

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **NATALIA ANDREA PEÑA VARÓN**, con **CC. 172283257-1**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LOS RECURSOS DIGITALES COMO HERRAMIENTA PARA DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN NIÑOS”**. Elaboración de lista de cotejo sobre la base de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA, Quito, 2018, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA EDUCATIVA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2019



NATALIA ANDREA PEÑA VARÓN

CC. 172283257-1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA EDUCATIVA

LOS RECURSOS DIGITALES COMO HERRAMIENTA PARA
EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA
(TEA) EN NIÑOS. Elaboración de lista de cotejo sobre la base
de las dimensiones de desarrollo del inventario idea, Quito,
2018

NATALIA ANDREA PEÑA VARÓN

DIRECTORA: IVONNE ANDRADE Z.

QUITO, 2019

Dedicatoria

“No me olvido de ninguna buena acción que me hayan hecho, y no guardo rencor por una mala”

Viktor Frankl

Dedico esta disertación a todas las personas que se levantan con la frente en alto ante cualquier adversidad. Recuerden siempre, la vida es más llevadera con una sonrisa.

Agradecimientos

Agradezco primero que nada a Dios, quien me dio todas las oportunidades para poder estar donde estoy en estos momentos. A mis padres, por su inmenso esfuerzo y sus palabras de aliento. A mi hermana, que a pesar de la distancia siempre está presente. A mi compañero de aventuras y de vida, por tu apoyo incondicional, tus risas y siempre saber que decir en los momentos más difíciles. A todos mis profesores que siempre estuvieron apoyándome y entregando lo mejor de sí mismos para mi constante aprendizaje. A Mónica Yépez, por compartir sus conocimientos y experiencias. A mi directora, Ivonne, por toda la paciencia y cariño demostrado en el proceso de elaboración del trabajo final. A todas las personas que son parte de mi vida, hicieron que todos los momentos difíciles fueran más llevaderos.

Gracias infinitas.

Tabla de Contenidos

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	6
1.1 TEA: CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO EN NIÑOS.....	12
1.2 NIVELES O GRADOS DE SEVERIDAD.....	13
CAPÍTULO II: RECURSOS DIGITALES.....	16
2.1 RECURSOS DIGITALES EXISTENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TEA	16
2.2 EL INVENTARIO IDEA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TEA EN NIÑOS.....	19
2.2.1 Ventajas y Desventajas	22
CAPÍTULO III: TRABAJO PRÁCTICO.....	23
3.1 REESTRUCTURACIÓN LINGÜÍSTICA DEL INVENTARIO IDEA.....	23
3.1.1 Elaboración de la lista de cotejo.....	24
3.1.2 Procedimiento de validación de expertos	24
3.2 APLICACIÓN PILOTO DE LA LISTA DE COTEJO DEL INVENTARIO IDEA	25
3.2.1 Participantes	34
3.2.2 Resultados	34
3.2.2.1 Análisis de Compresión del Inventario IDEA	35
3.2.2.2 Análisis de Compresión de la Lista de Cotejo.....	8
CONCLUSIONES.....	19

RECOMENDACIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS.....	29
Anexo 1 – Inventario IDEA (Rivière, 1997).....	29
Anexo 2 – Matriz de retroalimentación de expertos	33
Anexo 3 - Descripción de la Prueba Piloto.....	43
Anexo 4 – Consentimiento Informado	44
Anexo 5 – Entrevista de retroinformación	45

RESUMEN

La presente disertación tiene como objetivo el uso de recursos digitales como herramientas de diagnóstico del Trastorno Espectro Autista (TEA) en niños en la ciudad de Quito, particularmente el Inventario IDEA. Dicho inventario es una herramienta que evalúa 12 áreas del desarrollo del sujeto, pero debido a que posee un vocabulario técnico difícil de comprender por los padres y/o cuidadores primarios de niños con rasgos de TEA, se ve la necesidad de elaborar una lista de cotejo sobre las bases de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA, con la finalidad de realizar una reestructuración lingüística, creando así un lenguaje sencillo que ayude a una mayor comprensión de los ítems que se presentan en el inventario.

Se realizó una prueba piloto con 4 participantes elegidos intencionalmente, quienes poseen diferentes grados de conocimientos y relaciones tanto personales como profesionales con niños con rasgos o diagnósticos de TEA. Las participantes evaluaron el nivel de comprensión lingüístico tanto del Inventario IDEA y de la lista de cotejo y con los resultados se logró comparar los niveles de comprensión del lenguaje tanto de cada ítem como de la dimensión completa del Inventario IDEA y de la Lista de Cotejo.

Palabras claves: Trastorno del Espectro Autista, Lista de Cotejo, Inventario IDEA, Reestructuración Lingüística.

ABSTRACT

The objective of this study is the use of digital resources for Autism Spectrum Disorder (ASD) diagnosis in children who live in Quito, especially the use of the IDEA inventory. The IDEA inventory is an instrument that assesses 12 developmental areas in a person, but it possesses a very technical vocabulary that makes it hard for parents and/or primary caregivers of kids that have shown any traits of ASD to fully understand what each dimension is trying to evaluate. This is why there's a need to develop a checklist based on the IDEA inventory's dimensions, by doing a linguistically restructuring process to create a simpler way to explain each item in the 12 dimensions.

A pilot test was carried out with 4 participants intentionally chosen, each of them have knowledge of ASD in different roles and depth. They evaluated the linguistic level of understanding of the IDEA inventory and the checklist, creating a comparison of the linguistic level of understanding between both.

Key words: Autism Spectrum Disorder (ASD), Checklist, IDEA Inventory, Linguistically restructuring

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una alteración de comienzo temprano en la infancia que se caracteriza por la afectación y la presencia de dificultades en tres áreas fundamentales: la comunicación, la socialización y la conducta. Estas son el resultado de las alteraciones de diversas funciones del sistema nervioso central. Las causas que lo provocan aún son inciertas. Sin embargo, existe la clara coincidencia en la mayoría de los estudios realizados hasta el momento, que están estrechamente relacionadas con la naturaleza biológica (Soler, 2013). El TEA se caracteriza por un desarrollo deficiente de la interacción y comunicación social, así como por la presencia de un repertorio extremadamente limitado de actividades e intereses. Estas manifestaciones pueden variar mucho en función del nivel de severidad, grado de desarrollo y edad cronológica del sujeto, pero siempre están presentes en el diagnóstico del TEA. Puede estar asociado a cualquier nivel de capacidad intelectual y de aprendizaje. Cabe recalcar que existen diversos casos con comorbilidad de discapacidad intelectual y de alteraciones emocionales y del comportamiento, en las que “un 38% de personas con TEA tienen un coeficiente intelectual inferior a 70, dos terceras partes de personas con TEA tienen asociada discapacidad intelectual” (Soler, 2013).

Dada la magnitud con la que nuevos estudios sobre el TEA surgen, es complicado obtener estadísticas y datos tanto fiables como actualizados ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017b) estima que por cada 160 niños uno tiene TEA. A su vez, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2014) indica un promedio internacional de 1 por cada 100 personas; el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) expone 1 de cada 68 niños, con una proporción más alta en el género masculino, pues se registra que se presenta entre 4 y 5 veces más en varones que en mujeres, sin importar la raza, étnia ni estrato socioeconómico (CDC, 2017). La prevalencia mundial basada en los últimos 50 años de estudios indica que está aumentando el porcentaje de niños con TEA y no existe una causa exacta ya que influyen múltiples factores, tanto ambientales como genéticos; además los instrumentos diagnósticos han sido afinados con el propósito de detectar el TEA con mayor facilidad. En el Ecuador, según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) se encuentran registrados 1 679 niños con una discapacidad psicosocial (CONADIS, 2017) donde se encuentra ubicado el TEA.

La importancia que tiene el abordaje de esta temática se da por tres razones: las sociales, las teóricas y las personales. En perspectiva, las razones sociales están en primer lugar ya que recién desde hace algunos años se ha visualizado a los trastornos de

neurodesarrollo de manera global, gracias a reformas tanto nacionales como internacionales. Al crear un panorama general, no se le ha dado la importancia debida a cada una de las clasificaciones para poder brindar un diagnóstico e intervención especializada, según las necesidades de cada caso. En el Ecuador existen documentos legales que respaldan la atención a la discapacidad de manera general como es la Constitución de la República del Ecuador (2008), la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI, 2011), y su respectivo Reglamento, creados por el Ministerio de Educación para promover la inclusión. En el “Título VII de las Necesidades Educativas Específicas, Capítulo I de la Educación para las personas con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad”, se dan las pautas que todas las instituciones educativas del país deben seguir cuando se trabaja con estudiantes con trastornos generalizados del desarrollo, donde se encuentra el TEA.

Para las razones teóricas se tomará en cuenta la definición del libro “Enseñar a los Niños Autistas a Comprender a los Demás” la cual expone que:

El autismo es un trastorno complejo que afecta a muchos aspectos del funcionamiento del niño. El desarrollo social y la comunicación se ven seriamente perturbados, incluso en individuos con inteligencia no verbal normal, y estas dificultades están exacerbadas por rígidos patrones de comportamiento, intereses obsesivos y rutinas (...) las causas de este trastorno todavía no se comprenden. En muchos casos los factores genéticos tienen una clara importancia, aunque por ahora no se ha encontrado el mecanismo genético específico (Howlin, Baron-Cohen, & Hadwin, 2006).

Esta definición se complementa con la definición que propone el CDC, la cual expresa que el TEA o sus siglas en inglés ASD (Autism Spectrum Disorder), es una discapacidad del desarrollo que puede causar desafíos significantes en la parte social, en la comunicación y en el comportamiento (CDC, 2017). Por lo que el propósito teórico es aportar a las herramientas de diagnóstico de TEA, en especial el Inventario IDEA al contexto ecuatoriano.

Por último, las razones personales se deben a que se visualiza la necesidad que tiene el país en cuanto a la atención de personas con TEA, dado que por desconocimiento no se brindan las herramientas correctas y necesarias tanto para su diagnóstico como para la intervención en las diferentes áreas o entornos en las que se desenvuelve el sujeto, como lo es la institución educativa y el hogar. Cabe resaltar que las herramientas que se usan no están acordes al contexto tanto personal como cultural de la sociedad ecuatoriana. En cuanto a los aportes que se han realizado en el país, no se encuentra ningún trabajo que se asemeje a lo que se esta proponiendo en esta disertación. No obstante, hay que rescatar que se han realizados ciertas propuestas para el trabajo de intervención con pacientes o

familiares de personas con TEA; más no se hace ningún aporte para el diagnóstico tanto actualizado como adaptado al contexto ecuatoriano. Por lo tanto, como se menciona anteriormente, se ve la necesidad de adaptar el Inventario IDEA a la realidad y contexto ecuatoriano.

El tema planteado es relevante y factible dado que las estadísticas mundiales expresan que uno de cada 160 niños tiene TEA (OMS, 2017b). Sea el nivel de severidad que sea, se necesitan adaptar las herramientas de diagnóstico a la realidad y contexto de cada país, dadas las diferencias culturales y a su vez revisar el grado de complejidad y/o lenguaje técnico cuando estas herramientas son utilizadas por cuidadores o profesores para obtener información sobre el funcionamiento del niño, en este caso el Inventario IDEA.

La presente disertación tiene como objeto de estudio los recursos digitales como herramientas de diagnóstico del TEA en niños en la ciudad de Quito, particularmente del Inventario IDEA; siendo el aspecto central realizar una lista de cotejo en base a las dimensiones de desarrollo de este inventario. Los aspectos secundarios que respaldarán la realización de la lista de cotejo son: una revisión bibliográfica del TEA, sus características, niveles de severidad, así como exploración general de recursos digitales para el diagnóstico; en especial el diagnóstico de niños utilizando el Inventario IDEA.

El problema de la investigación es de tipo descriptivo y se formula de la siguiente forma: ¿De qué manera los recursos digitales, en este caso el Inventario IDEA, se puede reestructurar lingüísticamente para que pueda ser aplicado a personas que no están familiarizadas con vocabulario técnico referente al TEA?

Debido a la naturaleza del trabajo no se plantea una hipótesis como tal, sino que se trabajará con la pregunta de investigación previamente planteada. La revisión bibliográfica, la elaboración de la lista de cotejo y los resultados de la aplicación piloto permitirán responder a esta pregunta y elaborar tanto conclusiones como recomendaciones.

La presente disertación se circunscribe a la elaboración de una lista de cotejo en las bases de las dimensiones del desarrollo del Inventario IDEA para que pueda ser aplicado a personas que no están familiarizadas con vocabulario técnico, como cuidadores y docentes de niños con sospecha de TEA, con la finalidad de obtener información relevante que aporte al diagnóstico adecuado. A pesar de que se realizará una revisión general de las herramientas digitales disponibles, el trabajo se limita al Inventario IDEA; por lo tanto, no se tomará en cuenta otro tipo de trastorno del neurodesarrollo, otra herramienta diagnóstica ni otra etapa de desarrollo que no sea la niñez.

El objetivo general de la disertación es analizar los recursos digitales como herramienta para el diagnóstico del TEA en niños y elaborar una lista de cotejo sobre la base de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA. Los objetivos específicos son: describir las características del TEA y sus grados de severidad, revisar los recursos

digitales con los que se cuenta actualmente para el diagnóstico del TEA en niños y, por último, elaborar una reestructuración lingüística de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA y hacer una aplicación piloto.

De acuerdo con el objetivo general y la pregunta de investigación, las variables de la presente disertación son el diagnóstico de TEA (en niños) utilizando recursos digitales y la reestructuración lingüística del vocabulario técnico del Inventario IDEA.

En el caso de la primera variable, los indicadores son el incremento de los recursos digitales que existen actualmente para el diagnóstico. Respecto a la segunda variable, los indicadores son el vocabulario técnico que existe en dicho inventario, que podría dificultar su aplicación a personas no familiarizadas con el tema, reduciendo la posibilidad de obtener información certera que aporte al diagnóstico del niño con sospecha de TEA.

La metodología de la presente disertación es de tipo mixta, dado que se basa en un enfoque tanto cualitativo como cuantitativo. Además, es transversal ya que la prueba piloto servirá para la recolección de información en un periodo determinado. El procedimiento por seguir es:

- Recolección de datos bibliográficos sobre los recursos digitales como herramientas de diagnóstico del TEA.
- Revisión de los recursos digitales actuales para el diagnóstico del TEA en niños.
- Análisis cualitativo de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA y elaboración de la lista de cotejo sobre dicho inventario.
- Validación de expertos.
- Prueba piloto de la lista de cotejo elaborada.
- Análisis cuantitativo de los resultados de la prueba piloto por medio de una tabla que evalúe el nivel de comprensión de la lista de cotejo.
- Entrevista de retroinformación sobre el nivel de comprensión del Inventario y la Lista de cotejo.
- Verificación de la pregunta de investigación.

Las técnicas que se utilizarán en la presente disertación son:

- 1) Para la recolección de datos: una revisión bibliográfica en textos, artículos y disertaciones.
- 2) Para el análisis de información: un procedimiento descriptivo de las herramientas digitales actuales para el diagnóstico de TEA en niños y una profundización del Inventario IDEA y sus 12 dimensiones. Se realizará una evaluación cuantitativa de los resultados de la aplicación piloto en la cual se utilizarán herramientas de estadística descriptiva. Se ejecutará una entrevista de retroinformación a los participantes de la

prueba piloto, con la finalidad de explorar las respuestas tanto positivas como negativas hacia el Inventario IDEA y la lista de Cotejo.

La presente disertación se encuentra dividida en 3 capítulos. En el primer capítulo habla de la historia del Trastorno Espectro Autista (TEA), los cambios del TEA través del tiempo, las investigaciones que se han realizado por diferentes autores a lo largo de la historia, los estudios realizados en el Ecuador, las características que se presentan, los niveles o grados de severidad y el diagnóstico en niños. En el segundo capítulo se describen los recursos digitales existentes para el diagnóstico del TEA, en especial en el diagnóstico en niños, se enfatiza el uso del Inventario IDEA, su validez y confiabilidad tomando en cuenta tanto sus ventajas como desventajas, y las recomendaciones para el uso de dicho inventario. Por último, en el tercer capítulo se realizó la reestructuración lingüística del Inventario IDEA en donde se elaboró la lista de cotejo; dicha lista fue sujeta a una validación de expertos. Una vez aprobada la lista se aplicó una prueba piloto a una población determinada. Para concluir se realizó una evaluación de los resultados por medio de una entrevista de retroinformación y tabulación de los datos obtenidos en la prueba piloto.

Capítulo I: El Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Para poder definir lo que es TEA, se tienen que tomar en consideración las diferentes posturas y opiniones de distintos autores, que tratan de guiar e instruir a los demás sobre el tema, y a través de los años ha adquirido mayor importancia, sobre todo en el ámbito de desarrollo de las herramientas adecuadas para el óptimo diagnóstico del TEA tanto en niños, adolescentes como en adultos. La etiología de la palabra “autista” proviene del latín científico *autismus* y este del griego αὐτός *autós* 'uno mismo' e -ισμός *-ismós*'-ismo' (RAE, 2014). Según Bonnie Evans, en su artículo “How autism became autism”, en español “Como el autismo se convirtió en autismo”, expresa que el concepto como tal de autismo fue acuñado en 1911 por el psiquiatra alemán Eugen Bleuler al momento que estaba describiendo un síntoma en particular que se presentaba en casi todos los casos severos de esquizofrenia que estaba investigando donde el pensamiento autista se caracterizaba por tener deseos infantiles para evitar realidades poco satisfactorias y reemplazándolas con fantasías y alucinaciones (Evans, 2013). Dando que Bleuler hacía referencia a la conducta esquizofrénica de una conexión a una vida de fantasía similar a lo que se observaba en personas con autismo, a las características del autismo empezaron a ubicarlas en los diagnósticos de psicosis o esquizofrenia infantil. Con el fin de aislar el síndrome autista de la psicosis y esquizofrenia, se debían determinar que sintomatología era universal y cual era específica como por ejemplo universales serían la ecolalia, los fenómenos ritualistas el retraso de la adquisición del lenguaje, y entre los específicos serían los movimientos repetitivos estereotipados, poca capacidad de atención, retraso al momento de controlar los esfínteres y en ciertos casos conductas auto lesivas (Balbuena, 2007).

Desde el año 1943 Leo Kanner, a quien se le conoce como el padre del autismo, presentó un trabajo titulado **Autistic Disturbances of Affective Contact**, que hablaba de un trastorno que en su momento se denominaba síndrome de Kanner y hoy conocido como autismo clásico, en donde manifestó el caso de 11 chicos que no tenían la capacidad innata de relacionarse con otras personas (Alonso, 2012), describiendo a estos niños con sus conductas denominándoles “aislamiento autista” (Baron-Cohen, 2012, p.40). Es necesario mencionar que Kanner en 1935 publicó “el primer manual de Psiquiatría Infantil donde plantea la necesidad de una descripción completa del niño dentro del contexto familiar y ambiental antes de empezar a sugerir diagnósticos e intervenciones” (Alonso, 2012). En 1944, Hans Asperger describiría a niños autistas con CI elevados; sin embargo, publicó sus hallazgos en alemán donde no tuvieron un impacto significativo para el mundo angloparlante, tanto por el idioma original como el periodo inestable en que fueron publicados (Segunda Guerra Mundial). Posteriormente en 1981 Lorna Wing introduciría las ideas de Asperger en un artículo en la revista “Psychological Medicine” (Baron-Cohen,

2012. p.47-48). Desde entonces, han continuado las investigaciones tanto para el diagnóstico como para la intervención a través de los años dando resultados prolíferos (e.g., Alcantud, 2013; Baron-Cohen, 2012).

Debido a los avances han variado los conceptos que se tiene sobre el TEA, conocido previamente como Autismo o síndrome autista. En un principio, en la década de los 60 Bruno Bettelheim “describe a los niños autistas como si ‘vivieran en una burbuja de cristal’, donde se encontraban inalcanzables” (Baron-Cohen, 2012), desarrollando una idea controversial sobre todo en las familias ya que expresaba que debía a la relación “poco afectiva con la madre”, responsabilizando a la madre por ser la causante de este “defecto o mal” en su hijo.

Baron-Cohen (2012) expresa que

En 1978 el diagnóstico de autismo era categórico, es decir que se era autista o no. Michael Rutter afirmaba que por cada 10 000 niños 4 padecía de autismo, basándose en un estudio realizado por Victor Lotter. A su vez, Rutter contribuyó a la clasificación y definición del autismo, creando una diferenciación de otras patologías psiquiátricas como la esquizofrenia infantil y otros trastornos del desarrollo como lo son las dificultades de aprendizaje (p. 39).

Con las contribuciones de Michael Rutter mencionadas por Baron-Cohen (2012) se han desarrollado criterios específicos para la clasificación y diferenciación ayudando al diagnóstico del autismo. A su vez, luego de largos estudios, se llega a la conclusión de que “las teorías de Rutter demostraron, afortunadamente, que el autismo no se debía a frialdad por parte de la madre” (Baron-Cohen, 2012. p.45), como se creía en la década de los 60 por el psicoanalista Bettelheim previamente mencionado y se debe a la falta de capacidad para relacionarse socialmente que posee el sujeto, en este caso el niño.

Paralelamente, la Dra. Lorna Wing, dedicó su vida a investigar el autismo clásico, basándose en las experiencias que tuvo con su hija y su formación en psiquiatría social. Baron-Cohen (2012) expone que Wing al momento de realizar un estudio de prevalencia entre personas con problemas de aprendizaje descubre que el autismo generaba un espectro y no era categórico como se pensaba en años pasados; planteando que, por cada 500 niños con un CI por debajo de 70, 1 niño era afectado por autismo, en este caso el denominado autismo clásico.

Posteriormente, en 1990 se integran dos subgrupos al espectro autista: “el autismo atípico, donde sólo aparecen rasgos significativos; y el trastorno generalizado de desarrollo no especificado, que por lo general era menos grave” (Baron-Cohen, 2012). También en 1990, Baird “propone abandonar la etiqueta diagnóstica de *Trastorno generalizado del desarrollo*, considerando más adecuada la de *trastorno específico del desarrollo* (Balbuena, 2007). En 1993, Baron-Cohen (2012) manifiesta que “Christopher Gillberg halló que 1 niño

de cada 330 padecía Síndrome de Asperger” (p.48), lo cual se considera como autismo de alto rendimiento. Por último, “en el 2006 la doctora Gillian Baird publicó un artículo en la revista médica **The Lancet** en el que afirma que 1% de la población tenía los rasgos propios de un paciente con trastornos autista” (Baron-Cohen, 2012, p.48), sin ser considerado como una persona con TEA.

Es importante mencionar que después de la Segunda Guerra Mundial, se ve la necesidad de clasificar todos los trastornos y enfermedades en un formato global por lo que se crea el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en 1952 por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) complementando los diagnósticos con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sus siglas en inglés WHO (World Health Organization). Hasta el CIE-5 “se clasificaban enfermedades netamente con base orgánica” (Barrio, 2009), a partir del CIE-6 (1948) y contemporáneo al DSM-I (1952) se incluyen enfermedades mentales. Cabe recalcar que la OMS/WHO ha creado el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, versión onceava), que será presentado en la “Asamblea Mundial de la Salud de mayo 2019... y entrará en vigor el 1 enero de 2022” (OMS, 2018).

A continuación, se presenta una tabla mostrando las clasificaciones y su respectivo código del DSM-IV TR (APA, 2003), CIE-10 (WHO, 2000) y DSM-V (APA, 2014), mostrando la categorización del TEA.

Tabla 1

Clasificación del TEA según el CIE-10 (WHO, 2000), DSM-IV TR (APA, 2003) y DSM-V (APA, 2014).

CIE-10	DSM-IV TR	DSM-V
F84	Trastornos generalizados del desarrollo	Trastornos del desarrollo neurológico
Generalizados del desarrollo		Trastorno del espectro del autismo
F84.0 Autismo infantil.	(299.00) Trastorno Autista.	del autismo
Incluye:	(299.80) Trastorno de Rett.	(299.00) Trastorno del espectro del autismo
- Autismo Infantil.	(299.10) Trastorno desintegrativo infantil.	
- Síndrome de Kanner.	(299.80) Trastorno de Asperger.	
- Psicosis infantil.		
- Trastorno autístico.		
F84.1 Autismo atípico.	(299.80) Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo	
Incluye:		
- Retraso mental con		

rasgos autísticos. autismo atípico)

- Psicosis infantil atípica.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

Incluye:

- Psicosis desintegrativa
- Síndrome de Heller
- Demencia infantil
- Psicosis simbiótica

Excluye:

- Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Ladau-Kleffner, F80.3).
- Mutismo selectivo (F94.0).
- Esquizofrenia (F20.0).
- Síndrome de Rett (F.84.2).

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

Incluye:

- Psicopatía autística.
- Trastorno esquizoide de la infancia.

Excluye:

- Trastorno esquizotípico (F21).
-

-
- Esquizofrenia simple (F20.6).
 - Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2).
 - Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5)
 - Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.0).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

Nota: toda la información se extrajo del *CIE-10 (WHO, 2000)*, *DSM-IV TR (APA, 2003)* y *DSM-V (APA, 2014)*.

Se observa que el DSM-V (APA, 2014) engloba en una sola categoría al TEA, presentando sus criterios de diagnóstico y especificando los grados o niveles de severidad comparando a la versión anterior (DSM- IV TR) y al CIE-10, las cuales tienen más divisiones.

A continuación, se evidencian los criterios de diagnóstico del DSM-V con relación al TEA.

Tabla 2

Descripción de los criterios de diagnóstico de TEA

Criterios de diagnóstico según el DSM-V (APA2014)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

Especificar la gravedad actual:
La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de

comportamiento restringidos y repetitivos

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

Especificar la gravedad actual:
La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

Fuente: DSM-V (APA, 2014)

Es importante recalcar la nota que aparece en los criterios de diagnóstico del DSM-IV:

A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática) (APA, 2014).

Por ende, se lograría un diagnóstico con mayor exactitud y veracidad.

En cuanto a las investigaciones o información del TEA en el Ecuador, se encuentra el artículo de investigación de un estudio efectuado en la ciudad de Quito en el 2015 por Elena Díaz e Ivonne Andrade, titulado **El trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito, Ecuador**. A su vez el estudio pionero a nivel nacional del TEA de Catalina López Chávez y María de Lourdes Larrea Castelo titulado **Autismo en el Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención** publicado en la Revista Ecuatoriana de Neurología en el 2017.

Se menciona en el artículo de López y Larrea (2017) que los datos de prevalencia del TEA en la población ecuatoriana

proviene de dos fuentes, los primeros son los resultados del estudio biopsicosocial del año 2012 y que refiere tres casos encontrados en la provincia de Chimborazo y el Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó en el 2016 a 1258 personas diagnosticadas con algún trastorno del Espectro Autista (p. 204).

Los resultados de la investigación realizada expresan que “los procesos diagnósticos demandan ingentes gastos económicos y varían según la inserción social y la ubicación socio espacial” (López y Larrea, 2017).

Por último, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) se ve en la necesidad de elaborar una **Guía de Práctica Clínica (GPC)** en el 2017 debido a que

En el Ecuador no existe ningún instrumento normativo que guíe y facilite la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de niños y adolescentes con TEA, ni que provea información útil que pueda ser direccionada a los cuidadores de personas con estos diagnósticos. De ahí que se realicen diagnósticos inadecuados y tardíos, con exclusión social de las personas con TEA y sus familias. Al no existir un método unificado para el adecuado diagnóstico temprano y oportuno del TEA, se manifiesta una dispersión de criterios lo cual contribuye a la ausencia de registros nacionales claros y confiables (MSP, 2017).

Por lo anteriormente mencionado, se evidencia la necesidad que tiene el país en cuanto a la atención para con las personas con TEA, y las herramientas adecuadas para el diagnóstico del mismo con un lenguaje sencillo adaptado al contexto ecuatoriano.

1.1 TEA: Características y diagnóstico en niños

Entre las características que el CDC expone como posibles signos de alarma se encuentran: “el no señalar los objetos para demostrar su interés, evitar el contacto visual y preferir estar solos tanto en juegos como en cualquier situación de contacto social, repetir palabras y/o frases de manera constante, entre otros” (CDC,2016). Entre las características de comportamiento sociales y destrezas en la comunicación se encuentran: el evitar el contacto físico, tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas lo cual se conoce como la teoría de la mente (Baron-Cohen, 2012), no comprender del todo los límites del espacio personal ni los chistes o sarcasmos, hablar en un tono monótono, presentar retrasos en las habilidades de comunicación verbal como no verbal, tener intereses obsesivos, seguir rutinas específicas (CDC, 2016).

Para lograr un “diagnóstico acertado y a la vez precoz de cualquier trastorno del desarrollo” (Equipo de expertos de la Universidad de Valencia, 2018) en especial del TEA es necesario diferenciar los síntomas que se pueden presentar en el sujeto, ya que muchas veces pueden estar asociados tanto al TEA como a otros trastornos o dificultades como por ejemplo al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Entre los síntomas que los sujetos con TEA pueden presentar están: “la hiperactividad, impulsividad, agresión,

estados de ánimo cambiantes entre otros” (CDC, 2016). Es por esta razón que es pertinente e importante realizar un diagnóstico diferencial con los instrumentos adecuados para evaluar si dichos síntomas son parte del TEA o no, es decir saber si son un síntoma más que forma parte de un trastorno en este caso el TEA o si son el trastorno en sí. El equipo de expertos de la Universidad Internacional de Valencia (2018) menciona que “el Dr. Julián Vaquerizo, jefe de Neuropediatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz expresa que «entre los dos y cinco años muchos niños con TDAH presentan rasgos de autismo». De ahí, que a esas edades la confusión y los diagnósticos erróneos sean bastante frecuentes”. En el caso de que se cometiera un error en el diagnóstico confundiendo al TDAH con el TEA, traería graves consecuencias tanto para el sujeto diagnosticado como para su entorno; he ahí la importancia de un diagnóstico diferencial.

Teniendo un diagnóstico diferencial se crean pautas y herramientas para la intervención tanto como para el sujeto afectado como para las personas que lo rodean como lo son sus familiares y cuidadores primarios. Se utilizan tanto herramientas físicas como digitales para la intervención, tomando en cuenta los criterios de diagnósticos del TEA según el DSM-V (APA, 2014). Una de las ventajas de realizar un diagnóstico o detección precoz es la intervención temprana en los niños lo que contribuirá a reducir los niveles de estrés, desarrollar la adaptación social del niño en el presente y futuro, y a su vez ayudar a las capacidades de afrontamiento a los cambios (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria, 2009).

1.2 Niveles o grados de severidad

En el TEA se presentan 3 niveles de severidad según el DSM-V (APA, 2014), de acuerdo con el nivel de ayuda requerida. En el grado 1 existen deficiencias en la comunicación social, las cuales causan problemas importantes debido a que existe una dificultad para iniciar las interacciones sociales. Además presentan inflexibilidad en sus comportamientos sobre todo cuando se trata de alternar diversas actividades, creando una dependencia de sus cuidadores primarios (APA, 2014). En lo que se refiere al grado 2, se encuentran deficiencias notables en la comunicación tanto verbal como no verbal, pues estas se limitan a frases sencillas basadas en intereses concretos. Existe ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción. A pesar de tener ayuda de un cuidador primario o familiar, se presentan problemas sociales. Por último, en el grado 3 se encuentran deficiencias graves en la comunicación social que causan alteraciones severas del funcionamiento, pues su inflexibilidad del comportamiento interfiere en todos los ámbitos de

desempeño (APA, 2014), por lo que necesita ayuda constante de un adulto para poder entablar alguna relación social.

A continuación se incluye la tabla del DSM-V (APA,2014) de los niveles de severidad

Tabla 3 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notablemente”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda <i>insitu</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.

Nota: (APA, 2014)

Capítulo II: Recursos digitales

Con los avances en el mundo actual, la tecnología ha ayudado significativamente en muchas áreas del ser humano, como lo es en el área de la comunicación e interacción social derrumbando barreras entre países e idiomas; en el campo de la medicina se ven progresos tanto para el diagnóstico de enfermedades como para sus respectivos tratamientos o intervenciones y en el área de psicología, donde se presentan avances en las herramientas para realizar diagnósticos tempranos en diferentes trastornos y dificultades.

Según Codina (2000) un recurso digital o recurso electrónico es definido por la norma International Standard Bibliographic Description (ISBD) como un

Material codificado para ser manipulado por ordenador. Incluye materiales que requieren la utilización de un periférico conectado a un ordenador y a los servicios en línea” por lo que es “un término abstracto para referirse a cualquier documento o servicio de información en formato digital. El término incluye recursos en línea, típicamente a través de Internet y fuera de línea (p.15).

Diversas herramientas de diagnóstico que sirven para detectar dificultades y/o trastornos se encuentran actualmente como recursos digitales o recursos electrónicos y son utilizadas por profesionales para la corrección de inventarios y test, recibiendo correlaciones y resultados basándose en los baremos de cada país, lo cual provee resultados acordes a la realidad de cada sujeto.

2.1 Recursos digitales existentes para el diagnóstico del TEA

A medida que los estudios del Trastorno Espectro Autista avanzan, se requiere que las herramientas para el diagnóstico de TEA se actualicen y muchas veces se conviertan en recursos digitales con el propósito de que una mayor cantidad de personas tengan acceso a las distintas herramientas y puedan realizar tanto una evaluación como un diagnóstico mucho más integral, teniendo en cuenta todos los aspectos del sujeto como lo es su familia, el ámbito escolar, institucional y social. Se han creado varios tipos de herramientas para facilitar un diagnóstico de TEA a edades cada vez más tempranas, de modo que la intervención se pueda iniciar lo antes posible, con el fin de crear estrategias para la intervención. Es importante mencionar que la mayor ventaja para el uso de las herramientas digitales en la evaluación del TEA en los niños es que se puede realizar en cualquier lugar, por lo que da facilidades para que los padres o cuidadores primarios puedan completarlas en la comodidad de su casa una vez terminados los cuidados de sus niños.

Cabe recalcar que cualquier persona tiene acceso a dichos recursos digitales; principalmente los padres o cuidadores primarios de niños que poseen ciertos rasgos del TEA, quienes investigan y utilizan estos recursos para tener un panorama más claro sobre las necesidades de sus hijos. A pesar de tener acceso a las herramientas de diagnóstico, los resultados deben ser analizados por un profesional el cual realizará una evaluación pertinente según las necesidades de cada sujeto; ya que es una persona con conocimientos tanto de la herramienta de diagnóstico, su vocabulario técnico y de las diferentes patologías. Los profesionales que se encargan de realizar la evaluación integral, poseen una formación especializada en TEA y conocimientos psicológicos donde toman en cuenta todas las áreas del sujeto. Dado que el Inventario IDEA está compuesto por 12 diferentes áreas que evalúan el desarrollo del sujeto, y si se complementa con una entrevista y observación, se puede hacer una valoración integral.

Entre los recursos digitales para el diagnóstico del TEA que se encuentran en la página web www.espectroautista.info, se visualizan diferentes herramientas de diagnóstico con un amplio margen de edades, desde la niñez hasta la adultez. Sin embargo, los instrumentos que se van a tomar en cuenta y serán revisados son los destinados para el diagnóstico en niños como: la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS) (Attwood, 1998), la Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA) (Belinchón et al. 2008), la Entrevista diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI) (Gillberg, Gillberg, Rastam, Wentz, 2001), el Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST) (Scott, Baron-Cohen, Bolton, & Brayne, 2002), el Cociente de Empatía/Sistematización, versión para niños (EQC_SQC) (Auyeung et al. 2009), Cociente de Espectro Autista, versión para niños (AQC) (Auyeung, Baron-Cohen, Wheelwright, & Allison, 2007), el Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ) (Ehlers, Gillberg, & Wing, 1999), el Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista para niñas (ASSQ-GIRL) (Kopp, 2010), el Cuestionario del Bebé y Niño pequeño (CSBDP) (Wetherby & Prizant, 2001), la Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños (CHAT) (Baird, et al. 2001) y por último el Inventario de Espectro Autista (IDEA) (Rivière, 1997), en el cual se basa toda esta disertación.

La primera herramienta que va a ser revisada será la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS) (Attwood, 1998), la cual fue creada con el propósito de identificar ciertas habilidades y comportamientos indicativos del Síndrome de Asperger en los niños en sus primeros años escolares. Se enfoca mucho en la comunicación e interacción que pueda tener el niño con otros sujetos de su propia edad como lo es la empatía, conversaciones, expresiones emocionales entre otros. Es un cuestionario con 24 preguntas que se le presenta a los padres o personas que rodean al niño, quienes observan dichas habilidades o comportamientos. A su vez, la Escala Autónoma para la Detección del

Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA) (Belinchón et al. 2008), fue creada con el mismo propósito, con la diferencia en su clasificación de autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger; se realiza a partir de los 6 años.

La Entrevista diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI) (Gillberg, et al. 2001) está compuesta por 20 preguntas que evalúan 6 áreas del Síndrome de Asperger y Autismo de alto funcionamiento; las áreas son las siguientes: “alteraciones severas en la interacción social recíproca (déficit en la interacción social), el o los patrones de intereses restringidos y absorbentes, imposiciones de rutinas, rituales e intereses, peculiaridades del habla y del lenguaje, problemas de comunicación no verbal y la torpeza motora” (Gillberg, 1989).

El Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST) (Scott et al. 2002) fue creado para identificar a temprana edad los rasgos o comportamientos del síndrome de Asperger, esta herramienta de diagnóstico esta compuesta por 37 preguntas que se presentan a los padres de niños con sospecha de síndrome de Asperger.

El Cociente de Empatía/Sistematización, versión para niños (EQC_SQC) (Auyeung et al. 2009), está planteado para que los padres o cuidadores de niños de 4 a 11 años respondan dichas preguntas, basándose en los rasgos de personalidad que pueden observar en los niños, para valorar los niveles de empatía que se presentan en los niños. Dicho cuestionario está compuesto por 55 preguntas, tomando en cuenta que si el sujeto que se está evaluando tiene algún trastorno del espectro autista va a puntuar bajo.

El Cociente de Espectro Autista, versión para niños (AQC) (Auyeung et al. 2007), está diseñado para cuantificar características del TEA en niños, está compuesto por 50 preguntas que se presentan a los padres y/o cuidadores primarios de los niños.

El Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ) (Ehlers et al. 1999) y el Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista para niñas (ASSQ-GIRL) (Kopp, 2010), son herramientas de diagnóstico de TEA para niños de 7 a 16 años; se tratan de 27 y 18 preguntas respectivamente, que ayudan a clasificar el nivel de afectaciones en las diferentes áreas del sujeto como lo es en la comunicación, en sus conductas, y sus movimientos. Como su nombre lo dicen el ASSQ-GIRL es para aplicar específicamente a las niñas y el otro ASSQ puede ser aplicado a cualquier género.

El Cuestionario del Bebé y Niño pequeño (CSBSDP) (Wetherby & Prizant, 2001), es la herramienta que se ha revisado con el rango de edad entre 6 y 24 meses, siendo la única que observa, evalúa e identifica desde tan temprana edad los diferentes aspectos del desarrollo del niño. Puesto que el sujeto no posee un lenguaje verbal, se puede crear la hipótesis de si va a tener o no un problema de desarrollo del lenguaje y distintas interacciones con su entorno. Se presentan 24 preguntas a padres y a cuidadores primarios sobre las conductas y comportamientos del niño.

Por último, se encuentra la Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños (CHAT) (Baird, y otros, 2001), la cual posee distintas versiones como el MCHAT y Q-CHAT pero se tomará en cuenta solo su versión CHAT. Es una herramienta que sirve para el cribaje de casos sospechosos de TEA; consta de 14 preguntas de las cuales hasta la pregunta 9 se realiza a los padres y/o cuidadores primario, de la pregunta 10 a la 14 debe ser contestada por un profesional.

2.2 El Inventario IDEA para el diagnóstico del TEA en niños

El Inventario IDEA fue creado por Ángel Rivière en 1997 en España (Rivière, 1997) y consta de una segunda edición en el 2004. Según Alcantud (2013) el Inventario IDEA

Se podría considerar como una escala de valoración para profesionales expertos en la evaluación y diagnóstico ya que permite organizar la información disponible sobre la competencia de la persona evaluada en doce funciones psicológicas agrupadas en 4 grandes áreas: social, comunicación y lenguaje, flexibilidad mental y comportamental, y ficción e imaginación (p.167).

Al englobar las “diferentes manifestaciones comportamentales, carencias, excesos, peculiaridades” (Bravo, Mitjà, & Soler, 2011) que se pueden observar en las personas que tienen TEA, especialmente en los niños, se logra crear un panorama más claro tomando en cuenta tanto las fortalezas como las dificultades que se observan en el sujeto, con el fin de crear herramientas para su vida cotidiana.

Como se menciona previamente, el Inventario IDEA está agrupado por 4 grandes áreas y en cada área se encuentran 3 dimensiones, las cuales se encargan de evaluar los rasgos de acuerdo a cada área.

A continuación se encontrará una tabla que se relacionan las áreas del Inventario IDEA con los criterios diagnósticos del DSM-V, con el objetivo de exponer las bases diagnósticas y teóricas de dicho inventario

Tabla 4

Áreas del Inventario IDEA con los criterios de diagnóstico del DSM-V

Área	Dimensiones	DSM-V
A) Relaciones Sociales	1) Trastornos de la relación social	Criterio A
	2) Trastorno de la referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjunta)	
	3) Trastorno intersubjetivo y mentalista	
B) Lenguaje y	1) Trastorno de las funciones	Criterio A

Comunicación	comunicativas	
	2) Trastorno del lenguaje expresivo	
	3) Trastorno del lenguaje receptivo	
C) Flexibilidad mental y comportamental	1) Trastorno de la anticipación	Criterio B
	2) Trastorno de la flexibilidad	
	3) Trastorno del sentido de la actividad propia.	
D) Ficción e Imaginación	1) Trastorno de la Ficción	Criterio A y B
	2) Trastorno de la Imitación	
	3) Trastorno de la suspensión	

Nota: estas dimensiones se encuentran en el Inventario IDEA en el anexo 1 y los Criterios de diagnóstico se encuentran en la Tabla 2.

La principal razón por la cual se seleccionó el Inventario IDEA como herramienta para el diagnóstico de TEA en niños, es la facilidad de organizar la información recopilada como lo menciona Alcantud (2013) y la importancia que da a todas las dimensiones de desarrollo.

A continuación, se presenta como ejemplo una de las doce dimensiones del Inventario IDEA, la cual se encuentra en el área de Relaciones Sociales. El Inventario completo se puede encontrar en el anexo 1.

Tabla 5

Primera dimensión del Inventario IDEA

1) Relaciones Sociales

Dimensión	Puntuación
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto.	8
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	4
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender las sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
No hay trastorno cualitativo de la relación.	0

Con referencia a lo anterior, los criterios para puntuar cada dimensión son los siguientes, la puntuación de 8 corresponde al nivel máximo de afectación en dicha dimensión, como se puede observar en la tabla anterior. Es decir que si una persona en la dimensión de Relaciones sociales presenta “Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto”; se le puntúa con 8, y va disminuyendo

o descendiendo la puntuación en pares (8, 6, 4, 2, 0) de acuerdo a la descripción de cada ítem y solamente se selecciona un ítem por cada dimensión. Cabe recalcar que “son posibles también puntuaciones impares cuando se considere que la persona evaluada se sitúa, en esa dimensión, en un punto intermedio entre dos ítems consecutivos” (Psicodiagnos, 2018).

Los resultados o puntuaciones totales pueden estar en el rango de 0 a 96, señalando los siguientes niveles:

“El nivel 1 Autismo Clásico tipo Kanner. Con una puntuación entre 70 y 96 aproximadamente” (Psicodiagnos, 2018)

El nivel 2 Autismo Regresivo, y se denomina de esta manera debido a la pérdida de las capacidades aprendidas. Su puntaje oscila entre 50 y 70 aproximadamente (Psicodiagnos, 2018).

El nivel 3 es el Autismo de Alto funcionamiento, donde el lenguaje esta presente y la dificultad se ve en las relaciones sociales, la presencia de los intereses rutinarios y difícil manejo de los cambios. Las puntuaciones se encuentran entre 40 y 50 aproximadamente (Psicodiagnos, 2018).

Por último, el nivel 4 es el Síndrome de Asperger, donde están afectadas las relaciones sociales por no poder comprender las sutilezas de las relaciones. Su puntaje oscila entre 30 a 45 aproximadamente.

En cuanto al tiempo de aplicación es variable, es decir que no tiene un tiempo establecido para realizar el inventario.

La validez y confiabilidad del Inventario IDEA se puede evidenciar en los resultados de la investigación de García-López y Narbona (2012) quienes realizaron análisis de la concordancia entre los diagnósticos del TEA basado en el Inventario IDEA y el Childhood Autism Ratings Scale (CARS) con los criterios del DSM-IV TR., en donde se pueden evidenciar que

La concordancia del IDEA y del CARS respecto a la clasificación DSM-IV-TR fue del 73 y 82%, con sensibilidad de 1 y 0,83 y especificidad de 0,61 y 0,82, respectivamente. Ambas escalas discriminan correctamente entre el trastorno autista y los demás diagnósticos clínicos. Tanto el IDEA como el CARS constituyen instrumentos útiles para la detección y monitorización del autismo en la práctica clínica diaria (García-López & Narbona, 2012).

Entre las principales utilidades que se pueden destacar del Inventario IDEA es que se logra valorar la severidad de los síntomas que se presenta en el sujeto. Una vez determinado el grado o nivel de severidad de los rasgos detectados se plantean objetivos de intervención (Alcantud, 2013) y planificar estrategias para auxiliar y asistir tanto al niño como a sus padres, docentes y cuidadores primarios. Cabe recalcar que para poder aplicar el Inventario IDEA de manera íntegra, es necesario poseer “un conocimiento clínico,

terapéutico, educativo” (Bravo, Mitjà, & Soler, 2011) especializado en TEA ya que posee un vocabulario técnico. Alcantud (2013) menciona que muchos profesionales utilizan el IDEA como una herramienta de diagnóstico.

Sin embargo, Alcantud (2013) indica que el mismo autor y creador del Inventario IDEA señala que

El inventario no se ha construido con el objetivo de ayudar al diagnóstico diferencial del autismo (aunque pueda ser un dato más a tener en cuenta en ese diagnóstico), sino de valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, con independencia de cuál sea su diagnóstico diferencial (Rivière, 1997, p.144 citado en Alcantud, 2013).

2.2.1 Ventajas y Desventajas

Entre las ventajas que se pueden apreciar en el Inventario IDEA se destaca lo completo que está diseñado, ya que evalúa las diferentes áreas del sujeto. Al tomar en cuenta las 12 dimensiones de desarrollo que se evalúan y apreciar los niveles o grados de severidad se puede lograr un diagnóstico integral ya que no se descuida ninguna parte del sujeto. Es por esto que se eligió el Inventario IDEA como base para la realización de la lista de cotejo.

Entre las desventajas que el Inventario IDEA posee sobresale lo antiguo que es, tomando en cuenta que fue creado en 1997 y su segunda edición del 2004. A su vez, su lenguaje es técnico dificultando la comprensión de cualquier persona que tenga acceso, lo cual a través del internet todo el mundo puede accederlo desde cualquier dispositivo digitando Inventario IDEA y sale completo el inventario con sus respectivos criterios de evaluación.

Debido a esto Vázquez (2015) enfatiza que

Para usar de manera óptima el inventario, es necesario que los profesores y equipos de apoyo tengan un conocimiento amplio de los aspectos psicológicos, educativos y familiares de los estudiantes evaluados, así como un dominio teórico... profundo de las alteraciones que componen el espectro autista (su terminología y su significado) (p.42).

Capítulo III: Trabajo práctico

Teniendo presente que el Inventario IDEA elaborado por Ángel Rivière (Rivière, 1997) presenta una segunda edición en el 2004, se considera antiguo ya que tiene más de 10 años y posee un vocabulario técnico dificultoso de entender por una persona que no posee una formación especializada en TEA. Es por esta razón que se realiza la lista de cotejo, con un vocabulario sencillo para la comprensión total de cualquier persona que desee realizar dicho inventario, con conceptos actuales, ubicado y contextualizado al medio latinoamericano, en especial al medio ecuatoriano. Con el fin de ayudar a entender los rasgos que los niños pueden presentar tanto en el ámbito familiar, escolar y social se utilizará el Inventario IDEA y la Lista de cotejo como un “screening” o un sondeo inicial para abrir campo a una valoración y evaluación por parte de un profesional capacitado en TEA; es decir, tener cierta información inicial para poder buscar la evaluación pertinente con un profesional, el cual tomará en cuenta los criterios de la Tabla 2 y de la Tabla 5.

El primer paso para poder realizar una lista de cotejo es conocer la definición de la misma, para lo cual Bordas (2009) menciona que es “un instrumento que permite identificar un determinado comportamiento con respecto a actitudes, habilidades y destrezas. Contiene un listado de indicadores de logro en el que se constata, la presencia o ausencia”. En este caso serían las características o rasgos del TEA como la existencia de “deficiencias en las conductas comunicativas o si existen hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales” (APA, 2014). Posteriormente para la elaboración de la Lista de Cotejo se realizó la investigación bibliográfica respectiva del Inventario IDEA y del TEA, tomando en cuenta todas sus dimensiones, rasgos, características y criterios de diagnóstico en el caso del TEA. Paralelamente, se realizó la reestructuración lingüística sobre la base del Inventario IDEA y los conceptos del TEA, cabe recalcar que no existe ninguna alteración en cuanto al contenido de fondo del Inventario IDEA, más bien pretende clarificar el lenguaje técnico que este posee.

La lista de cotejo está compuesta por todas las áreas del Inventario IDEA, con un vocabulario sencillo para la comprensión de cualquier persona que trabaje o conviva con niños que poseen rasgos o diagnóstico del TEA.

3.1 Reestructuración lingüística del Inventario IDEA

Una reestructuración lingüística del Inventario IDEA se refiere a la modificación o alteración de la estructura del lenguaje de dicho inventario para lograr una mejor comprensión de las personas que lo están leyendo. Se realizó la modificación del lenguaje

técnico ya que personas que tienen acceso al Inventario IDEA por medio del internet, no comprenden en su totalidad el contenido y el resultado puede ser afectado por la mala comprensión lingüística.

3.1.1 Elaboración de la lista de cotejo

La elaboración de la lista de cotejo se basó en las dimensiones del desarrollo del Inventario IDEA, tomando en cuenta cada ítem y su importancia. Se realizó un análisis cualitativo de las dimensiones, el cual consistió en revisar todos los aspectos y componentes lingüísticos que integran cada dimensión del Inventario IDEA. Al tener los componentes lingüísticos se creó la lista de cotejo basándose en una exploración bibliográfica del vocabulario técnico y se realizó la definición respectiva de cada ítem, sobre la base de la teoría de la mente explorada por los autores trabajos en la disertación que evidencian en los diferentes ítems de la lista de cotejo.

Por último, se procedió a realizar la validación de expertos pertinente. Entre los expertos se encuentran dos psicólogas educativas conocedoras de TEA. La primera que desde este momento será conocida como E1, es una psicóloga con varios años de experiencia en diagnósticos e intervenciones de TEA, especialmente con niños. La segunda experta, E2, es una psicóloga con experiencia en psicoterapia, evaluaciones psicológicas educativas y en investigaciones psicológicas.

3.1.2 Procedimiento de validación de expertos

La validación de expertos se realizó una vez concluido el desarrollo y elaboración de la lista de cotejo, la cual está compuesta por definiciones de diferentes autores y sus respectivas citas. Se validó la lista con dos expertos, quienes poseen conocimientos y formación tanto en Psicología Educativa como en TEA. La matriz entregada constaba de 3 columnas (Anexo 2), en la cual en la primera se encontraba el Inventario IDEA, la segunda la lista de cotejo y la tercera la retroalimentación de los expertos sobre los cambios propuestos; dicha matriz se puede encontrar en los Anexos.

A continuación, se presenta como ejemplo una de las doce dimensiones del Inventario IDEA, con la dimensión de la Lista de Cotejo y su respectiva puntuación. La lista de Cotejo completa se encuentra en la aplicación piloto en la tabla 7.

Tabla 6

Relaciones Sociales - Primera Dimensión del Inventario IDEA y la Lista de Cotejo

Dimensión del Inventario IDEA	Dimensión de la Lista de Cotejo	Puntuación
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto.	Se aísla completamente de las personas. No tiene ningún apego o conexión al momento de interactuar con personas específicas. No presenta relaciones con pares/niños de su misma edad/escolaridad o con adultos.	8
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	No se relaciona con las personas. Existe un vínculo con algunos adultos muy cercanos, pero no con sus pares.	6
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	Existen relaciones poco frecuentes con sus pares, las cuales son estimuladas o iniciadas por adultos que lo rodean. Las relaciones son más como respuesta que como iniciativa propia.	4
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender las sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	Aunque muestra motivación para establecer una relación con sus pares o iguales, presenta dificultades para relacionarse. Tiene conciencia de soledad.	2
No hay trastorno cualitativo de la relación.	No existe incapacidad de relacionarse con los demás.	0

3.2 Aplicación piloto de la lista de cotejo del Inventario IDEA

Con la lista de cotejo culminada y con la respectiva valoración de expertos, se procede a realizar la prueba piloto con un universo compuesto por 4 adultos, sean padres o cuidadores primarios o personas que trabajan directamente con niños con TEA, se selecciona a las 4 personas de manera intencional. Una prueba piloto se refiere a “aquella experimentación que se realiza por primera vez con el objetivo de comprobar ciertas cuestiones... cuyas conclusiones puedes resultar interesantes para avanzar con el desarrollo de algo” (Pérez & Merino, 2015).

El procedimiento para la prueba piloto fue el siguiente:

- 1) La prueba piloto se realizó de manera presencial e individual.
- 2) Se presentó una breve descripción de lo que significa TEA y sus características, conjuntamente con una explicación del Inventario IDEA y la razón por la cual se realizó la Lista de Cotejo (Anexo 3). A su vez, el consentimiento informado (Anexo 4)

fue expuesto a cada participante, explicando la libertad que tenían para ser parte de la prueba piloto.

- 3) A continuación, se dio la siguiente instrucción: “Después de leer cada ítem del Inventario IDEA, por favor califique el nivel de comprensión del lenguaje del 1 al 5, donde 1: No comprendo en absoluto el ítem, 2: comprendo cierta parte del ítem 3: comprendo medianamente el ítem 4: comprendo la mayoría del ítem y 5: comprendo el ítem en su totalidad. Cada dimensión tiene 5 ítems, por favor completar todos los ítems”. Cada participante calificó su nivel de comprensión del lenguaje del Inventario IDEA.
- 4) Posteriormente, se presentó la lista de cotejo con la siguiente indicación: “Después de leer cada ítem de la Lista de Cotejo por favor califique su nivel de comprensión del lenguaje del 1 al 5, donde 1: No comprendo en absoluto el ítem, 2: comprendo cierta parte del ítem 3: comprendo medianamente el ítem 4: comprendo la mayoría del ítem y 5: comprendo el ítem en su totalidad. Cada dimensión tiene 5 ítems, por favor completar todos los ítems” y así cada participante calificó su nivel de comprensión del lenguaje de la lista de cotejo y comparó con la comprensión del Inventario IDEA.
- 5) Finalmente, se realizó una entrevista de retroinformación (Anexo 5) con el fin de conocer si alguna las participantes calificaron con valor menor a 5 cualquier ítem de la lista de cotejo, como referencia actualizar y pulir la lista de cotejo en un futuro.

Tabla 7

Lista de Cotejo para la prueba piloto.

1) RELACIONES SOCIALES	1	2	3	4	5
Se aísla completamente de las personas. No tiene ningún apego o conexión al momento de interactuar con personas específicas. No presenta relaciones con pares/niños de su misma edad/escolaridad o con adultos.					
No se relaciona con las personas. Existe un vínculo con algunos adultos muy cercanos, pero no con sus pares.					
Existen relaciones poco frecuentes con sus pares, las cuales son estimuladas o iniciadas por adultos que lo rodean. Las relaciones son más como respuesta que como iniciativa propia.					
Aunque muestra motivación para establecer una relación con sus pares o iguales, presenta dificultades para relacionarse. Tiene conciencia de soledad.					
No existe incapacidad de relacionarse con los demás.					

2) CAPACIDADES DE REFERENCIA CONJUNTA: La referencia conjunta se refiere a la atención, acción y preocupación por los otros como personas que sienten, piensan y opinan; es decir la capacidad de ver al otro como sujeto.	1	2	3	4	5
No existe interés por otras personas (sujetos) ni por sus acciones. Básicamente se refiere a que trabaja en solitario, no hay acción con el otro en el sentido que no comparte las actividades con nadie.					
No existe un interés por realizar actividades en conjunto con otras personas, se mantiene la mirada ausente y no existe una reciprocidad con las miradas de las otras personas.					
Es capaz de usar su mirada para trabajar con otros con el fin de realizar acciones en conjunto basándose en una indicación por parte de un tercero; es decir que comparte su mirada cuando un adulto participa en situaciones dirigidas por éste y no existen miradas en situaciones más abiertas.					
El sujeto es capaz de enfocar su atención y sus acciones para trabajar en conjunto con las personas que lo rodean a través de gestos tanto verbales como no verbales, pero sin preocuparse de los sentimientos de los demás ya que se le “escapan” las miradas y gestos.					
No presenta dificultades al momento de interactuar con las demás personas, ya que logra poner atención tomando en cuenta que comprende a todos como sujetos que sienten, piensan, y opinan.					

3) CAPACIDADES INTERSUBJETIVAS Y MENTALISTAS	1	2	3	4	5
El sujeto no se da cuenta de las expresiones emocionales de otros. No tiene noción de las otras personas que lo rodean o de su entorno. No tiene conciencia que es una persona individual. La intersubjetividad primaria se refiere al intercambio diádico, es decir entre dos personas en este caso la madre, intercambio en el que, sin lenguaje, las dos personas son capaces de predecir e intercambiar estados emocionales y afectivos como lo son: gestos, estímulos, tonos (Girón, 2014) y cabe recalcar que son temporales y regulados (Martínez, 2011). La interacción con la madre se da por medio de la mirada. En las personas evaluadas con esta categoría, no existen intercambios temporales y emocionalmente controlados en la relación con la madre, consecuentemente no se ha desarrollado					

la intersubjetividad primaria.

Existe el vínculo con la madre, donde hay un intercambio interactivo no verbal de estados emocionales y/o afectivos.

No tiene conciencia de que las otras personas piensan, sienten, ven, etc. El sujeto no comprende las expresiones emocionales de los otros.

La intersubjetividad secundaria se refiere a las situaciones donde se combina la interacción con el cuidador primario (en muchos casos con la madre), y las acciones de su cuerpo ya sea: señalar, mostrar, tomar, etc. y una relación interpersonal como sonreír, extender los brazos, balbuceo, entre otras acciones (Martínez, 2011).

Se empieza a ver cómo el sujeto utiliza su cuerpo para señalar al cuidador primario lo que desea, o quiere.

Se ven sonrisas hacia su cuidador primario e imitación.

No tiene la capacidad de interpretar sarcasmos ni ironías.

Las tareas de la teoría de la mente consisten en ponerse en el lugar del otro, de imaginarse lo que puede estar pensando y sintiendo, así como entender y predecir su conducta (Baron-Cohen, 2012. p.91). A su vez identificar las intenciones “ocultas” tras los gestos o expresiones y palabras de otros como, por ejemplo: una persona tiene su mirada hacia la puerta, puede significar que esa persona quiere irse; o mirar a una persona de determinada manera, lo que quiere decir es que se habla por medio de los ojos, una comunicación no verbal.

Es consciente de que las otras personas “son personas” que tienen sentimientos, pensamientos, y esto se exterioriza por medio de la teoría de la mente la cual permite comprender, interpretar y anticipar la conducta de los demás a través de estados mentales como los deseos y las creencias (Martínez, 2011). En cuanto a las interacciones sociales son simples y limitadas, pero comprende lo que está sucediendo.

No existe una dificultad para darse cuenta de las expresiones emocionales de los demás, se expresa con otras personas por medio de sonrisas, lenguaje verbal y no verbal.

4) FUNCIONES COMUNICATIVAS

1 2 3 4 5

No existe un lenguaje consciente para establecer una conversación con propósito y/o intencionada para obtener algo de otras personas

Las conductas instrumentales con personas se pueden considerar como el “uso” de una persona

para conseguir un determinado fin (Vea, 1988; 1991).

Pide ayuda a las personas que lo rodean mediante gestos o señalamientos, en especial a los cuidadores primarios, para lograr cambios en su mundo físico como pedir algo sin usar un lenguaje verbal. Son gestos o señalamientos (Vea, 1991).

Utiliza su lenguaje verbal o gestos suspendidos para pedir cosas, ya sea para usar o porque les molesta el objeto en cuestión, sin compartir las acciones que va a realizar con el objeto, ni sentimientos o sus experiencias previas.

Cualificaciones subjetivas de experiencia se refiere a las percepciones individuales que cada persona tiene de un objeto donde se evidencian sentimientos y sólo son captados por quien percibe el objeto. Por lo que, al momento de compartir, comentar y/o declarar verbalmente lo hace de manera limitada o escasa.

No presenta ni evidencia dificultad para establecer una conversación intencionada con otras personas, utiliza el lenguaje verbal para comentar, y compartir sus percepciones y sentimientos del mundo.

5) LENGUAJE EXPRESIVO

1 2 3 4 5

Ausencia total del lenguaje verbal para la comunicación con otras personas. Hace sonidos que no son entendibles para otros.

No existe una conversación o un diálogo, solo hay palabras sueltas para comunicar lo que quiere. Repite ciertas palabras y/o frases que ha oído en su entorno (sea en la televisión o de alguna persona cercana) con un ritmo y entonación monótona.

Existe la presencia de oraciones no repetitivas, pero únicamente para pedir algo o expresar lo necesario; sin embargo, no llega a configurar un discurso y/o intercambios conversacionales.

Anomalías prosódicas se refiere a una pronunciación, acentuación y entonación que se encuentra alterada sea porque el sujeto se encuentra imitando distintas voces que muchas veces suena artificial o forzada (León, 2015). Presenta dificultades en la entonación o acento de las sílabas, palabras u oraciones. Parece rebuscado, poco natural y/o poco sutil.

El lenguaje que utiliza ya tiene coherencia entre una oración y la otra, la conversación puede fluir entre las diferentes partes. Sin embargo, presenta dificultad al momento de cambiar de temas en las conversaciones y seleccionar temas relevantes para continuarlas; es decir al momento de

intercambiar roles conversacionales.

No presenta ninguna dificultad al momento de expresarse verbalmente. Su conversación es fluida y usa el tono adecuado dependiendo de la situación en la que se encuentre.

6) LENGUAJE RECEPTIVO

1 2 3 4 5

Sordera Central también conocida como desorden del procesamiento auditivo la cual se refiere a una dificultad “para reconocer las diferencias sutiles entre los sonidos de las palabras, aunque estos sean fuertes y claros” (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2003). No logra procesar y/o interpretar la información que está escuchando y es por eso por lo que no responde a su nombre, indicaciones u órdenes.

Es capaz de comprender órdenes o frases simples y/o sencillas como “dame” “coge” “trae” sin necesariamente asociarlas a un objeto en particular.

Entiende las frases que se le dice literalmente, no logra detectar algunos errores en el lenguaje. No entiende sarcasmos, chistes ni ironías.

Comprende lo que se le está diciendo y pidiendo, se le dificulta entender entre el significado literal del significado intencional de las cosas que se le dice. Es decir, que si una persona le dice una palabra y/o frase como “me caes mal” lo va a interpretar de manera literal, el significado de caer mal es negativo y no va a tomar en cuenta el tono de voz o la situación y/o contexto del mensaje.

No presenta dificultades para comprender el lenguaje cuando se le habla.

7) ANTICIPACIÓN

1 2 3 4 5

Se adhiere a un patrón de estímulos o rutinas que se repitan de forma idéntica.

“Presenta gran angustia frente a pequeños cambios, dificultades con las transiciones” (APA, 2014), es decir que se resiste a los cambios que ocurren de manera inesperada, causa gran angustia y frustración ya que no posee la habilidad de anticipar los cambios así sean en su rutina.

Se rige a sus rutinas o rituales siempre.

Con frecuencia se opone a los cambios que surgen de manera imprevista y/o inesperada ya que no presenta la habilidad de anticipar ciertos cambios en sus rutinas cotidianas que sean simples como por ejemplo el tiempo de la ejecución de una actividad.

Pueden existir reacciones dramáticas y/o

exageradas ante ciertos cambios imprevistos en cuanto se refiere a la temporalidad de eventos o situaciones como por ejemplo la diferenciación entre un Curso de fin de semana y las vacaciones de verano.

Prefiere un ambiente predecible y un orden claro de las cosas que lo rodean. Si existiera algún cambio es capaz de moldearse a la situación y auto-regularse para manejar los cambios que se presentaran.

No presenta ninguna dificultad para adaptarse a los cambios imprevistos que se le pudieran presentar en su día a día.

8) FLEXIBILIDAD

1 2 3 4 5

Sus movimientos se encuentran predominado por estereotipias motoras simples, las cuales se refieren a movimientos o posturas que se repiten sin un fin específico (Orellana, 2014).

Predominan los rituales simples. Existe resistencia a cambios mínimos que tienen muy poca o nada de importancia para otras personas como por ejemplo el orden de la ropa en su closet o la ubicación de los alimentos en su plato.

Existe un comportamiento de “rituales complejos” donde se encuentra un apego excesivo a ciertos objetos, fijación en itinerarios y preguntas obsesivas, que para él son importantes. En el momento que no se encuentran los objetos donde los dejó o “desaparecen” puede ocasionar un gran malestar.

El sujeto muestra una conducta obsesiva o rígida en las cosas que hace, en los intereses que tiene, es decir que todo tiene que estar en perfecto estado o a la perfección; en donde siempre hay algo que mejorar sin nunca llegar a completar o considerar terminado.

No presenta ninguna dificultad ante los cambios en su rutina.

9) SENTIDO DE LA ACTIVIDAD

1 2 3 4 5

Predominan masivamente las conductas que parecen (para otras personas) que no tiene una meta concreta. No es capaz de captar y procesar las consignas o instrucciones externas al momento de dirigir una actividad.

Logra sólo realizar ciertas actividades como ir al baño, comer, vestirse siempre y cuando alguien más le indique hacerlo. Cuando no existen dichas actividades, se ubica en el nivel anterior de esta dimensión de desarrollo.

Realiza actividades de periodos extensos donde no comprende en su totalidad la finalidad de dichas actividades ya que no se encuentra motivado a

realizarlas; alguien externo le pide que las haga como, por ejemplo: el cuidador primario le pide que haga la cama, y/o los deberes.

Es consciente de que sus actividades extensas tienen una meta y deseo personal pero no distingue el orden en que las debe realizarlas para lograr la meta final.

El sujeto no presenta dificultades para realizar actividades que requieren una instrucción o motivación tanto personal como externa.

10) FICCIÓN E IMAGINACIÓN

1 2 3 4 5

El juego simbólico se refiere por ejemplo a jugar con un trozo de madera y pretender que representa algo más como un avión, un carro, un teléfono, un zapato, etc. (ASEMCO, s.f.) Se utilizan los símbolos como parte del juego, la imaginación para recrear algo que “ve” en su mente y lo quiere expresar en su “mundo real”.

En el sujeto con algún trastorno de espectro autista no presenta un juego simbólico.

No logra introducirse en la simbolización o utilizar las representaciones mentales que se encuentran en el lenguaje, el juego y la imitación diferida (Navarro, 2002. p.150).

Según las teorías de Piaget “Hacer como si...” (Piaget en García, A. & Llull, J. 2009, p.89).

Los juegos funcionales o también conocidos como los juegos sensoriomotores presentan poca flexibilidad entendiéndose esto como una limitada capacidad para poder modificar y adaptar las reglas de juego tanto en su juego individual como con otros; como por ejemplo el sujeto crea sus reglas y no las cambia a conveniencia, es decir sigue las reglas al pie de la letra.

Al ser poco espontáneo se refiere a que presenta baja capacidad de improvisación y un tercero debe participar para que se realice el juego tanto individual como grupal, dándole directrices para que se realice la actividad.

En cuanto a los contenidos limitados, no logra integrar nueva información y/o contenido con el que ya posee con anterioridad, con el fin de crear nuevas maneras de jugar teniendo en cuenta la relación entre su cuerpo y los objetos (Bülher en García, A. & Llull, J. 2009, p.88).

El juego simbólico que es “hacer como si...” en general es poco espontáneo y obsesivo. Presenta importantes dificultades para diferenciar entre la ficción y la realidad. No logra distinguir cuál es parte de su imaginación y cual es para de su realidad.

Utiliza su imaginación para crear realidades alternas las cuales las usa como recurso de

aislamiento de su entorno; por ejemplo: asume un personaje y lo representa (Rogers & Dawson, 2010) con muchos detalles para lograr aislarse de su realidad en un momento preciso.

La imaginación cumple un rol esencial para crear un entorno por medio de símbolos y expresar lo que está jugando.

No presenta ninguna dificultad para incorporar características simbólicas al momento de jugar, usando su imaginación y “hacer como si...” con diferentes objetos. Le da un significado propio a su interacción.

11) IMITACIÓN

1 2 3 4 5

No presenta indicios de conductas imaginativas. Al momento de interactuar con las demás personas no puede “fantasear” suponer, presentir lo que las otras personas están tratando de expresar.

El sujeto logra imitar o copiar algunas conductas simples como caminar, correr, saltar, ya que otros lo estimulan a hacerlo; no son espontáneas o por iniciativa propia.

Logra imitar de manera espontánea, pero con poca frecuencia las acciones o movimientos de otra persona. No logra adaptarse a dicha imitación de manera fácil y con un significado coherente.

Los modelos internos según Bowlby citado en Young (2015) se basan en los patrones de interacción que tiene el sujeto con su madre o cuidador primario donde demuestre un apego significativo. Luego se van haciendo parte de la rutina automática del sujeto.

En este caso se refiere a la ausencia de los patrones de imitación que presenta el sujeto. Como, por ejemplo: de grande yo quiero ser bombero como mi papá.

No presenta dificultades para imitar las conductas de las personas que lo rodean.

12) SUSPENSIÓN

1 2 3 4 5

El sujeto no logra poner en pausa o suspender las acciones previas para poder crear los gestos comunicativos, es decir el lenguaje no verbal.

Su lenguaje verbal se encuentra ausente o es por medio de movimientos.

Las acciones instrumentales se refieren a la representación de un acto en concreto y los símbolos enactivos se refiere a la “representación determinada de una cosa mediante la reacción inmediata con ella” (Guilar, 2009), es decir la experiencia que se tiene con el objeto para crear un símbolo.

Por lo tanto, el sujeto no logra poner en pausa sus representaciones y/o acciones para crear nuevos

símbolos (Rivière Á. , 2003). Creando un juego funcional poco flexible, espontáneo y con contenidos limitados.

El sujeto no suspende las propiedades reales de las cosas o de las situaciones para crear un juego imaginativo, es decir que es consciente de las características de los objetos y utiliza la imaginación para jugar o interactuar con su entorno.

El sujeto no suspende las representaciones tanto para crear como para comprender las metáforas que se le presentan en su vida. Es capaz de comprender que en ciertas ocasiones los estados mentales no necesariamente corresponden a las situaciones y viceversa.

El sujeto no presenta dificultades aparentes para comprender y/o crear metáforas o símbolos en su expresión verbal.

3.2.1 Participantes

Los participantes para la prueba piloto, fueron personas que tienen algún tipo de relación, sea personal o profesionalmente con niños que tienen TEA. En este caso fueron dos madres, un cuidador primario y una psicóloga de una institución educativa en Quito; quien trabaja con 11 niños que poseen rasgos o características del TEA, algunos con un diagnóstico profesional y otros sólo con sospecha de TEA.

Las participantes fueron todas mujeres con edades comprendidas entre 43 a 54 años; con una media de 47.75.

La primera participante es una madre de una niña con diagnóstico de TEA con un nivel de escolaridad universitaria, quien desde el diagnóstico de su hija empieza a investigar a profundidad sobre el TEA; a partir de este momento será conocida como "P.1." La siguiente participante es una psicóloga educativa con maestrías en diversas áreas de la educación, ella es la psicóloga de una institución educativa; a partir de este momento será conocida como "P.2.". La tercera persona en participar es una madre con un nivel de escolaridad de posgrado con diversos conocimientos de TEA y otras necesidades educativas asociadas o no a la discapacidad; a quien a partir de este momento será conocida como "P.3". Por último, la cuarta participante es una cuidadora primaria, con nivel de escolaridad superior, de un niño diagnosticado con TEA; desde ahora será referida como "P.4.".

3.2.2 Resultados

Los resultados fueron interpretados de la siguiente manera. Primero se analizó el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem de las dimensiones del desarrollo del

Inventario IDEA. Cada participante clasificó su nivel de comprensión del 1 al 5, siendo 1 que no comprendían en absoluto el ítem y 5 que comprendían en su totalidad el ítem. A continuación, el análisis del nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem de la Lista de Cotejo, la cual se basa en el Inventario IDEA. Al igual que en el Inventario IDEA, cada participante clasificó su nivel de comprensión del lenguaje del 1 al 5, siendo 1 que no comprendían en absoluto el ítem y 5 que comprendían en su totalidad el ítem. Posteriormente se tabularon los datos basándose en las observaciones de los resultados obtenidos tanto en la comprensión del Inventario IDEA como de la Lista de Cotejo; tomando en cuenta que 5 significa una comprensión total del ítem y 1 ninguna comprensión, los porcentajes serán en las tablas comparativas: 5 = 100%, 4 = 80%, 3 = 60%, 2 = 40% y 1 = 20%. Finalmente, se realizó un entrevista de retroinformación donde las participantes expusieron sus razones por calificar cualquier ítem de la lista de cotejo menor a 5.

3.2.2.1 Análisis de Comprensión del Inventario IDEA

1) Relaciones Sociales



Gráfico 1: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Relaciones Sociales.

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión evalúa las relaciones sociales, es decir si logra vincularse con alguien socialmente. Se basa en el Criterio A del DSM-V (APA, 2014)

Tabla 8

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	80%	100%	80%	60%	84%
P.2	100%	100%	60%	100%	20%	76%
P.3	100%	20%	100%	80%	100%	80%
P.4	60%	60%	100%	80%	100%	80%

2) Capacidades de Referencia Conjunta

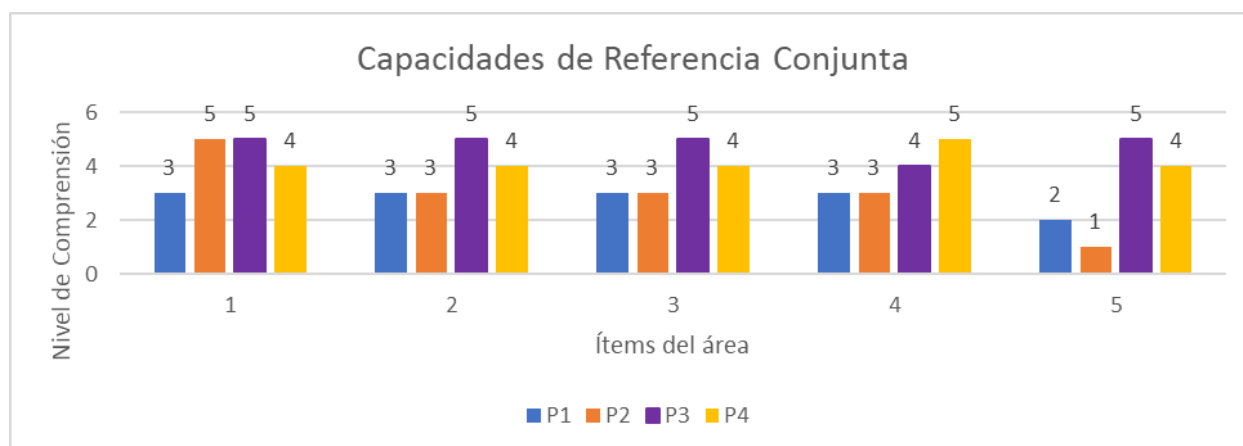


Gráfico 2: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Capacidades de Referencia Conjunta.

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión evalúa las relaciones conjuntas, trabajo en equipo e interacciones con las demás personas. Se basa en el criterio de diagnóstico A del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 9

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	60%	60%	60%	60%	40%	56%
P.2	100%	60%	60%	60%	20%	60%
P.3	100%	100%	100%	80%	100%	96%
P.4	80%	80%	80%	100%	80%	84%

3) Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas

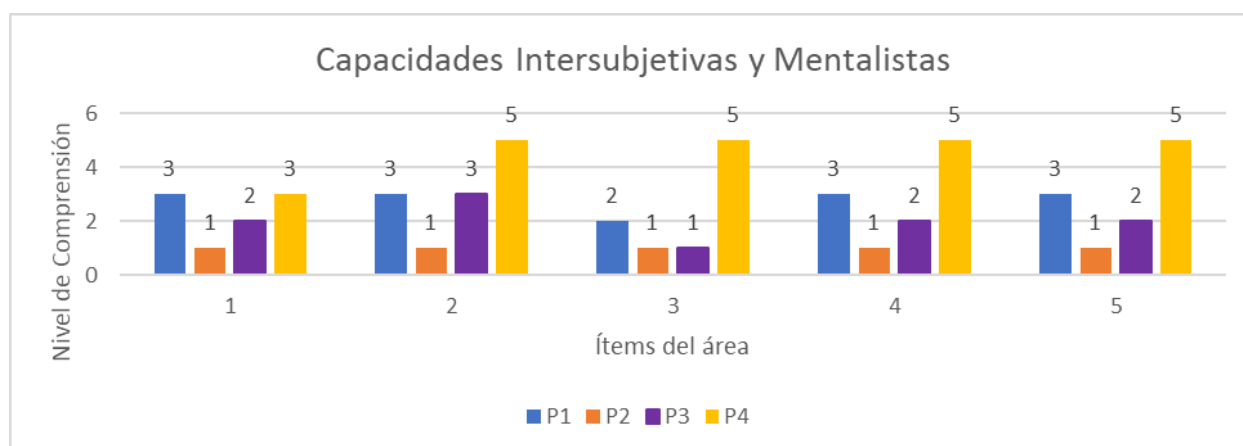


Gráfico 3: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión evalúa la capacidad para darse cuenta de las expresiones emocionales de los demás, se basa en la teoría de la mente que se refiere a “ponerse en el lugar del otro” (Baron-Cohen, 2012. P.91). Se basa en el criterio de diagnóstico A del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 10

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	60%	60%	40%	60%	60%	56%
P.2	20%	20%	20%	20%	20%	20%
P.3	40%	60%	20%	40%	40%	40%
P.4	60%	100%	100%	100%	100%	92%

4) Funciones Comunicativas

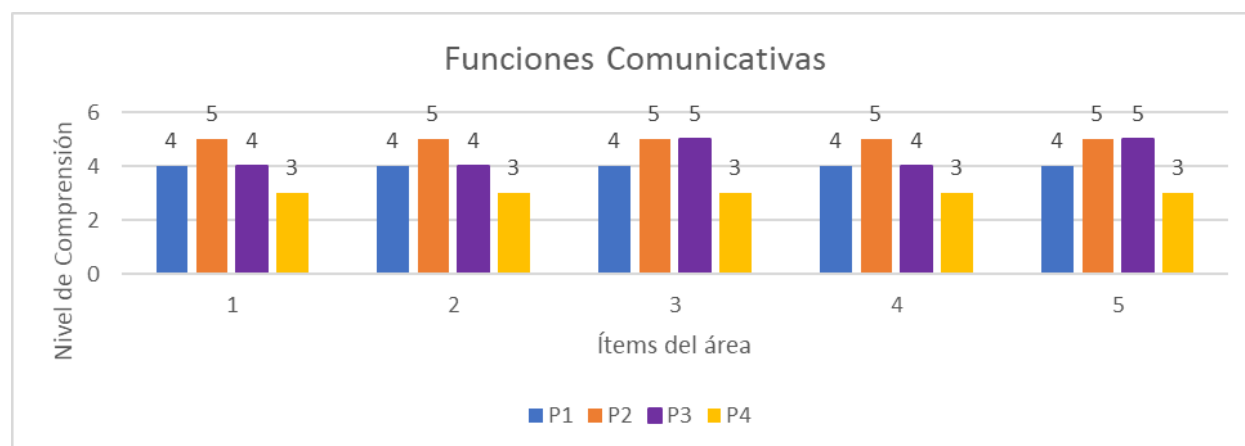


Gráfico 4: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Funciones Comunicativas

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión valora el uso del lenguaje para comunicarse. Se basa en el criterio de diagnóstico A del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 11

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	80%	80%	80%	80%	80%	80%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	80%	80%	100%	80%	100%	88%
P.4	60%	60%	60%	60%	60%	60%

5) Lenguaje Expresivo

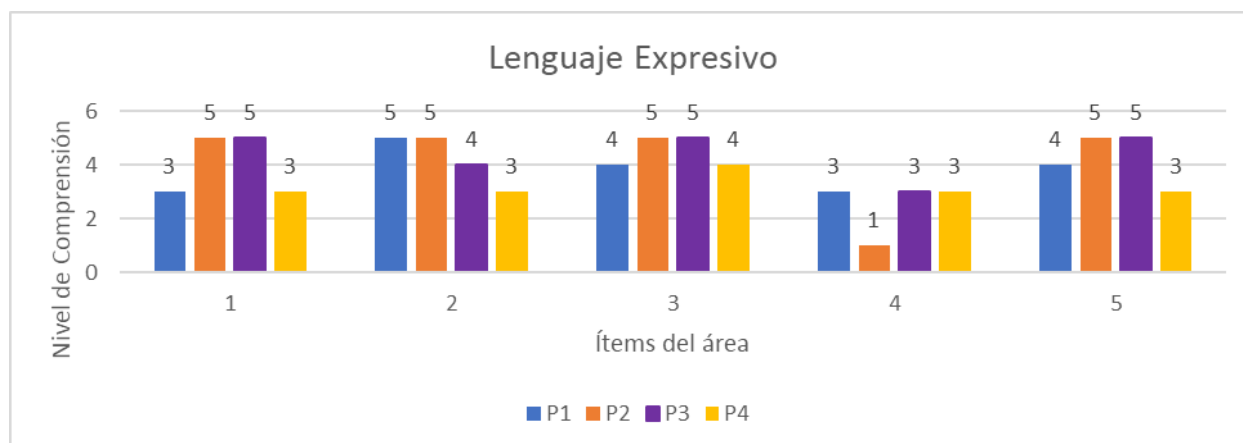


Gráfico 5: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Lenguaje Expresivo

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Se basa en el criterio de diagnóstico A del DSM-V (APA, 2014). Esta dimensión valora el uso del lenguaje verbal para intercambios conversacionales.

Tabla 12

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	60%	100%	80%	60%	80%	76%
P.2	100%	100%	100%	20%	100%	84%
P.3	100%	80%	100%	20%	100%	80%
P.4	60%	60%	80%	60%	60%	64%

6) Lenguaje Receptivo

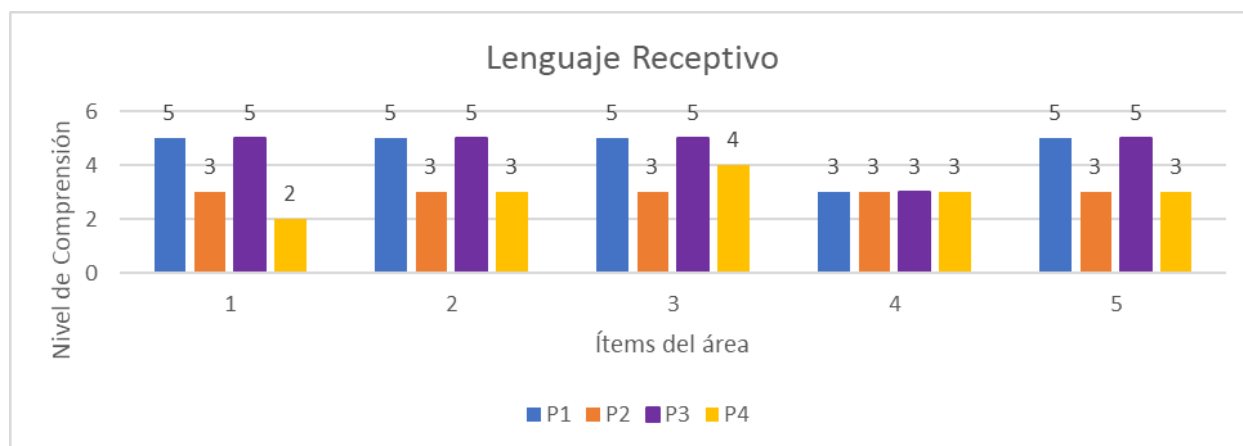


Gráfico 6: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Lenguaje Receptivo

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Se basa en el criterio de diagnóstico A del DSM-V (APA, 2014). Esta dimensión evalúa la capacidad de entender el lenguaje como frases simples u órdenes.

Tabla 13

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	60%	100%	92%
P.2	60%	60%	60%	60%	60%	60%
P.3	100%	100%	100%	60%	100%	92%
P.4	40%	60%	80%	60%	60%	60%

7) Anticipación

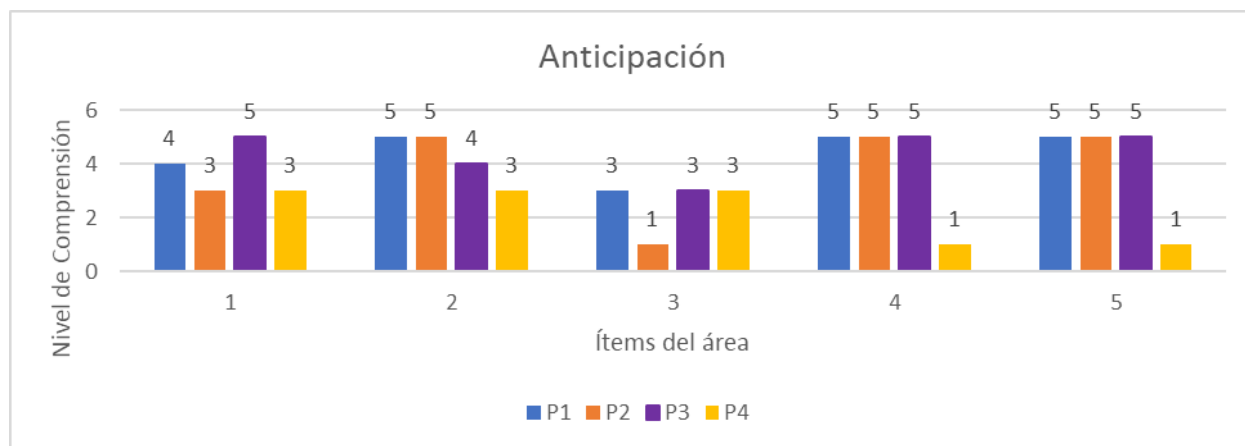


Gráfico 7: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Anticipación

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión valora la oposición a los cambios imprevistos. Se basa en el criterio de diagnóstico B del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 14

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	80%	60%	60%	100%	100%	88%
P.2	60%	100%	20%	100%	100%	76%
P.3	100%	80%	60%	100%	100%	88%
P.4	60%	60%	60%	20%	20%	44%

8) Flexibilidad

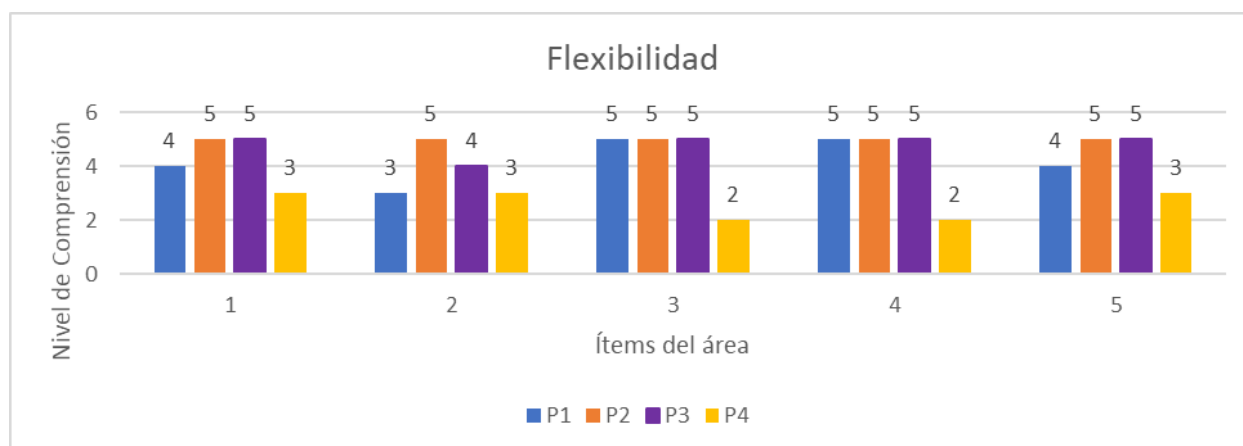


Gráfico 8: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Flexibilidad

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión valoriza los comportamientos y rutinas que pueda tener. Se basa en el criterio de diagnóstico B del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 15

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	80%	60%	100%	100%	80%	84%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	80%	100%	100%	100%	96%
P.4	60%	60%	40%	40%	60%	52%

9) Sentido de la Actividad

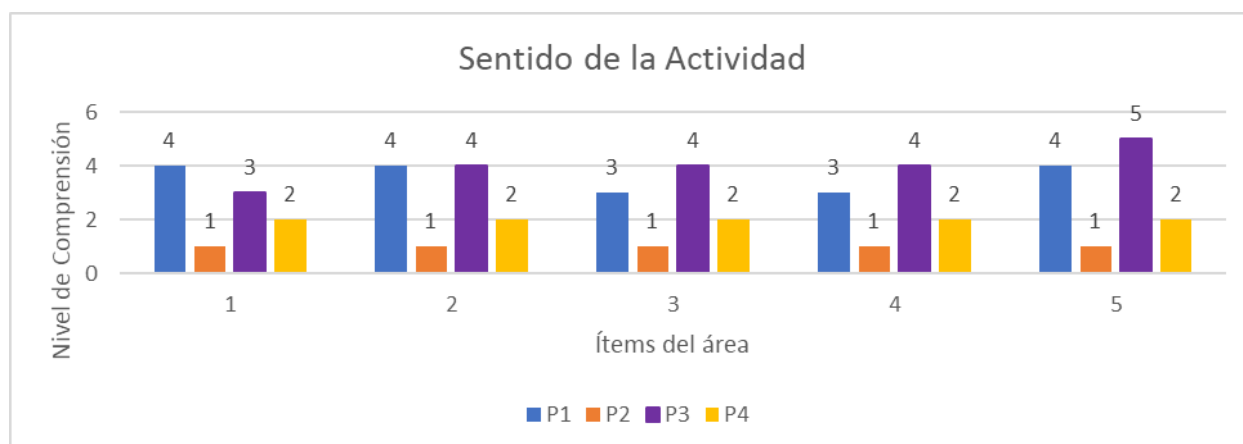


Gráfico 9: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Sentido de la actividad

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión evalúa el tiempo y sentido de las conductas o actividades realizadas. Se basa en el criterio de diagnóstico B del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 16

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	80%	80%	60%	60%	80%	72%
P.2	20%	20%	20%	20%	20%	20%
P.3	60%	80%	80%	80%	100%	80%
P.4	40%	40%	40%	40%	40%	40%

10) Ficción e Imaginación

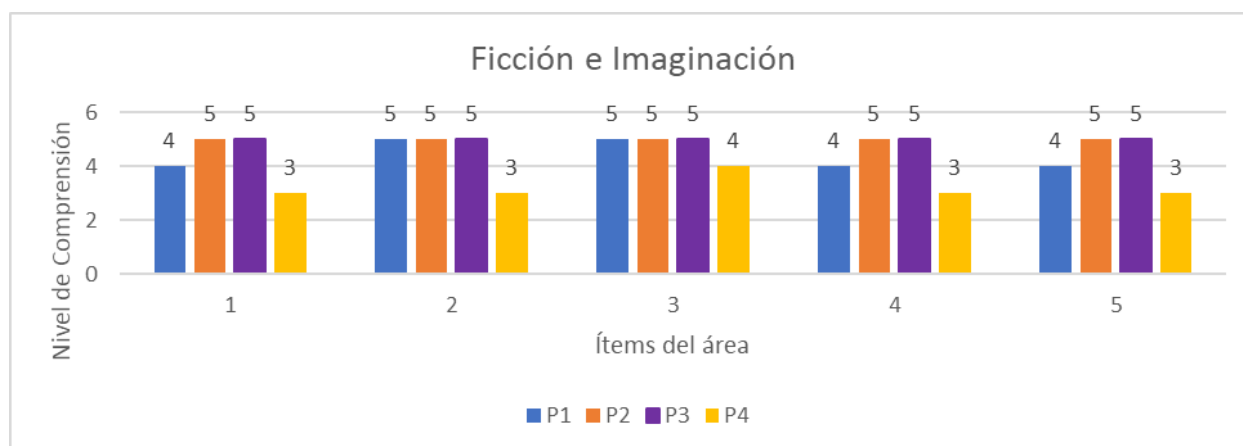


Gráfico 10: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Ficción e Imaginación

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión valora el juego simbólico y sensorio-motor. Se basa en el criterio de diagnóstico A y B del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 17

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	80%	100%	100%	80%	80%	88%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	60%	60%	80%	60%	60%	64%

11) Imitación

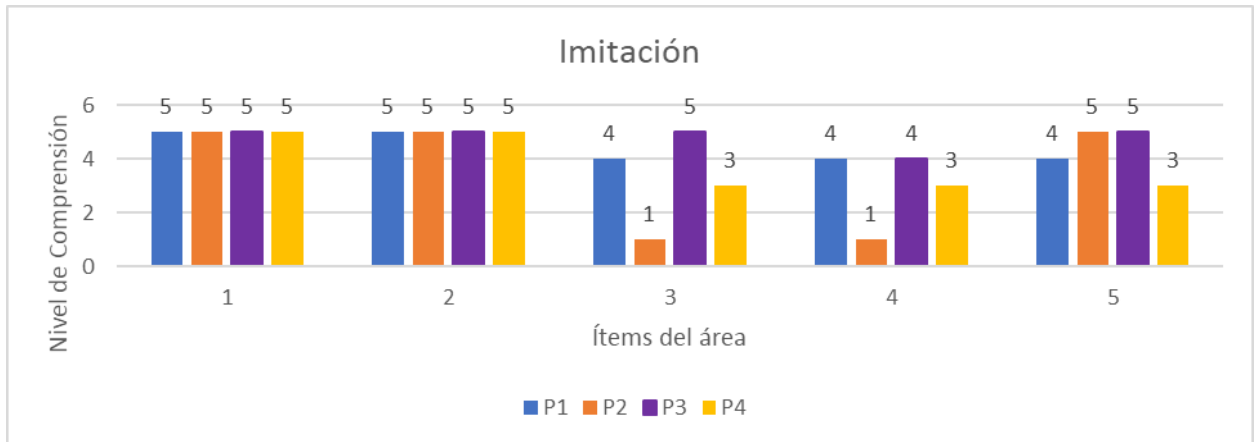


Gráfico 11: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Imitación

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión se encarga de evaluar la imitación de otras personas. Se basa en el criterio de diagnóstico A y B del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 18

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	80%	80%	80%	88%
P.2	100%	100%	20%	20%	100%	68%
P.3	100%	100%	20%	20%	100%	68%
P.4	100%	100%	60%	60%	60%	76%

12) Suspensión

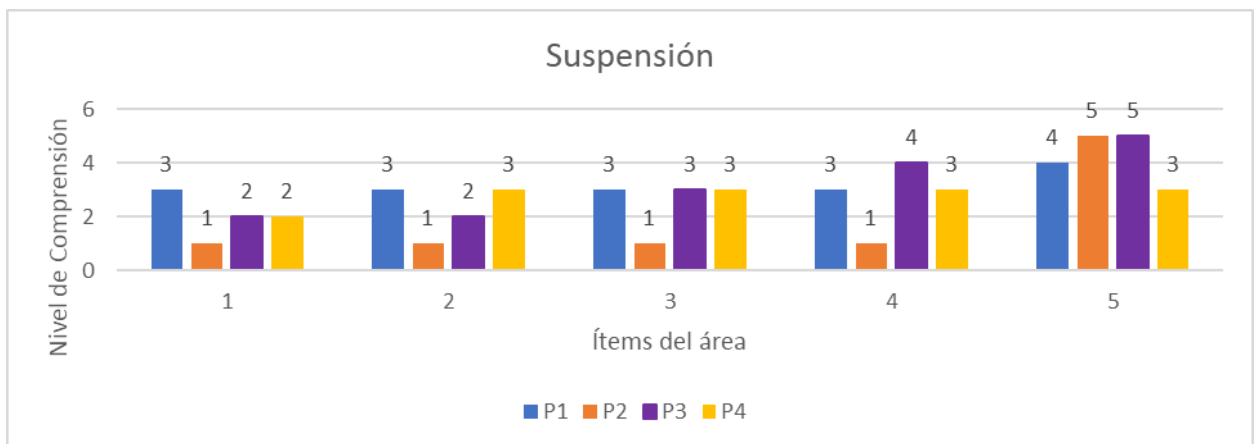


Gráfico 12: Análisis de Comprensión del Inventario IDEA – Dimensión Suspensión

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Esta dimensión evalúa el juego funcional. Se basa en el criterio de diagnóstico A y B del DSM-V (APA, 2014).

Tabla 19

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	60%	60%	60%	60%	80%	64%
P.2	20%	20%	20%	20%	100%	36%
P.3	40%	40%	60%	80%	100%	64%
P.4	40%	60%	60%	60%	60%	56%

3.2.2.2 Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo

Cada participante clasificó su nivel de comprensión del lenguaje del 1 al 5, siendo 1 que no comprendían en absoluto el ítem y 5 que comprendían en su totalidad el ítem. Tomando en cuenta las calificaciones del nivel de comprensión, los porcentajes serán 5 = 100%, 4 = 80%, 3 = 60%, 2 = 40% y 1 = 20%; al igual que en el Inventario IDEA.

1) Relaciones Sociales

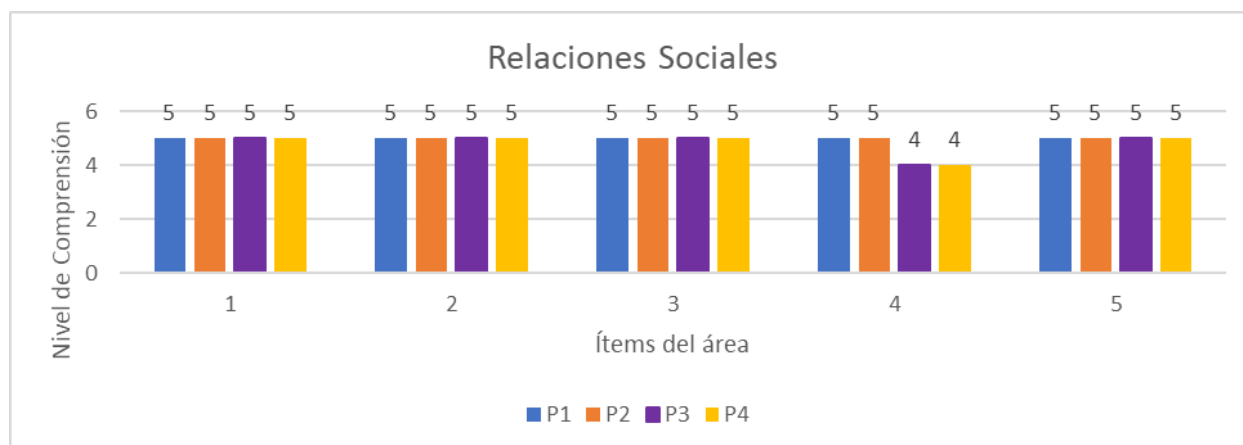


Gráfico 13: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Relaciones Sociales

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante. Como se observa en la tabla la P1 es el azul, la P2 es naranja, P3 es morado y P4 es amarillo, así serán en todos los gráficos.

Tabla 20

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	80%	100%	96%
P.4	100%	100%	100%	80%	100%	96%

2) Capacidades de Referencia Conjunta

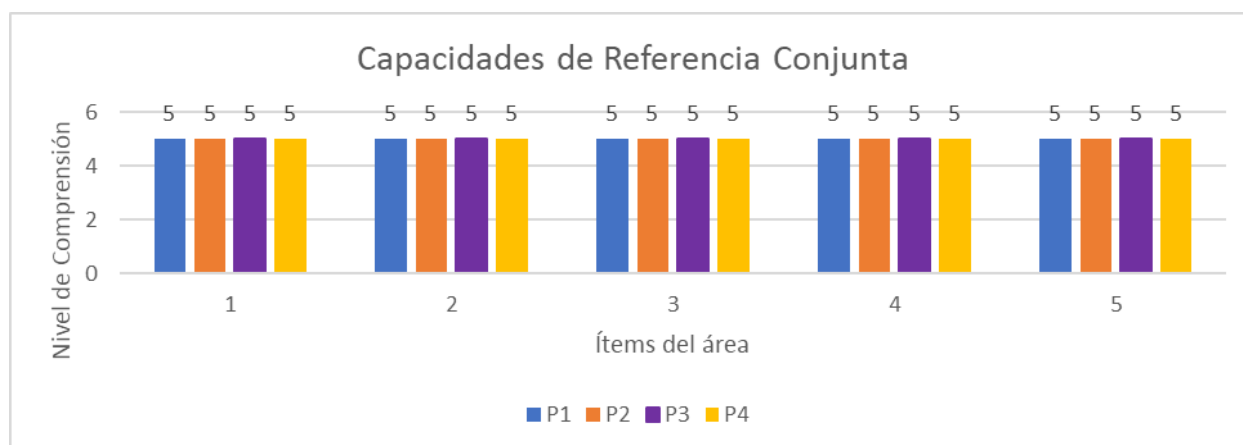


Gráfico 14: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Referencia Conjunta

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 21

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3) Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas

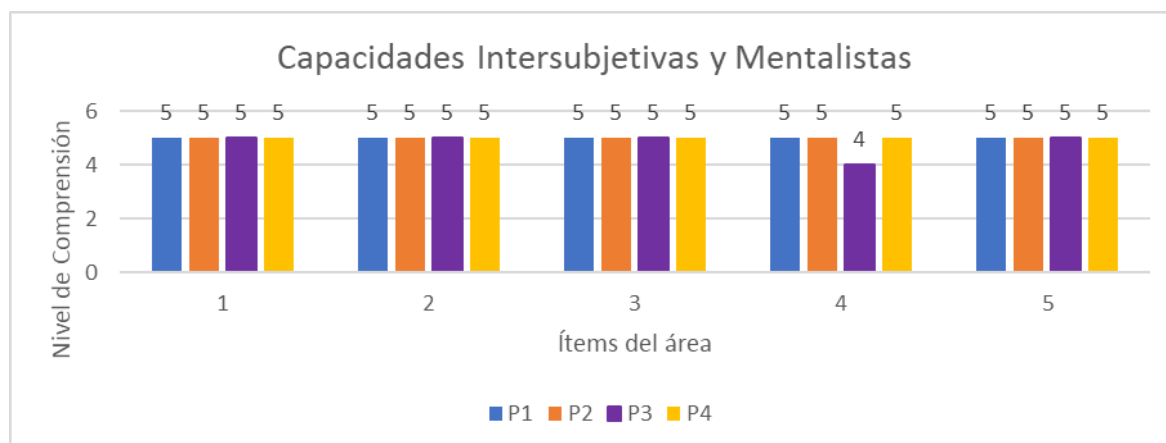


Gráfico 15: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 22

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	80%	100%	96%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

4) Funciones Comunicativas

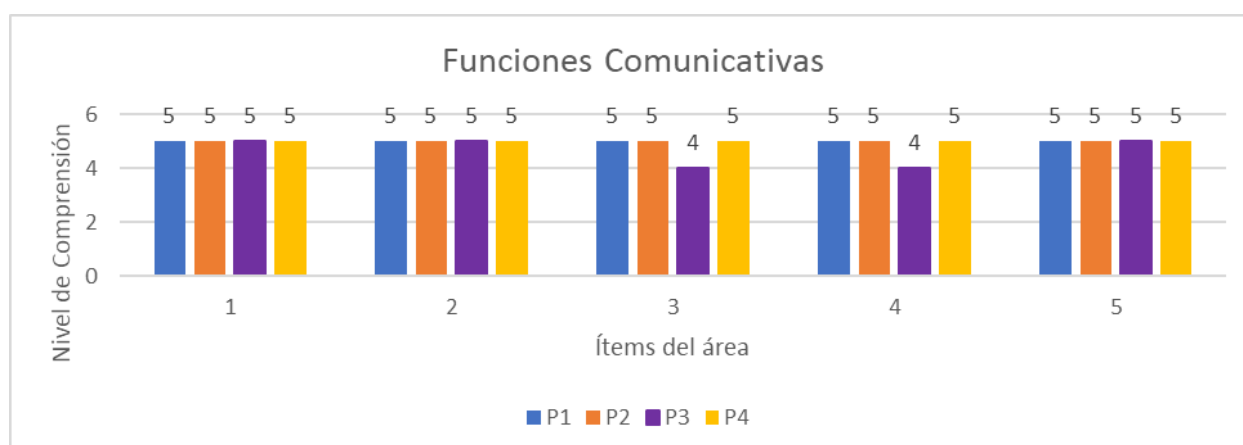


Gráfico 16: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Funciones Comunicativas

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 23

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	80%	80%	100%	92%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

5) Lenguaje Expresivo

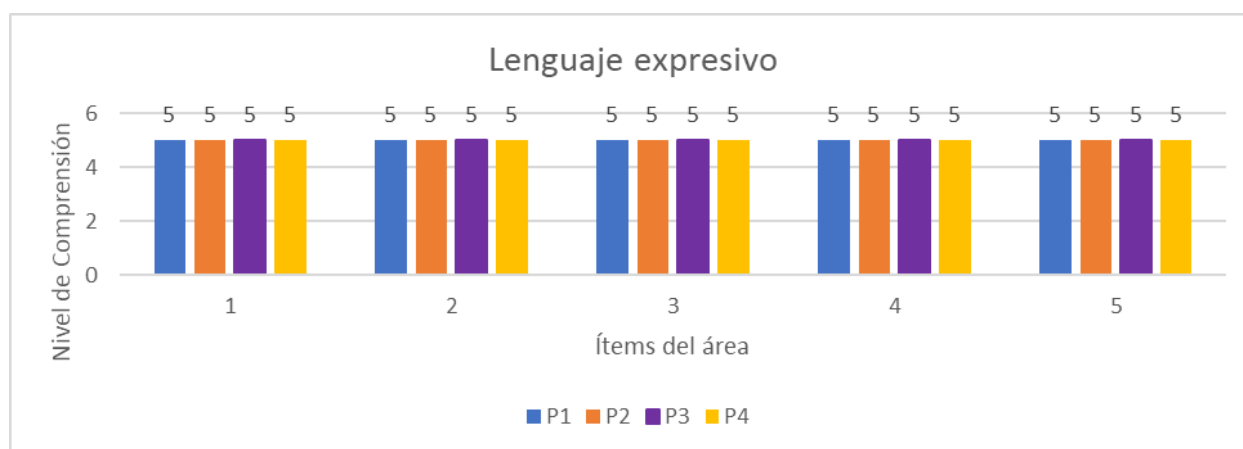


Gráfico 17: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Lenguaje expresivo

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 24

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

6) Lenguaje Receptivo

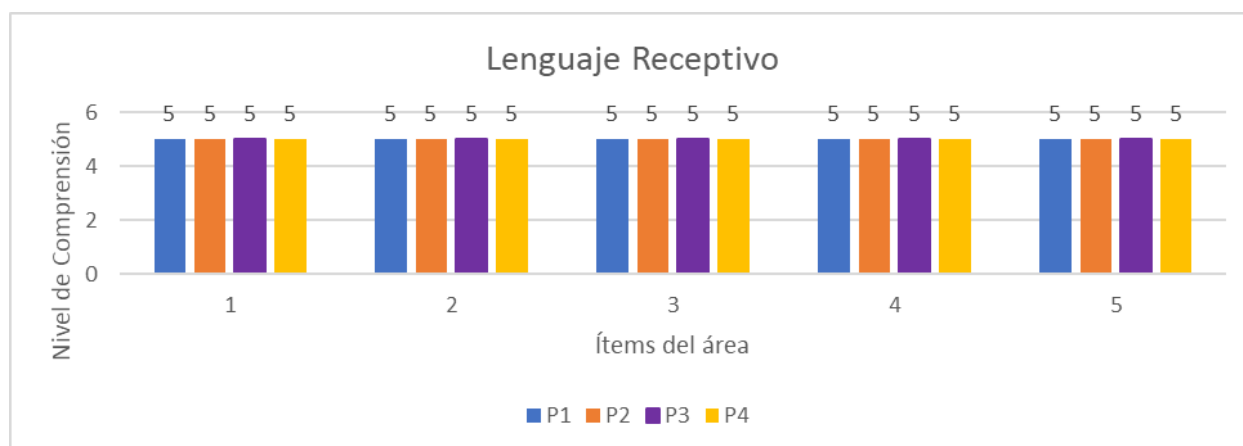


Gráfico 18: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Lenguaje Receptivo

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 25

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

7) Anticipación

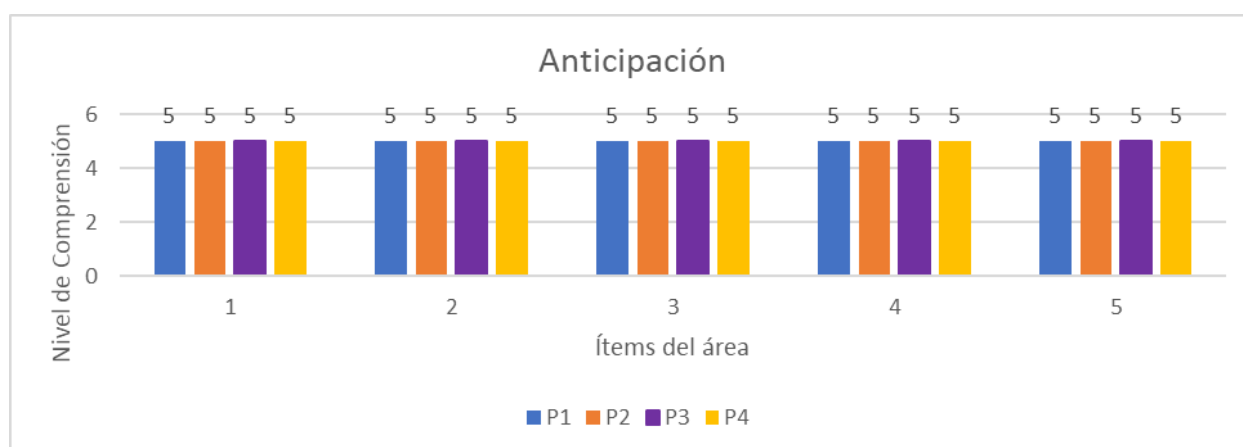


Gráfico 19: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Anticipación

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 26

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

8) Flexibilidad

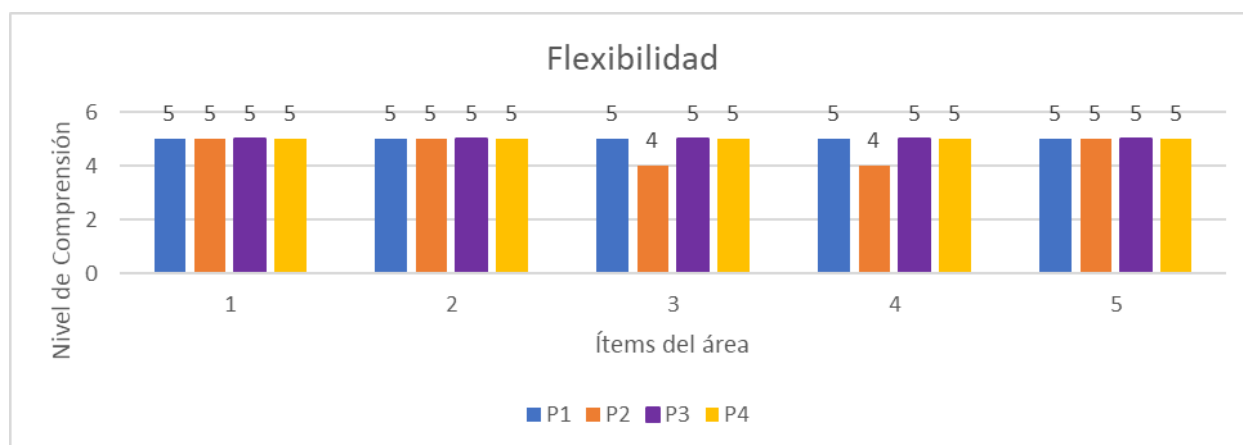


Gráfico 20: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Flexibilidad

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 27

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	80%	80%	100%	92%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

9) Sentido de la Actividad

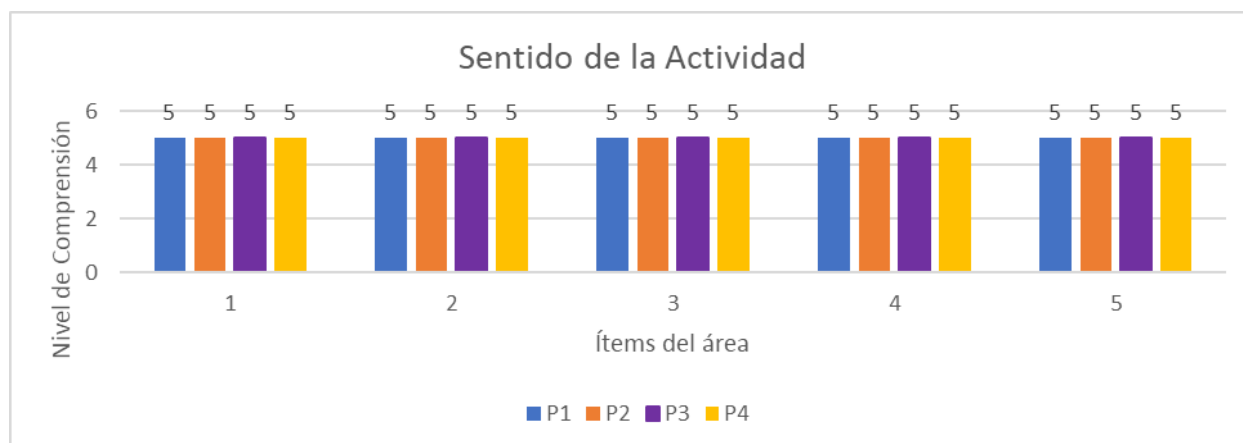


Gráfico 21: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Sentido de la Actividad

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 28

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

10) Ficción e Imaginación

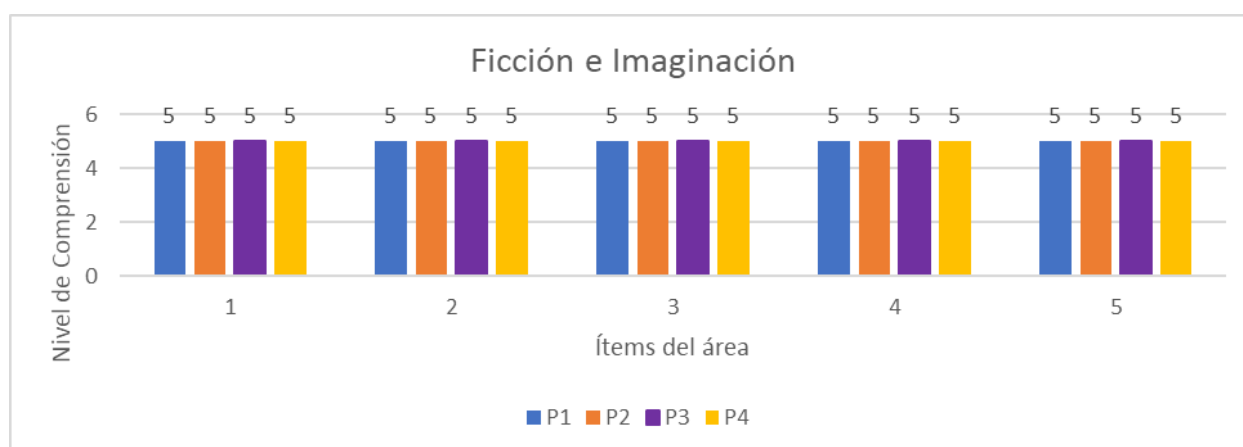


Gráfico 22: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Ficción e Imaginación

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 29

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

11) Imitación

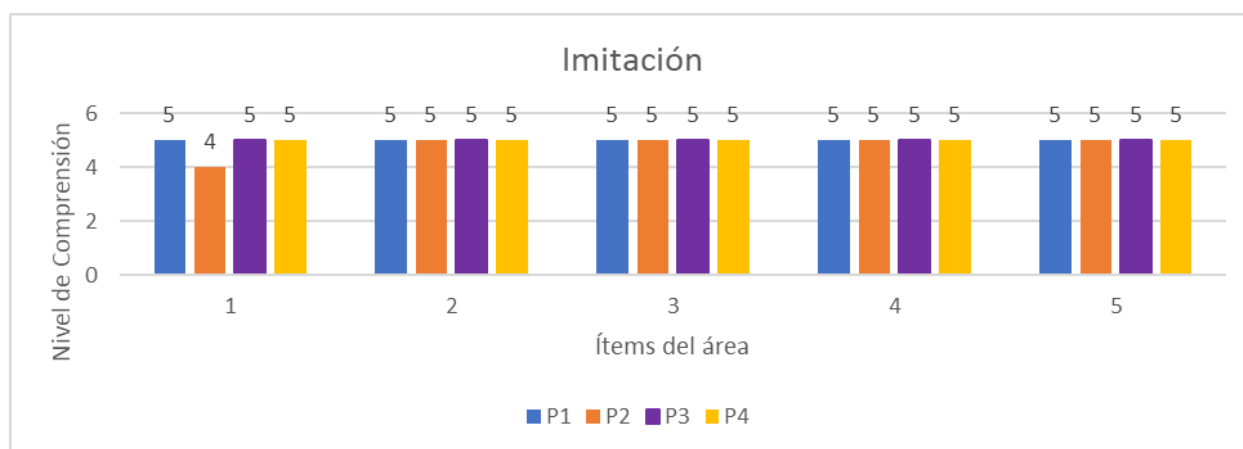


Gráfico 23: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Imitación

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 30

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	80%	100%	100%	100%	100%	96%
P.3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

12) Suspensión

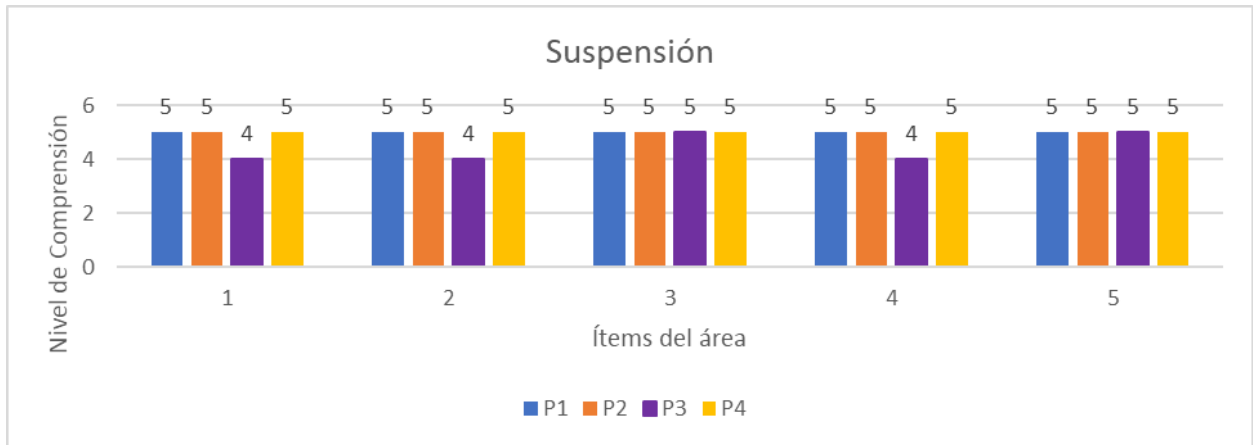


Gráfico 23: Análisis de Comprensión de la Lista de Cotejo – Dimensión Suspensión

En la siguiente tabla se puede observar el nivel de comprensión del lenguaje de cada ítem por participante.

Tabla 31

Participante	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Comprensión Total del área
P.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.2	80%	100%	100%	100%	100%	96%
P.3	80%	80%	100%	80%	100%	88%
P.4	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A continuación, se puede observar en la tabla 32 los resultados totales de cada participante del nivel de comprensión del lenguaje de cada dimensión del Inventario IDEA, con su respectiva media y comprensión total.

Tabla 32

Comprensión del lenguaje del Inventario IDEA

Área	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	%TOTAL	
P1	84%	56%	56%	80%	76%	92%	88%	84%	72%	88%	88%	64%	928%	77.33%
P2	76%	60%	20%	100%	84%	60%	76%	100%	20%	100%	68%	36%	800%	66.67%
P3	80%	96%	40%	88%	80%	92%	88%	96%	80%	100%	68%	64%	972%	81.00%
P4	80%	84%	92%	60%	64%	60%	44%	52%	40%	84%	76%	56%	792%	66.00%
Media	80%	74%	52%	82%	76%	76%	74%	83%	53%	93%	75%	55%		73%

Se puede observar en la tabla anterior, el nivel total de comprensión del lenguaje técnico del Inventario IDEA de cada participante en porcentajes. Tres de las cuatro participantes no llegaron a comprender más del 77% del lenguaje que se presenta en el Inventario IDEA. Dando una media de comprensión del lenguaje total de 73%.

Seguidamente, se puede observar en la tabla 33 los resultados totales de cada participante del nivel de comprensión del lenguaje de cada dimensión de la Lista de Cotejo, con su respectiva media y comprensión total.

Tabla 33

Comprensión del lenguaje de la Lista de Cotejo

Área	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL	
P1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1200%	100.00%
P2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92%	100%	100%	96%	96%	1184%	98.67%
P3	96%	100%	96%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	88%	1172%	97.67%
P4	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1196%	99.67%
Media	98%	100%	99%	98%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%	965	99%	

Como se evidencia en la tabla anterior el nivel total de comprensión del lenguaje que se utiliza en la Lista de Cotejo es mayor al 97.67%; lo cual demuestra una diferencia de 20% mayor de comprensión de la Lista de Cotejo comparando con el nivel de comprensión del Inventario IDEA. Dando una media de comprensión del lenguaje total de 99% Esto demuestra la funcionabilidad de la lista de cotejo corroborando la hipótesis y el objetivo de la disertación.

En base a los resultados obtenidos en el análisis de comprensión de la Lista de Cotejo, se realizó una entrevista de retroinformación con el fin de conocer las razones por las cuales en ciertos ítems de la lista de cotejo fueron calificados con un nivel de comprensión menor a 5.

Se evidencia que la P1 calificó un ítem de la lista de cotejo con 4, lo que significa que entiende la mayoría del ítem. En la entrevista de retroinformación mencionó que “la explicación debe comenzar con: es decir que la experiencia... para crear un símbolo”; ya que leer la definición de símbolos enactivos la confundió un poco.

Con la P2, 3 ítems fueron calificados con 4. Los ítems 3 y 4 de la dimensión de Flexibilidad y el primer ítem de la dimensión de Imitación. En la entrevista de

retroinformación explica que los 3 ítems en el Inventario IDEA fueron más cortos y más fáciles de entender; a pesar de entender la mayoría de los ítems en la lista de cotejo.

La P3 fue la que más ítems calificó menor a 5 en la entrevista de retroinformación detalla que ciertos términos se debe dar mayor definición como, por ejemplo: en la dimensión de Relaciones Sociales el ítem 4, el término **conciencia de soledad**; en la dimensión Capacidades Intersubjetivas y mentalistas el ítem 4, el término **teoría de la mente**. Cabe recalcar que para este término se realizaron varias explicaciones; sin embargo, la P3 pide clarificar con más detalles. A su vez, en los siguientes ítems, expone que “tal vez un ejemplo pudiera aclarar la relación entre los conceptos descritos” en los ítems.

Por último, la P4 concuerda con la P3 en el ítem 4 de Relaciones Sociales, en el cual expresa que “tiene conciencia de soledad debería ser más explícito”.

Conclusiones

Existe una gran importancia del lenguaje al momento de aplicar o crear una herramienta de diagnóstico sea para cualquier trastorno o dificultad, en este caso el TEA, ya que un lenguaje técnico pudiera dificultar la comprensión de la persona a la cual se le está pidiendo que la realice; como lo es el caso de los padres y/o cuidadores primarios de niños con sospecha de TEA y el Inventario IDEA. Mientras más comprensible sea el lenguaje en el que se encuentra desarrollado la herramienta de diagnóstico, mayor validez y confiabilidad tendrán los resultados obtenidos una vez realizada la evaluación, para evitar un sobrediagnóstico o un diagnóstico errado confundiendo con el TDAH ya que existen estudios que expresan que “entre los dos y cinco años muchos niños con TDAH presentan rasgos de autismo». De ahí, que a esas edades la confusión y los diagnósticos erróneos sean bastante frecuentes” (Equipo de expertos de la Universidad de Valencia, 2018).

Como se puede evidenciar en los resultados, el nivel de comprensión total del lenguaje del Inventario IDEA no llega más allá de un 80%, lo cual respalda la idea principal y los objetivos de esta disertación siendo que el lenguaje técnico dificulta el entendimiento de los padres y/o cuidadores primarios al momento de realizar el inventario para descartar o afirmar cualquier rasgo, grado o característica del TEA.

Por ser una herramienta tan completa, ya que evalúa las 12 áreas del desarrollo del sujeto llega a ser larga y si su lenguaje no es el apto para la comprensión de los padres según varios comentarios de los expertos en cuanto al nivel de complejidad del lenguaje técnico. Este puede llegar a causar una mala percepción y dar resultados no reales, creando un diagnóstico errado y/o intervención equivocada como se menciona anteriormente.

Es por esto por lo que se vio la necesidad y pertinencia de realizar una lista de cotejo sobre las bases del desarrollo del Inventario IDEA, con el fin de ayudar a los padres y/o cuidadores primarios entender qué se está evaluando en cada área. Cabe recalcar que el lenguaje utilizado para la elaboración de la lista de cotejo tiene como base la teoría de la mente y criterios de evaluación del TEA según el DSM-V; siendo sencillo y fácil de comprender para la mayoría de la población ecuatoriana como lo mencionan los participantes.

Durante la elaboración de la lista de cotejo se pudieron evidenciar ciertas limitaciones como, por ejemplo: al momento de explicar un concepto técnico como teoría de la mente o intersubjetividad, el ítem de la lista de cotejo terminó siendo más largo que el original. Es por este motivo que una de las participantes expresó que fue un poco confuso ya que fue muy largo. Cabe enfatizar que el Inventario IDEA al tener 12 dimensiones para evaluar, se torna un poco largo al momento de ser aplicado, aproximadamente se necesitan 30 minutos para poder completarlo.

Al tratarse de una prueba piloto, se delimitó un universo o número de participantes pequeño dado la longitud del Inventario IDEA y a su vez de la Lista de Cotejo. En un futuro se requerirá una mayor cantidad de aplicaciones para pulir el instrumento y llegar a una verdadera validez y confiabilidad, con el fin de que cualquier persona que llegara a necesitar la lista de cotejo para entender el Inventario IDEA a cabalidad, pueda utilizarla.

Como conclusión, se puede observar que con la retroinformación de cada entrevista el nivel de redacción de algunos ítems debería ser ligeramente modificado para lograr una comprensión al 100% de la lista de cotejo. Es por esta razón que la pregunta de investigación la cual es: ¿De qué manera los recursos digitales, en este caso el Inventario IDEA, se puede reestructurar lingüísticamente para que pueda ser aplicado a personas que no están familiarizadas con vocabulario técnico referente al TEA?, fue corroborada con los resultados finales, los cuales después de una reestructuración lingüística muestran un promedio en el nivel de comprensión total del 99%, con una diferencia promedio del nivel de comprensión de 26.33% comparando con el Inventario IDEA. Por lo tanto, el objetivo general el cual es “el analizar los recursos digitales como herramienta para el diagnóstico del TEA en niños y elaborar una lista de cotejo sobre la base de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA” se cumplió dada las evidencias previamente planteadas y explicadas.

Recomendaciones

Se recomienda utilizar la lista de cotejo como un “screening” o un sondeo inicial para abrir campo a una valoración y evaluación por parte de un profesional capacitado en TEA; es decir, tener cierta información inicial para poder buscar la evaluación pertinente con un profesional, ya que con un “screening” o sondeo inicial realizado por los padres, un profesional puede utilizar herramientas convenientes para el diagnóstico.

Otra de las razones para el uso de la lista de cotejo, es como un instrumento de ayuda con un lenguaje sencillo de entender más no como un sustituto del Inventario IDEA; ya que no ha pasado los parámetros de validez y confiabilidad debido a que sólo se realizó una prueba piloto. Se debe hacer una prueba a mayor escala para poder cumplir con los parámetros. Tomando en cuenta que no se debe realizar ningún tipo de diagnóstico sin la ayuda de un profesional especializado en TEA, los padres y/o cuidadores primarios deben acudir a ellos para realizar una evaluación integral del sujeto con sospecha de TEA.

Adicionalmente, la lista de cotejo puede ayudar en la guía del docente en las actividades que se realizan en el aula ya que crea parámetros estructurados de las necesidades del estudiante, una vez realizada una evaluación o diagnóstico profesional.

A su vez, se aconseja el uso prudente de los recursos digitales que se encuentran en el internet, ya que muchos no explican con claridad los resultados obtenidos y pueden llegar a confundir a las personas que están investigando, creando así un diagnóstico irreal o incorrecto.

Debido a que el TEA se está volviendo visible tanto a nivel nacional como internacional, se ve la necesidad de que los términos y teorías sean más comprensibles para la población en las herramientas que se utilizan para el diagnóstico, sobre todo si se trata de personas que no poseen escolaridad. Con el lenguaje sencillo de la lista de cotejo y sus ejemplos se lograría llegar a más personas que posean o no cualquier grado de escolaridad y por ende comprobar si las cifras del TEA están aumentando por factores ambientales y/o biológicos o simplemente se han agudizado las herramientas para su diagnóstico y su comprensión.

Por otro lado, sobre la base de las conclusiones se ve la necesidad de ilustrar con mayor cantidad de ejemplos a pesar de que ya existen varios ejemplos en los ítems, con la finalidad de que las personas que utilicen o apliquen los ítems puedan complementar los conceptos teóricos con acciones del día a día.

Por último, se deben usar herramientas de diagnóstico adaptadas al medio en las que se están aplicando, con el lenguaje apropiado para una mayor comprensión y veracidad para lograr resultados verídicos y reales.

Bibliografía

- Alonso, A. (s.f.). *Los Trastornos del Espectro Autista y la Intervención Educativa*.
Obtenido de Ardilla Digital:
<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/TGD-TEA/TGD%20-%20TEA%20-%20AUTISMO/INTERVENCION/Los%20trastornos%20del%20espectro%20a%20autista%20y%20la%20intervencion%20educativa%20-%20Alonso%20-%20articulo.pdf>
- Alonso, J. R. (2012). *El hombre que descubrió el autismo*. Obtenido de Autismo Diario : <https://autismodiario.org/2012/06/22/el-hombre-que-descubrio-el-autismo/>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (Quinta Edición ed.). EEUU: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR)* (Cuarta Edición Revisada). EEUU: American Psychiatric Association.
- Attwood, T. (1998). *Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)*. Obtenido de <http://espectroautista.info/ASAS-es.html>
- Alcantud, F. (2013) *Trastorno del espectro autista: Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Ediciones Pirámide. España.
- ASEMCO. (s.f.). *Trastornos del Espectro Autista*. Obtenido de <http://www.asemco.org/trastornos-espectro-autista-tea.php>
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Allison, C. (2007). The Autism Spectrum Quotient: Children's Version (AQ-Child). *Journal of autism and developmental disorders*. Obtenido de <http://espectroautista.info/ficheros/bibliograf%C3%ADa/auyeung2008aq.pdf>
- Auyeung, B., Wheelwright, S., Allison, C., Atkinson, M., Samarawickrema, N., & Baron-Cohen, S. (2009). *Coficiente de Empatía y Sistematización para niños (EQ-SQ-N)*. Obtenido de Autism Research Centre: http://docs.autismresearchcentre.com/tests/EQ-SQ_Niños_Español.pdf
- Baird, G., Charman, T., Cox, A., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Wheelwright, S., & Drew, A. (2001). *Screening and Surveillance for Autism and pervasive*

- developmental disorders*. Obtenido de Autism Research Centre: https://www.autismresearchcentre.com/arc_tests
- Balbuena, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2)
- Barrio, V. d. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 81-90.
- Baron-Cohen, S. (2012). *Austimos y Síndrome de Asperger*. (S. Chaparro, Trad.) España: Alianza Editorial.
- Belinchon, M., Hernandez, J., Martos, J., Sotillo, M., Marquez, O., & Olea, J. (2008). *Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento*. Obtenido de <http://espectroautista.info/EA-es.html>
- Bordas, M. (2009). *Color abc*. Obtenido de La lista de Cotejo: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/escolar/la-lista-de-cotejo-1184701.html>
- Bravo, A., Mitjà, S., & Soler, J. (2011). *Alumnado con trastorno del espectro autista*. España: Grao.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Autism Spectrum Disorder (ASD). Atlanta, USA.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2016). *Signos y síntomas*. Obtenido de Trastornos del espectro autista (TEA): <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>
- Codina, L. (2000). Evaluación de recursos digitales en línea: conceptos, indicadores y métodos. *Revista Española de Documentación Científica*, 9-44.
- Confederación Autismo España. (2014). *Detección y Diagnóstico*. Obtenido de Autismo España: <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/deteccion>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (Octubre de 2017). *Información Estadística de Personas con Discapacidad registradas*. Obtenido de CONADIS: <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadistica/index.html>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Dávalos, M. B. (2015). *Miedos, mitos y cambios que ocurren en los padres con hijos diagnosticados con trastorno de espectro autista*. (UDLA, Ed.)

- Daymunt, J. (2010). Super Duper Handy Handouts. *Habilidades de Atención Conjunta y El niño con Autismo*. Estados Unidos: Super Duper Publications .
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(2).
- Equipo de expertos de la Universidad de Valencia. (2018). *Universidad Internacional de Valencia*. Retrieved from Reflexiones sobre el diagnóstico de TDAH y TEA: síntomas comunes, diferencias y confuciones: <https://www.universidadviu.com/reflexiones-sobre-el-diagnostico-de-tdah-y-tea-sintomas-comunes-diferencias-y-confusiones/>
- Evans, B. (2013). How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the Human Sciences*, 26(3), 3–31. <https://doi.org/10.1177/0952695113484320>
- Fundacion Adana. (2017). Trastornos del Espectro Autista (TEA). Barcelona, España.
- García, A., & Llull, J. (2009). *El juego Infantil y su Metodología*. España: Editex.
- García-López, C., & Narbona, J. (2012). Inventario del espectro autista y childhood autism rating scale: correspondencia con criterios DSM-IV-TR en pacientes con trastornos generalizados del desarrollo. *Unidad de Neurología Pediátrica. Clínica Universidad de Navarra*, 71.76.
- Gillberg, C. (1989). Syndrome Some Epidemiological Considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 631-638.
- Gillberg, C., Gillberg, C., Rastam, M., & Wentz, E. (2001). *Entrevista diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI)*. Obtenido de <http://espectroautista.info/ASDI-es.html>
- Girón, Á. (2014). *Autismo Diario*. Obtenido de Comprendiendo los primeros síntomas del Autismo: <https://autismodiario.org/2014/03/07/comprendiendo-los-primeros-sintomas-del-autismo/>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria . (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Madrid. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de

- Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2007/5-3.
- Guilar, M. (2009). *Las Ideas de Bruner: "De la Revolución Cognitiva" a la "Revolución Cultural"*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/html/356/35614571028/>
- Herrmann, A. (2016). *Estudio comparativo del perfil sensorial en niños de 4 a 10 años de la ciudad de Quito vs. perfil sensorial de niños con autismo de la Fundación Entra a mi Mundo*. (PUCE, Ed.)
- Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (2006). *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores*. (L. John Wiley & Sons, Trad.) España: Ediciones CEAC.
- Kopp, S. (2010). *Girls with Social and/or Attention Impairments*. Sweden: Institute of Neuroscience and Physiology Child and Adolescent Psychiatry. University of Gothenburg.
- León, P. (2015). *Atención prosódica, ecolalia, hablar solo... Conductas que pueden aparecer durante el desarrollo del lenguaje*. Obtenido de Red Cenit: <https://www.redcenit.com/alteracion-prosodica-ecolalia-hablar-solo-conductas-que-pueden-aparecer-durante-el-desarrollo-del-lenguaje/>
- Ley Orgánica de Educación Intercultural. (2011). Obtenido de <http://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/06/Anexo-b.-LOEI.pdf>
- López, C., & Larrea, M. d. (2017). Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención. *Revista Ecuatorina de Neurología*, 26(3), 203-214.
- Martínez, M. (2011). Intersubjetividad y Teoría de la Mente. *Psicología del Desarrollo*, 9-28. Obtenido de <http://apadea.org.ar/fotos/2012/11/Mart%C3%A9nez-M.-2011-Intersubjetividad-y-Teoría-de-la-Mente-1.pdf>
- Martos, J., & Burgos, M. (2013). Del autismo Infantil precoz al trastorno de espectro autista. En F. Alcantud, *Trastornos del espectro autista* (págs. 17-33). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento*,

- rehabilitación y seguimiento*. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2003). *Trastornos del Procesamiento Auditivo en los Niños. ¿Qué significa?* Obtenido de LD Online. The Educators' guide to learning disabilities and ADHD: <http://www.ldonline.org/article/5644>
- Navarro, V. (2002). *El afán de jugar. Teoría y práctica de los juegos motores*. España: INDE Publicaciones.
- Orellana, C. (2014). *Estereotipias y Autismo, Para saber más*. Obtenido de Autismo Diario: <https://autismodiario.org/2014/09/23/estereotipias-y-autismo-para-saber-mas/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Discapacidad y salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Trastorno Espectro Autista*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS): [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Pérez, J., & Merino, M. (2015). *Definicion.de*. Retrieved from <https://definicion.de/prueba-piloto/>
- Psicodiagnosis. (2018). *IDEA (Ángel Rivière)*. Retrieved from Psicodiagnosis: Psicología Infantil y Juvenil: <https://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/deinventariospectroautistaangelriviere/index.php#04f9119d101198901>
- Real Academia Española (RAE). (2014). *Austismo*. En *Diccionario de la lengua española (23.a ed.)* Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=4QrvrKS>
- Reglamento de la Ley Orgánica de Educación Intercultural. (2013). Obtenido de <http://educaciondecalidad.ec/ley-educacion-intercultural-menu/reglamento-loei-texto.html>
- Rivière, A. (1997). *IDEA: Inventario de Espectro Autista*. España.

- Rivière, Á. (2003). *Metarrepresentación y semiosis* (Vol. Volumen 3). (M. Belinchón, Ed.) Ed. Médica Panamericana.
- Rodríguez, M. T. (2014). *Intervención terapéutica con canes facilita el desarrollo del área socio-afectiva en niños/as de 3 a 4 años con autismo en Pichincha*. (UTE, Ed.) Obtenido de <http://repositorio.ute.edu.ec/handle/123456789/10882>
- Rogers, S., & Dawson, G. (2010). *Lista de verificación del Currículo del Modelo Denver de Atención Temprana*. España: Autismo Ávila.
- Salas Silva, R. E. (2008). *Estilos de aprendizaje a la luz de la neurociencia*. Colombia: Coop. Editorial Magisterio.
- Scott, F., Baron-Cohen, S., Bolton, P., & Brayne, C. (2002). *The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children*.
- Soler, J. (2013). AMPANS. Obtenido de Trastorno del Espectro Autista (TEA): <http://www.ampans.cat/congresoconducta/es/component/easyblog/entry/129-trastorno-del-espectro-autista-tea?Itemid=208>
- Vázquez, M. A. (2015). *La Atención Educativa de los alumnos con Trastorno del Espectro Autista*. Mexico: Instituto de Educación de Aguascalientes.
- Veà, J. (1988). Conducta Instrumental del Chimpancé (Pan troglodytes) en su Hábitat Natural. *Anuario de Psicología/ The UB Journal of Psychology*(39), 29 - 66.
- Veà, J. (1991). Conducta Instrumental del Chimpancé en su hábitat natural. En Universidad de Oviedo, *Psicología Ambiental. Etología*. España: Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones.
- Vidal, A. (2014). *Juego Simbólico. ¿Qué es?* Obtenido de Simbòlics. Psicoteràpia: <http://www.simbolics.cat/cas/juego-simbolico-que-es/>
- Villacis, L. E. (2015). *Relación entre las fallas de lenguaje en la Prueba de Desarrollo Denver II y síntomas sugestivos de desórdenes del espectro del autismo (DEA) evaluado a través de la Prueba CBCL en infantes de poblaciones urbano-rurales en la zona este de Quito*. (USFQ, Ed.)
- Wetherby, A., & Prizant, B. (2001). *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile Infant/Toddler Checklist*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Obtenido de World Health Organization: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42326>

Young, J. (2015). *Terapia de Esquemas. Guía Práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Anexos

Anexo 1 – Inventario IDEA (Rivière, 1997)

1) Relaciones Sociales

Dimensión	Puntuación
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto.	8
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	4
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender las sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
No hay trastorno cualitativo de la relación.	0

1) Capacidades de Referencia Conjunta

Dimensión	Puntuación
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8
Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta.	6
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no preocupación conjunta.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	0

2) Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas

Dimensión	Puntuación
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (por ejemplo, intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	8
Respuestas intersubjetivas primarias, pero sin ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de la Teoría de la Mente.	4
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea Teoría de la mente de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado	2
No hay trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.	0

3) Funciones Comunicativas

Dimensión	Puntuación
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	8

Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (por ejemplo, "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental.	4
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	0

4) Lenguaje Expresivo

Dimensión	Puntuación
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	0

5) Lenguaje Receptivo

Dimensión	Puntuación
"Sordera central." Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	8
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código	6
Comprensión literal y poco flexible de los enunciados, con alguna clase de análisis estructural. No se comprende el discurso.	4
Se comprende el discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión	0

6) Anticipación

Dimensión	Puntuación
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ejemplo, películas de vídeo). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	8
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6
Incorporadas estructuras temporales amplias (por ejemplo "curso" versus "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación.	0

7) Flexibilidad

Dimensión	Puntuación
Predominan las estereotipias motoras simples	8
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	6
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo	2
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	0

8) Sentido de la Actividad

Dimensión	Puntuación
Predominio masivo de las conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	8
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	6
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes y cuya motivación es externa.	4
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y se desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	0

9) Ficción e Imaginación

Dimensión	Puntuación
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados	6
Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4
Capacidades complejas de ficción que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	2
No hay trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación.	0

10) Imitación

Dimensión	Puntuación
Ausencia completa de conductas de imitación	8
Imitaciones motoras simples, evocadas, no espontáneas.	6
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	2
No hay trastorno de las capacidades de imitación	0

11) Suspensión

Dimensión	Puntuación
No se suspenden preacciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional.	6
No se suspenden propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	4

No se dejan en suspenso las representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	0

Anexo 2 – Matriz de retroalimentación de expertos

1) Relaciones Sociales

Dimensión Inventario IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto.	Se aísla completamente de las personas. No tiene ningún apego o conexión al momento de interactuar con personas específicas. No presenta relaciones con pares/niños de su misma edad/escolaridad o con adultos.	
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	No se relaciona con las personas. Existe un vínculo con algunos adultos muy cercanos, pero no con sus pares.	
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	Existen relaciones poco frecuentes con sus pares, las cuales son estimuladas o iniciadas por adultos que lo rodean. Las relaciones son más como respuesta que como iniciativa propia.	
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender las sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	Aunque muestra motivación para establecer una relación con sus pares o iguales, presenta dificultades para relacionarse. Tiene conciencia de soledad.	
No hay trastorno cualitativo de la relación.	No existe incapacidad de relacionarse con los demás	

2) Capacidades de referencia conjunta

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	No existe interés por otras personas (sujetos) ni por sus acciones. Básicamente se refiere a que trabaja en solitario, no hay acción con el otro en el sentido que no comparte las actividades con nadie	
Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta.	La referencia conjunta se refiere a la atención, acción y preocupación por los otros como personas que sienten, piensan y opinan; es decir la capacidad de ver al otro como sujeto No existe un interés por realizar actividades en conjunto con otras personas, se mantiene la mirada ausente y no existe una reciprocidad con las miradas de las otras personas.	
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	Es capaz de usar su mirada para trabajar con otros con el fin de realizar acciones en conjunto basándose en una indicación por parte de un tercero; es decir que comparte su mirada cuando un adulto participa en situaciones	

	dirigidas por éste y no existen miradas cómplices en situaciones más abiertas.	
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no preocupación conjunta.	El sujeto es capaz de enfocar su atención y sus acciones para trabajar en conjunto con las personas que lo rodean a través de gestos tanto verbales como no verbales, pero sin preocuparse de los sentimientos de los demás ya que se le “ escapan ” las miradas y gestos.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	No presenta dificultades al momento de interactuar con las demás personas, ya que logra interactuar, poner atención, tomando en cuenta que comprende a todos como sujetos que sienten, piensan, y opinan.	

3) Capacidades intersubjetivas y mentalistas

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (por ejemplo, intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	El sujeto no se da cuenta de las expresiones emocionales de otros. No tiene noción de las otras personas que lo rodean o de su entorno. No tiene conciencia que es una persona individual. La intersubjetividad primaria se refiere al intercambio diádico, es decir entre dos personas en este caso la madre, intercambio en el que, sin lenguaje, las dos personas son capaces de predecir e intercambiar estados emocionales y afectivos como lo son: gestos, estímulos, tonos (Girón, 2014) y cabe recalcar que son temporales y regulados (Martínez, 2011). La interacción con la madre se da por medio de la mirada. Consecuentemente, no existe la intersubjetividad primaria en estos sujetos. Por lo tanto, no existen intercambios temporales y emocionalmente regulados.	
Respuestas intersubjetivas primarias, pero sin ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	Existe el vínculo con la madre, donde hay un intercambio interactivo no verbal de estados emocionales y/o afectivos. No tiene conciencia de que las otras personas piensan, sienten, ven, etc. El sujeto no comprende las expresiones emocionales de los otros.	
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de la Teoría de la	La intersubjetividad secundaria se refiere a las situaciones donde se combina la interacción con el cuidador primario (en muchos casos con la madre), acciones con su cuerpo ya sea señalar, mostrar, tomar, etc. y una relación interpersonal	

Mente.	<p>como sonreír, extender los brazos, balbuceo, entre otras acciones (Martínez, 2011).</p> <p>Se empieza a ver cómo él utiliza su cuerpo para señalar al cuidador primario lo que desea, o quiere.</p> <p>Se ven sonrisas hacia su cuidador primario e imitación.</p> <p>No tiene la capacidad de interpretar sarcasmos ni ironías.</p> <p>Las tareas de la teoría de la mente consisten en ponerse en el lugar del otro, de imaginarse lo que puede estar pensando y sintiendo, así como entender y predecir su conducta (Baron-Cohen, 2012. p.91).</p> <p>A su vez identificar las intenciones “ocultas” tras los gestos o expresiones y palabras de otros como, por ejemplo: una persona tiene su mirada hacia la puerta, puede significar que esa persona quiere irse; o mirar a una persona de determinada manera, lo que quiere decir es que se habla por medio de los ojos, una comunicación no verbal.</p>	
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea Teoría de la mente de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado	<p>Es consciente de que las otras personas “son personas” que tienen sentimientos, pensamientos, y esto se exterioriza por medio de la teoría de la mente la cual permite comprender, interpretar y anticipar la conducta de los demás a través de estados mentales como los deseos y las creencias (Martínez, 2011).</p> <p>En cuanto a las interacciones sociales son simples y limitadas, pero comprende lo que está sucediendo.</p>	
No hay trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.	<p>No existe una dificultad para darse cuenta de las expresiones emocionales de los demás, se expresa con otras personas por medio de sonrisas, lenguaje verbal y no verbal.</p>	

4) Funciones comunicativas

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	<p>No existe un lenguaje consciente para establecer una conversación con propósito y/o intencionada para obtener algo de otras personas</p> <p>Las conductas instrumentales con personas se pueden considerar como el “uso” de una persona para conseguir un determinado fin, (Vea, 1988; 1991)</p>	

Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (por ejemplo, "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	Pide ayuda a las personas que lo rodean mediante gestos o señalamientos, en especial a los cuidadores primarios, para lograr cambios en su mundo físico como pedir algo sin usar un lenguaje verbal. Son gestos o señalamientos. (Vea, 1991)	
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental.	Utiliza su lenguaje verbal o gestos suspendidos para pedir cosas, ya sea para usar o porque les molesta el objeto en cuestión, sin compartir las acciones que va a realizar con el objeto, ni sentimientos o sus experiencias previas	
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	Cualificaciones subjetivas de experiencia se refiere a las percepciones individuales que cada persona tiene de un objeto donde se evidencian sentimientos y sólo son captados por quien percibe el objeto. Por lo que, al momento de compartir, comentar y/o declarar verbalmente lo hace de manera limitada o escasa.	
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	No presenta ni evidencia dificultad para establecer una conversación intencionada con otras personas, utiliza el lenguaje verbal para comentar, y compartir sus percepciones y sentimientos del mundo.	

5) Lenguaje expresivo

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	Ausencia total del lenguaje verbal para la comunicación con otras personas. Hace sonidos que no son entendibles para otros.	
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	No existe una conversación o un diálogo, solo hay palabras sueltas para comunicar lo que quiere. Repite ciertas palabras y/o frases que ha oído en su entorno (sea en la televisión o de alguna persona cercana) con un ritmo y entonación monótona	
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	Existe la presencia de oraciones no repetitivas, pero únicamente para pedir algo o expresar lo necesario; sin embargo, no llega a configurar un discurso y/o intercambios conversacionales.	
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las	Anomalías prosódicas se refiere a una pronunciación, acentuación y entonación que se encuentra alterada	

conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	sea porque el sujeto se encuentra imitando distintas voces que muchas veces suena artificial o forzada (León, 2015). Presenta dificultades en la entonación o acento de las sílabas, palabras u oraciones. Parece rebuscado, poco natural y/o poco sutil. El lenguaje que utiliza ya tiene coherencia entre una oración y la otra, la conversación puede fluir entre las diferentes partes. Sin embargo, presenta dificultad al momento de cambiar de temas en las conversaciones y seleccionar temas relevantes para continuarlas; es decir al momento de intercambiar roles conversacionales.	
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	No presenta ninguna dificultad al momento de expresarse verbalmente. Su conversación es fluida y usa el tono adecuado dependiendo de la situación en la que se encuentre.	

6) Lenguaje receptivo

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
"Sordera central." Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	También conocida como desorden del procesamiento auditivo la cual se refiere a una dificultad "para reconocer las diferencias sutiles entre los sonidos de las palabras, aunque estos sean fuertes y claros" (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2003). No logra procesar y/o interpretar la información que está escuchando y es por eso por lo que no responde a su nombre, indicaciones u órdenes.	
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código	Es capaz de comprender órdenes o frases simples y/o sencillas como "dame" "coge" "trae" sin necesariamente asociarlas a un objeto en particular.	
Comprensión literal y poco flexible de los enunciados, con alguna clase de análisis estructural. No se comprende el discurso.	Entiende las frases que se le dice literalmente, no logra detectar algunos errores en el lenguaje. No entiende sarcasmos, chistes ni ironías.	
Se comprende el discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	Comprende lo que se le está diciendo y pidiendo, se le dificulta entender entre el significado literal del significado intencional de las cosas que se le dice. Es decir, que si una	

	persona le dice una palabra y/o frase como "me caes mal" lo va a interpretar de manera literal, el significado de caer mal es negativo y no va a tomar en cuenta el tono de voz o la situación y/o contexto del mensaje.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión	No presenta dificultades para comprender el lenguaje cuando se le habla.	

7) Anticipación

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ejemplo, películas de vídeo). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	Se adhiere a un patrón de estímulos o rutinas que se repitan de forma idéntica. "Presenta gran angustia frente a pequeños cambios, dificultades con las transiciones" (APA, 2014), es decir que se resiste a los cambios que ocurren de manera inesperada, causa gran angustia y frustración ya que no posee la habilidad de anticipar los cambios así sean en su rutina. Se rige a sus rutinas o rituales siempre.	
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	Con frecuencia se opone a los cambios que surgen de manera imprevista y/o inesperada ya que no presenta la habilidad de anticipar ciertos cambios en sus rutinas cotidianas que sean simples como por ejemplo el tiempo de la ejecución de una actividad.	
Incorporadas estructuras temporales amplias (por ejemplo "curso" versus "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	Pueden existir reacciones dramáticas y/o exageradas ante ciertos cambios imprevistos en la temporalidad de eventos o situaciones como por ejemplo la diferenciación entre un Curso de fin de semana y las vacaciones de verano .	
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	Prefiere un ambiente predecible y un orden claro de las cosas que lo rodean. Si existiera algún cambio es capaz de moldearse a la situación y auto-regularse para manejar los cambios que se presentaran.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación.	No presenta ninguna dificultad para adaptarse a los cambios imprevistos que se le pudieran presentar en su día a día.	

8) Flexibilidad

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Predominan las	Sus movimientos se encuentran	

estereotipias motoras simples	predominados por estereotipias motoras simples, las cuales se refieren a movimientos o posturas que se repiten sin un fin específico (Orellana, 2014).	
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	Predominan los rituales simples. Existe resistencia a cambios mínimos que tienen muy poca o nada de importancia para otras personas como por ejemplo el orden de la ropa en su closet o la ubicación de los alimentos en su plato.	
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	Existe un comportamiento de “rituales complejos” donde se encuentra un apego excesivo a ciertos objetos, fijación en itinerarios y preguntas obsesivas, que para él son importantes. En el momento que no se encuentran donde los dejó o “desaparecen” puede ocasionar un gran malestar.	
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo	El sujeto muestra una conducta obsesiva o rígida en las cosas que hace, en los intereses que tiene, es decir que todo tiene que estar en perfecto estado o a la perfección; en donde siempre hay algo que mejorar sin nunca llegar a completar o considerar terminado.	
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	No presenta ninguna dificultad ante los cambios en su rutina	

9) Sentido de la actividad

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Predominio masivo de las conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	Predominan masivamente las conductas que parecen (para otras personas) que no tiene una meta concreta. No es capaz de captar y procesar las consignas o instrucciones externas al momento de dirigir una actividad.	
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	Logra sólo realizar ciertas actividades como ir al baño, comer, vestirse siempre y cuando alguien más le indique hacerlo. Cuando no existen dichas actividades, se ubica en el nivel anterior de esta dimensión de desarrollo.	
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes y cuya motivación es externa.	Realiza actividades de periodos extensos donde no comprende en su totalidad la finalidad de dichas actividades ya que no se encuentra motivado a realizarlas; alguien externo le pide que las haga como, por ejemplo: el cuidador primario le pide que haga la cama, y/o los deberes.	
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y se desea, pero sin una estructura jerárquica de	Es consciente de que sus actividades extensas tienen una meta y deseo personal pero no distingue el orden en que las debe realizarlas para lograr la	

previsiones biográficas en que se inserten.	meta final.	
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	El sujeto no presenta dificultades para realizar actividades que requieren una instrucción o motivación tanto personal como externa.	

10) Ficción e imaginación

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	Tomando en cuenta que el juego simbólico se refiere por ejemplo a jugar con un trozo de madera y pretender que representa algo más como un avión, un carro, un teléfono, un zapato, etc. (ASEMCO, s.f.) Se utilizan los símbolos como parte del juego la imaginación para recrear algo que “ve” en su mente y lo quiere expresar en su “mundo real”. En el sujeto con algún trastorno espectro autista no presenta un juego simbólico. No logra introducirse en la simbolización o utilizar las representaciones mentales que se encuentran en el lenguaje, el juego y la imitación diferida (Navarro, 2002. p.150) Según las teorías de Piaget “Hacer como si...” (Piaget en García, A. & Llull, J. p.89)	
Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados	Los juegos funcionales o también conocidos como los Juegos sensoriomotores presentan poca flexibilidad entendiéndose esto como una limitada capacidad para poder modificar y adaptar las reglas de juego tanto en su juego individual como con otros; como por ejemplo el suje Se refiere a ser poco espontáneo cuando presenta baja capacidad de improvisación y un tercero debe participar para que se realice el juego tanto individual como grupal, dándole directrices para que se realice la actividad. En cuanto a los contenidos limitados, no logra integrar nueva información y/o contenido con el que ya posee con anterioridad, con el fin de crear nuevas maneras de jugar teniendo en cuenta la relación entre su cuerpo y los objetos (Bülher en García, A. & Llull, J, p.88)	
Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	El juego simbólico que es “hacer como si...” en general es poco espontáneo y obsesivo. Presenta importantes dificultades para diferencias entre la ficción y la realidad. No logra distinguir cuál es parte de su imaginación y cual es para de su realidad.	

Capacidades complejas de ficción que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	Utiliza su imaginación para crear realidades alternas las cuales las usa como recurso de aislamiento de su entorno. La imaginación cumple un rol esencial para crear un entorno por medio de símbolos y expresar lo que está jugando.	
No hay trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación	No presenta ninguna dificultad para incorporar características simbólicas al momento de jugar, usando su imaginación y “hacer como si...” con diferentes objetos. Le da un significado propio a su interacción.	

11) Imitación

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
Ausencia completa de conductas de imaginación.	No presenta indicios de conductas imaginativas. Al momento de interactuar con las demás personas no puede “fantasear” suponer, presentir lo que las otras personas están tratando de expresar.	
Imitaciones motoras simples, evocadas, no espontáneas.	Logra copiar o repetir movimientos o acciones motoras/ patrones de movimientos simples como caminar, correr, saltar, pero sin ser espontáneas, por iniciativa propia. Copia y/o repite lo que los demás están haciendo sin comprender el por qué lo hacen.	
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	Logra imitar de manera espontánea, pero con poca frecuencia las acciones o movimientos de otra persona. No logra adaptarse a dicha imitación de manera fácil y con un significado coherente	
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	Los modelos internos según Bowlby citado en Young (2015) se basan en los patrones de interacción que tiene el sujeto con su madre o cuidador primario donde demuestre un apego significativo. Luego se van haciendo parte de la rutina automática del sujeto. En este caso se refiere a la ausencia de los patrones de imitación que presenta el sujeto. Como, por ejemplo: de grande yo quiero ser bombero como mi papá.	
No hay trastorno de las capacidades de imitación	No presenta dificultades para imitar las conductas de las personas que lo rodean	

12) Suspensión

Dimensión IDEA	Dimensión Lista de Cotejo	Comentarios Expertos
No se suspenden preacciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o	El sujeto no logra poner en pausa o suspender las acciones previas para poder crear los gestos comunicativos, es decir el lenguaje no verbal.	

por gestos instrumentales con personas.	Su lenguaje verbal se encuentra ausente o es por medio de movimientos	
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional.	Las acciones instrumentales se refieren a la representación de un acto en concreto. Los símbolos enactivos se refiere a la “representación determinada de una cosa mediante la reacción inmediata con ella” (Guilar, 2009), es decir la experiencia que se tiene con el objeto para crear un símbolo. Por lo tanto, el sujeto no logra poner en pausa sus representaciones y/o acciones para crear nuevos símbolos (Rivière Á. , 2003). Los juegos funcionales o también conocidos como los juegos sensoriomotores son poco flexibles, poco espontáneos y presentan contenidos limitados. No se trata de un juego literal como expresa la palabra, sino más bien se refiere a la participación con un adulto de interacción de exploración, imitación, memorización. Es una actividad sensoriomotriz (Navarro, 2002. p. 148) y en este caso no existe en el sujeto.	En general, la explicación está confusa. Mejorar la expresión escrita.
No se suspenden propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	El sujeto no suspende las propiedades reales de las cosas o de las situaciones para crear un juego imaginativo, es decir que es consciente de las características de los objetos y utiliza la imaginación para jugar o interactuar con su entorno.	
No se dejan en suspenso las representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	El sujeto no suspende las representaciones tanto para crear como para comprender las metáforas que se le presentan en su vida. Es capaz de comprender que en ciertas ocasiones los estados mentales no necesariamente corresponden a las situaciones y viceversa.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	El sujeto no presenta dificultades aparentes para comprender y/o crear metáforas o símbolos en su expresión verbal	

Anexo 3 - Descripción de la Prueba Piloto

El TEA es un trastorno complejo que afecta a muchos aspectos del funcionamiento del niño. El desarrollo social y la comunicación se ven seriamente perturbados, incluso en individuos con inteligencia no verbal normal, y estas dificultades están exacerbadas por rígidos patrones de comportamiento, intereses obsesivos y rutinas (...) las causas de este trastorno todavía no se comprenden. En muchos casos los factores genéticos tienen una clara importancia, aunque por ahora no se ha encontrado el mecanismo genético específico (Howlin, Baron-Cohen, & Hadwin, 2006). Esta definición se complementa con la definición que propone el CDC, la cual expresa que el TEA o sus siglas en inglés ASD (Autism Spectrum Disorder), es una discapacidad del desarrollo que puede causar desafíos significantes en la parte social, en la comunicación y en el comportamiento (CDC, 2017).

El Inventario IDEA es una de las tantas herramientas que existen para el diagnóstico de TEA y fue seleccionada para esta disertación ya que presenta las diferentes áreas de desarrollo del ser humano. Este inventario presenta un vocabulario técnico y complejo que muchas veces las personas que lo realizan no comprenden a cabalidad todos los ítems que se presentan. Es por esta razón Natalia Andrea Peña elaboró una lista de cotejo sobre la base de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA, la cual será evaluada en su prueba piloto por 4 personas que sean cuidadores primarios y/o docentes de niños con sospecha y/o diagnóstico de TEA.

La validación consistirá en tres fases, la primera se presentará el Inventario IDEA a los participantes para que se realice. A continuación, se mostrará la lista de cotejo y se pedirá se que ejecute. Por último, se entregará una encuesta que consta de unas preguntas referentes al nivel de comprensión tanto del Inventario IDEA como de la lista de cotejo. Cabe recalcar que usted **solamente** estará evaluando la comprensión de la lista de cotejo.

Es por esto, que luego de haber leído y/o ha sido testigo de la lectura exacta del consentimiento informado, decide ser parte de la prueba piloto de la lista de cotejo sobre la base de las dimensiones del Inventario IDEA elaborada por Natalia Andrea Peña Varón, egresada de la carrera de Psicología Educativa de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Anexo 4 – Consentimiento Informado

Quito, _____ de 2018

Consentimiento Informado para la Prueba Piloto de la Lista de Cotejo sobre la base de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA.

Yo, _____ con cédula de identidad número _____ . Consciente y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la prueba piloto de la Lista de Cotejo elaborada sobre la base de las dimensiones de desarrollo del Inventario IDEA, el cual ayuda al diagnóstico del TEA en niños. Conozco que tengo la libertad de retirarme u oponerme a participar cuando lo estime conveniente sin repercusión alguna para mi persona.

Firma del participante
Cédula

Anexo 5 – Entrevista de retroinformación

Entrevista de retroinformación

Nombre:

Edad:

Nivel de escolaridad:

Función: padre o madre cuidador primario otro: _____

Terminada la evaluación de la lista de cotejo, ¿en que ítems usted calificó su nivel de comprensión con un valor menor a 5?

Items:

¿Por qué?