausencia completa de conductas de imitación.
- 11.2. Imitaciones motoras simples, evocadas. No hay imitación espontánea.
- 11.3. Aparecen pautas de imitación espontánea, generalmente esporádicas e insuficientemente versátiles. La imitación puede carecer de implicación intersubjetiva que suele ser común en los niños normales.
- 11.4. Dentro de este nivel, existe imitación establecida, sin embargo, se presenta dificultad para guiarse por modelos personales internos. Puede haber modelos adultos, pero suelen ser rígidos y basados en variables externas (como que "X tiene coche" o "X tiene novia"), sin implicación intersubjetiva o fundamento empático.
- 11.5. No hay trastorno de las capacidades de imitación. No se evidencia en el niño(a) y/o adolescente los descriptores de la dimensión.

- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0