



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DETECCIÓN
DE CONDUCTAS AUTISTAS**

PRESENTADA POR
CARLOS MARTÍN TRILLO DÍAZ

ASESOR
ÁNGEL MANYA ASPILCUETA

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA FAMILIA

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE

CONDUCTAS AUTISTAS

TESIS PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA

FAMILIA

PRESENTADO POR:

CARLOS MARTIN TRILLO DIAZ

ASESOR:

Dr. ANGEL MANYA ASPILCUETA

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

En primer lugar dedico este trabajo a mi padre Carlos, que en vida me enseñó el camino de la perseverancia y la tolerancia, y hoy desde el cielo ilumina ese camino.

A mi madre Rosa, que con sus palabras de aliento me motiva a superar los obstáculos que encuentro en el camino.

A mi esposa Ynes por su comprensión, y apoyo permanente.

A mis hijos Martín y Milagritos, quienes con sus conocimientos me ayudaron a desarrollar la parte formal de esta investigación, y por lo tanto son fuente de inspiración para seguir superándome y ser un ejemplo para ellos.

AGRADECIMIENTO

A Dios y al Santo Patrón de nuestra casa de estudios, Fray Martin de Porres, por ser la inspiración de todo trabajo y proyecto en mi vida, porque su presencia infunde fortaleza para continuar.

A la Universidad de San Martin de Porres, a la facultad de ciencias de la comunicación turismo y de psicología, sección de postgrado de psicología, y a los profesores por su dedicación y apoyo brindado, durante nuestra formación profesional.

Al Dr. Ángel Manyá Aspilcueta por su orientación y asesoramiento para la realización de la presente investigación.

A nuestro jurado examinador por sus aportes en el presente estudio.

A todos los estudiantes con autismo, por ser parte de esta investigación.

Finalmente, deseo agradecer a todas las personas que de alguna manera colaboraron en el presente estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE DE CONTENIDO.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRAC.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	13
1.1 Evolución histórica de las definiciones del autismo.....	13
1.2 Autismo: Definiciones y aspectos generales.....	17
1.2.1 Definición del autismo desde el enfoque de Leo Kanner.....	18
1.2.2 Definición del trastorno autista.....	20
1.2.3 Definición del trastorno del espectro autista.....	23
1.3. Incidencia.....	24
1.4 Las conductas autistas típicas.....	24
1.4.1 Dificultades de la interacción social.....	25
1.4.2 Dificultades en la comunicación.....	25
1.4.3 Actividades en intereses o patrones restringidos de comportamientos, conductas estereotipadas.....	26
1.4.4 Disfunción sensorial integrativa.....	27
1.5 Enfoques en la construcción de las escalas de medición de conductas o actitudes.....	27

1.5.1	Los instrumentos de medición de la conducta.....	28
1.5.2	Tipos de escalas.....	29
1.5.3	La construcción de una escala.....	31
1.5.4	La Confiabilidad y Validez de una escala.....	37
1.6	Antecedentes de la investigación.....	39
1.6.1	Investigación a nivel internacional.....	39
1.6.2	Investigación a nivel nacional.....	43
1.7	Planteamiento del problema.....	44
1.7.1	Formulación del problema.....	45
1.8	Objetivos de la investigación.....	45
1.8.1	Objetivo general.....	45
1.8.2	Objetivos específicos.....	45
1.9	Implicancias teóricas y prácticas del estudio.....	46
1.10	Limitaciones de la investigación.....	46
1.11	Definiciones conceptuales.....	47
CAPITULO II: METODO.....		48
2.1	Tipo y diseño metodológico.....	48
2.2	Participantes.....	48
2.2.1	Criterios de selección de la muestra.....	49
2.3	Instrumentos aplicados.....	49
2.4	Procedimiento.....	52
2.5	Análisis de datos.....	55
CAPITULO III: RESULTADOS.....		56
3.1	Validez.....	56

3.1.1 Validez de contenido.....	56
3.1.2 Validez de constructo.....	58
3.2 Confiabilidad.....	61
3.3 Normas Percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas.....	63
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES.....	75
SUGERENCIAS.....	76
REFERENCIAS.....	78
ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Validez de contenido por criterio de jueces, criterio de relevancia....	57
Tabla 2. Validez de contenido por criterio de jueces, criterio de claridad.....	58
Tabla 3. Adecuación muestral de KMO y prueba de esfericidad de Barlett	59
Tabla 4. Estructura factorial de las dimensiones de la Escala de Detección de Conductas Autistas.....	60
Tabla 5. Validez convergente entre la Escala de Detección de Conductas Autistas y la escala de Valoración del Autismo.C.A.R.S.....	61
Tabla 6. Estimaciones de Confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach.	62
Tabla 7. Correlaciones ítem - total y Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.....	62
Tabla 8. Normas percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas.....	63

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue construir y establecer la Validez y Confiabilidad de la Escala de Detección de Conductas Autistas; asimismo, la metodología empleada en la investigación fue de tipo instrumental. La muestra estuvo compuesta por 151 estudiantes diagnosticados con autismo, que acuden a un centro educativo básico especial. Los participantes fueron de ambos sexos, 23 mujeres (15.2%) y 128 Varones (84.8%), cuyo rango fluctuaron entre las edades de 4 a 12 años. El instrumento consta de 12 ítems con una escala Liket que realizan los padres sobre la conducta que presenta su hijo. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el Alfa de Cronbach (0.763), correlación ítem – test donde las correlaciones fueron mayores a 0.30 y la validez de contenido, donde todos los ítems alcanzan el valor necesario (V de Aiken > 0.80) donde se tomó en cuenta la relevancia y claridad. Para la validez de constructo, se desarrollo el análisis factorial con el método de mínimos cuadrados no ponderados donde se determinó la existencia de un factor, eliminando dos ítems y aceptando las cargas factoriales mayores a 0. 386. Asimismo, para la validez de constructo se realizo la correlación con la Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (CARS) encontrando una relación altamente significativa. Finalmente, se concluye que la Escala de Detección de Conductas Autistas posee validez de contenido y de constructo, demostrando índices de confiabilidad aceptables que puedan ayudar a una primera detección de las conductas autistas.

Palabras clave: Construcción y validación, escala de detección, conductas autistas.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to construct and establish the Validity and Reliability of the Autistic Behavior Detection Scale; Also, the methodology used in the research was instrumental. The sample consisted of 151 students diagnosed with autism who attend a special basic educational center. Participants were of both sexes, 23 females (15.2%) and 128 males (84.8%), whose range fluctuated between the ages of 4 and 12 years. The instrument consists of 12 items with a Likert scale performed by parents on the behavior that their child presents. To determine the reliability of the instrument, the Cronbach's Alpha (0.763), item - test correlation was used where correlations were greater than 0.30 and content validity, where all items reached the required value (Aiken $V > 0.80$) where took into account relevance and clarity. For the construct validity, the factorial analysis was developed with the method of least squares unweighted determined the existence of a factor, eliminating two items and accepting the factor loads greater than 0.386. Also, for the construct validity, the correlation with the Childhood Autism Rating Scale (CARS), finding a highly significant relationship. Finally, it is concluded that the Autistic Behavior Detection Scale possesses content and construct validity, demonstrating acceptable reliability indexes that may help a first detection of autistic behaviors.

Key words: Construction and validation, detection scale, autistic behaviors.

INTRODUCCION

Durante muchos años se dijo que la incidencia de autismo era de uno por cada 1,000 nacimientos, pero actualmente uno de cada 93 niños hispanos ha sido diagnosticado con autismo.

En el CEBE “Ricardo Bentín” del distrito del Rímac, el Servicio de Asesoría y Apoyo a las Necesidades Educativas Especiales (SAANEE) en su departamento de psicología, que atiende a las instituciones educativas regulares, fueron evaluados y diagnosticados con autismo en el año 2008, ocho estudiantes; en el año 2009, once; en el año 2010, trece; en el año 2011, dieciséis; en los años 2012 y 2013, dieciocho, y finalmente en el año 2014 fueron diagnosticados veintiún estudiantes, lo cual significa que del año 2008 al 2014 la población con autismo casi se ha triplicado. Esta cifra es preocupante y a esta realidad se tiene que agregar que en nuestro país existen instrumentos de medición del autismo que proceden de otros países, que son muy extensos y requieren de una exhaustiva preparación para su aplicación, calificación e interpretación, lo cual hace que la evaluación sea prolongada, tediosa y en muchas oportunidades no se concluya.

El autismo es todavía una discapacidad relativamente desconocida, pese a que fue identificada en el año 1943 por Leo Kanner. A parte de ello, no existen pruebas médicas especializadas, además los estudiantes con autismo no presentan ningún rasgo físico que los distinga para llegar a un diagnóstico, sino que éste se basa en la observación y valoración de la conducta. Por esta razón, es importante la elaboración de esta escala, precisamente para identificar las conductas autistas.

Además, este estudio sería el primero que se realiza en el país respondiendo a la Ley Nro.30150, Ley de Protección de las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) aprobado el 08 de enero del 2014, a través de la cual se establece un régimen legal que fomente la detección y diagnóstico precoz, la intervención temprana protección de la salud, la educación integral, la capacitación profesional y la inserción laboral y social de las personas con TEA. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2014). Esta propuesta motiva a la construcción de este tipo de instrumento de evaluación. Una escala de detección, clara, breve y de fácil calificación que realizan los padres sobre la conducta de sus hijos, y que lo podrían realizar también otras personas que interactúan permanentemente con el niño, como puede ser el caso de los profesores, auxiliares o algún otro familiar. Esta escala nos brindará evidencias de las conductas autistas que presenta el estudiante evaluado, si presenta un nivel alto o moderado de conductas autistas, tendría que ser derivado para una evaluación especializada, de manera que se llegue a una conclusión diagnóstica oportuna y adecuada; y posteriormente a una intervención efectiva.

Esta investigación ha sido orientada hacia la construcción, validación y análisis psicométrico de la Escala de Detección de Conductas Autistas y está organizada en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se presenta una revisión teórica de los aspectos más relevantes acerca del autismo. El estudio de la evolución histórica, definiciones y aspectos generales, la definición del autismo desde el enfoque de Leo Kanner, la concepción actual del trastorno del espectro autista, la incidencia, las conductas autistas típicas, enfoques en la construcción de las escalas de medición de

conductas y actitudes, los instrumentos de medición, los cuestionarios, los test y escalas, tipos de escalas, la construcción de una escala, antecedentes de la investigación, planteamiento del problema, objetivos, implicancias teóricas y prácticas del estudio, limitaciones de la investigación y las definiciones conceptuales.

El segundo capítulo comprende el tipo y diseño metodológico, los participantes, los instrumentos aplicados, el procedimiento y las técnicas estadísticas para el análisis de datos.

En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos y su descripción de acuerdo a los objetivos formulados.

Por último, en el cuarto capítulo se presenta la discusión de los resultados en relación a las teorías planteadas y los hallazgos encontrados, las conclusiones y las sugerencias.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

El autismo es un síndrome que afecta la comunicación, la creatividad imaginativa, las relaciones sociales, su estado afectivo y la cognición en un alto porcentaje de casos. Las conductas autistas se manifiestan en la infancia y permanecen en las etapas posteriores de la vida, por lo tanto se considera una condición, una forma muy propia y particular de enfrentarse al mundo.

¿Qué nos pediría una persona con autismo?

“Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que dices normales. Me cuesta comunicarme, pero no suelo engañar. No comprendo las sutilezas sociales, pero tampoco participo de las dobles intenciones o los sentimientos peligrosos tan frecuentes en la vida social. Mi vida puede ser satisfactoria si es simple, ordenada y tranquila, si no se me pide constantemente sólo aquello que más me cuesta. Ser autista es un modo de ser, aunque no sea el normal. Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya normal. En esas vidas, podemos llegar a encontrarnos y compartir muchas experiencias”. (Martos, J.& Riviere, A, citado por Benites, 2003 p.84)

1.1 Evolución histórica de las definiciones del autismo

Es importante conocer como la definición del autismo ha ido cambiando a través de los años, estas definiciones se basaban en el marco teórico de los

autores de cada época. Cabe resaltar también que las personas con autismo, eran tratados de acuerdo a la percepción que se tenía de su diagnóstico.

Los niños, jóvenes y adultos que actualmente son considerados con TEA, habían sido conocidos con diferentes nombres durante muchos siglos, considerando en sus orígenes envueltos en el mito y el misterio. Se les consideraba como niños salvajes o poseídos por el demonio. Al respecto, Wing (2011) hace referencia al caso de:

Víctor “el niño salvaje de Aveyron”, algunos creían que lo habían abandonado cuando era un bebé y como en la leyenda de Rómulo y Remo, lo habían criado unos lobos. Algunos han utilizado esta explicación para otros casos registrados de niños que se encontraron viviendo en estado salvaje, aunque la consideración de los detalles prácticos de la alimentación y la crianza de un bebé humano hacen que parezca improbable. (p.28)

El caso de Víctor “el niño salvaje de Aveyron” (Francia) en el año 1800, fue estudiado durante algunos años por el Dr. Jean Itard, quien finalmente renunció a continuar con la intervención ya que no veía cambios significativos. Este caso despertó a finales del siglo XVIII, un debate en el mundo intelectual. Esta intriga se movía entre dos polos. En primer lugar era Víctor privado del contacto social, que genera en el ser una bestia desprovisto de cualquier sentido moral y en segundo lugar algunos médicos de la época pensaron que Víctor padecía una deficiencia severa desde el nacimiento y que por ese motivo había sido abandonados por sus padres. Finalmente Pierre-Joseph Bonnaterre, analizando minuciosamente el relato de sus conductas, dejó en claro que Víctor mostraba

deficiencias en las interacciones sociales reciprocas, incompetencias intelectuales especificas, disfunción de la integración sensorial y finalmente ausencia de juego simbólico. Estos antecedentes plantearon la posibilidad de que Víctor fuera un niño autista.

El termino autismo fue ideado por Bleuler en 1911, refiriéndolo originalmente a un trastorno básico de la esquizofrenia, que consistía en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo casi de manera extrema. De ahí las palabras autismo y autista, que provienen del término griego autos que significa “si mismo” (Arrebillaga, 2015).

A continuación, se hace referencia a los aportes de De Sanctis (1906) quien menciona el caso de los niños con una expresión facial anormal y conductas estereotipadas que lo ubica dentro de una nueva categoría psicopatológica entre la demencia precoz catatónica y la demencia precoz adulta. Por otro lado, Potter (1933) se refiere al autismo como una patología del pensamiento.

Asimismo, se menciona la descripción del caso Donald realizada por Kanner y recogida posteriormente en su famoso artículo publicado en 1943 por la revista *Nervous Child*. Probablemente, como han señalado otros investigadores, el autismo ha existido siempre (Frith, 1989). Sin embargo, es a partir de la descripción de Kanner, quien realiza el estudio de once niños que pasan por su consulta, cuando se conoce el autismo como entidad. Estos niños presentaban características comunes, referidos principalmente a tres aspectos: En primer lugar, la incapacidad para relacionarse con las personas. En segundo lugar, inadaptabilidad ante los cambios de rutina y de los objetos circundantes. Por

último, las deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje (Valdez & Ruggieri, 2011).

Por su parte Asperger en un artículo titulado *Die Autistischen Psychoathen in Kindesalter*, atraído por la Pedagogía Curativa en el año 1944 presenta su tesis doctoral en el cual describe a 4 niños, de 6 a 11 años que presentaban dificultades en la interacción social, capacidades comunicativas deficitarias a pesar de una aparente adecuación cognitiva y verbal, introdujo el concepto de psicopatía autística similar a las características descritas por Kanner. Sus investigaciones quedaron relegadas por espacio de 30 años hasta que Lorna Wing utilizó el término síndrome de asperger en un trabajo publicado en 1981. A partir de entonces se ha ido develando la importancia de este trastorno.

En cuanto a los manuales que establecen los criterios diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento, el autismo aparece clasificado por primera vez en el DSM-I y en el DSM-II (APA, 1952 y 1968) como una reacción psicótica de la infancia o como un síntoma de la esquizofrenia, posteriormente en el DSM-III (APA, 1980) se comenzó hablar del Autismo Infantil, luego en el DSM-III-R (APA, 1987) se incluyó el término Trastorno Autista, algunos años después en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se definen cinco categorías diagnósticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. Actualmente según el DSM-5 (APA-2013), se conocen cambios importantes en la conceptualización del autismo. Uno de los aspectos más relevantes se refiere a la nueva categoría denominada

Trastorno del Espectro Autista, en reemplazo del Trastorno Generalizado del Desarrollo.

1.2 Autismo: Definiciones y aspectos generales

El autismo se define como un trastorno permanente del desarrollo que perturba severamente el proceso de construcción de la experiencia y el desarrollo psicológico en los elementos cognitivos como lo social, emocional e intelectual. Las personas con autismo se caracterizan por presentar serias limitaciones en las relaciones interpersonales, disfunciones en la comunicación disfunción sensorial, perturbación en la imaginación, y un repertorio poco usual generalmente repetitivo de intereses hacia situaciones u objetos, llegando a presentar conductas obsesivas, que al no realizarse o ante la interferencia de alguna persona podría terminar en una crisis (Benites,2003).

Por otro lado el DSM-IV, APA (1994), define el autismo como una “Condición en la cual el individuo presenta una falta de respuesta social desde una edad temprana. Se caracteriza por alteraciones en la comunicación verbal y no verbal, una alta necesidad de establecimiento de rutinas presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta” (p.97).

Grossman (1973) define el autismo, como “un síndrome que consiste en aislarse, establecer una relación social inadecuada y una relación excepcional con los objetos. Con trastornos en el lenguaje y conducta motora repetitiva. Muchos niños con autismo están también afectados en su funcionamiento intelectual general” (p.124).

En consecuencia, se puede afirmar que en todas las definiciones revisadas existe un común denominador, que se refiere a la dificultad que presenta la persona en las relaciones interpersonales y que se manifiesta a través de su conducta. Tal como señala Reboredo (2015) en relación a las relaciones sociales “el autismo es un término general que designa un espectro de condiciones del neurodesarrollo, caracterizadas por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca, en la comunicación, que posee patrones de conductas repetitivas, estereotipadas y de intereses restringidos; así como la existencia de interés sensoriales atípicas” (p.23).

1.2.1 Definición del autismo desde el enfoque de Leo Kanner

La elaboración de la Escala de Detección de Conductas Autistas, se fundamenta en el enfoque y la concepción de Leo Kanner, una concepción clásica y original, pero que actualmente sirve de base para comprender a las conductas autistas.

Tal como hacen referencia Antigas-Paallares , J.,& Paula, I. (2012) la adhesión del término autismo al significado actual, se debe a Leo Kanner, tras la publicación en 1943 del que se puede considerar como uno de sus artículos más importantes en el estudio del autismo “Autistic disturbances of affective contact”.

Cabe resaltar que Kanner luego de haber finalizado sus estudios de medicina en Berlín y haber experimentado la primera guerra mundial, viajó a los Estados Unidos en el año de 1924. Pronto orienta su interés hacia la psiquiatría y prioritariamente a los problemas infantiles. En el año 1930 fue

seleccionado para desarrollar en el Hospital John Hopkins de Baltimore el primer servicio de psiquiatría infantil en el mundo. Kanner era un gran clínico con una gran agudeza para apreciar los rasgos típicos de sus pacientes.

Para Kanner el cuadro clínico del autismo era tan específico que se podría diferenciar de la esquizofrenia infantil y de cualquier otro trastorno.

En los estudios realizados en el hospital de John Hopkins de once pacientes de los cuales ocho eran niños y tres niñas, recogían las observaciones que registran en común las siguientes características: Incapacidad para establecer relaciones interpersonales, alteración en el lenguaje, insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, en ocasiones presenta habilidades especiales, buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés, aspecto físico normal, y finalmente aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

La lectura del citado artículo de las descripciones clínicas de forma minuciosa de cada uno de los 11 pacientes, resulta fácil detectar a partir del relato los aspectos esenciales del autismo. Los criterios diagnósticos que hoy día contempla el DSM- IV-TR para el diagnóstico de autismo ya estaba considerado en diversos pasajes del artículo de Kanner. Quizás el aporte más significativo de Kanner fue intuir que el autismo es un trastorno del neuro-desarrollo, cuyo punto de partida era un problema que Kanner denominaba “Componentes constitucionales de la respuesta emocional”.

Los aportes de Kanner para definir y entender al autismo, han sido desde sus inicios muy importantes, y en la actualidad se mantienen muchas

de las características planteadas por el autor en mención. Al respecto, Casanova (2013) señala que:

El autismo o “autismo clásico”, se define esencialmente por los mismos signos y síntomas señalados por Kanner. Alteraciones cualitativas en la interacción social a menudo se manifiestan como deterioro marcado en la mirada o en gestos comunicativos, expresiones faciales inadecuados o limitadas, incapacidad para desarrollar relaciones con sus pares, una disminución marcada en la tendencia a compartir intereses con otros de manera espontánea, y la falta de reciprocidad social o emocional. Deficiencias de comunicación a menudo incluyen un retraso o falta de lenguaje hablado, el deterioro en la capacidad de iniciar o mantener una conversación. Las manifestaciones de los patrones restrictivos y repetitivos de intereses o conductas con frecuencia incluyen una preocupación absorbente por un tema de interés que es anormal en intensidad, una adhesión inflexible a rutinas o rituales, manierismos motores estereotipados o repetitivos y una preocupación con las partes de objetos. (parr.11).

1.2.2 Definición del Trastorno Autista

Es un trastorno del desarrollo que afecta severamente el proceso de construcción de la experiencia y el desarrollo psicológico en los procesos cognitivos, tanto en el componente social, emocional e intelectual.

Las personas con autismo se caracterizan por presentar serias limitaciones en la interacción y comprensión de lo social, disfunciones en la comunicación verbal y

no verbal, perturbaciones sensorio-perceptivas y en la imaginación, y un repertorio poco usual generalmente repetitivo de interés y actividades no funcionales, generalmente se manifiesta durante los 03 primeros años y continúa a través de toda la vida.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de autismo infantil. Esos criterios recogen los aspectos fundamentales de la definición del síndrome que hizo Leo Kanner en 1943.

Criterio para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista (299.00)

A.- Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos regulares de la interacción social.

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados a nivel de desarrollo.

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

(d) falta de reciprocidad social o emocional.

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)

(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, un lenguaje idiosincrático.

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados, y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p, ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1)

interacción social, (2) lenguaje utilizado en lo social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C.- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil (López, 2003, pp. 85-86).

1.2.3 Definición del Trastorno del Espectro Autista

Uno de los gestores de esta definición fue Lorna Wing, ya que utiliza por primera vez el término “Trastorno del Espectro Autista”, el cual se le conoce como “Triada Wing”: Ya que hace referencia; en primer lugar al trastorno de la reciprocidad social. En segundo lugar trastorno de la comunicación verbal y no verbal, y en tercer lugar a la ausencia de la capacidad simbólica o imaginativa; a los que luego se sumarían los patrones repetitivos de la conducta y los intereses restringidos. A diferencia de otras definiciones se presenta el trastorno como un continuo de diferentes dimensiones y no como una categoría, es decir que una persona con autismo es diferente a otra, inclusive pueden variar de extremo a extremo en cada una de sus características: mientras que hay niños muy sociables a quienes les gusta interactuar, pero no saben cómo, y sus intentos son tomados como extraños o inusuales y ; en el otro extremo, hay niños que activamente ignoran la presencia de otras personas. (Rebodero, 2015).

Podríamos afirmar que la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-V) adopta un enfoque más dimensional que categorial, es decir el diagnóstico pasa a ser uno solo con

diferentes grados de severidad. Los cuatro diagnósticos inicialmente separados (Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo de la Niñez y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado) quedan encasillados dentro de una misma categoría : TEA, con diferentes niveles de gravedad en sus síntomas.(Rebodero, 2015). Asimismo, Montiel (2011) afirma que “tratar de englobar a los TEA dentro de una categoría es una tarea muy difícil, ya que estos desafían la generalización” (p. 67)

1.3 Incidencia

La prevalencia de niños con autismo en el mundo es más alta que niños con cáncer, HIV y diabetes juntos. Actualmente uno de cada 93 niños hispanos ha sido diagnosticado dentro del autismo.

Cada año los casos aumentan en un 12%, por esta razón, en el año 2007 la Asamblea General de Naciones Unidas, declaró por unanimidad el 2 de Abril como día mundial de la Concienciación sobre el autismo.

1.4 Las Conductas Autistas típicas

Luego de revisar la evolución de las definiciones sobre el autismo, la definición desde el enfoque de Leo Kanner, y por la experiencia de trabajo y el amplio repertorio de la casuística de niños autistas evaluados, en consecuencia, existen dificultades para unificar los criterios definidores del autismo, porque es un síndrome que presenta un esquema conductual comunes para todos y diferente para cada uno de ellos. Sin embargo, podemos encontrar un común denominador que se manifiesta a través de las

dificultades en la interacción social y la comunicación, intereses o patrones de comportamiento restringidos y la disfunción sensorial integrativa, estas características se han ido incorporando a la conducta autista, desde el primer estudio de Kanner. En consecuencia, se verán a continuación las conductas autistas típicas que sirvieron de base para la elaboración de la presente escala:

1.4.1 Dificultades en la Interacción social

El mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, razón por la que muestran aislamiento. Se caracteriza por la dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas por problemas para comprender las sutilezas sociales y no poder codificar las reglas sociales implícitas. No les resulta sencillo apreciar las intenciones de los demás, desarrollar juegos y hacer amigos, hasta la falta de interés hacia las personas a tal punto que pueden llegar aislarse totalmente.

1.4.2 Dificultades en la Comunicación

El lenguaje puede estar totalmente ausente o pueden presentar un mutismo selectivo. Esta falta de comunicación verbal se acompaña además de pobreza o ausencia de la comunicación no verbal: gestos, posturas o expresiones faciales que acompañan normalmente al habla. También pueden presentar una Agnosia auditiva verbal o sordera para las palabras, es el déficit del lenguaje más severo que se encuentra en los niños autistas y que conlleva una mayor o menor capacidad para decodificar el lenguaje presentado

por vía auditiva, por lo tanto, tendrán dificultades para comprender lo que se les dice, ya que al no decodificar la información, no podrá interpretar.

Aquellos que desarrollan el habla, lo hacen con ciertas características muy propias como: ecolalia demorada o inmediata, inversión de pronombres ejemplo emplea el “tu” por el “yo”. También presenta Déficit prosódicos que se manifiesta con una calidad monótona en el habla, una entonación ascendente, apropiada para una pregunta en enunciados declarativos, un ritmo rígido, casi robótico. Lo más característico es que el lenguaje no se utiliza de manera social para compartir experiencias y vivencias, presentado dificultad para iniciar o mantener una conversación recíproca, comprender sutilezas, bromas, ironías o dobles intenciones, observándose alterados los aspectos semánticos y pragmáticos del Lenguaje.

1.4.3 Actividades e intereses a patrones restringidos de comportamiento, conductas estereotipadas

Estas conductas pueden adoptar varias formas, a menudo se observa una excesiva vinculación a distintos objetos, cuerdas llaveros, gorros, piezas giratorias, letras o logotipos, figuras, etc. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento, como la necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos. Los movimientos corporales estereotipados, incluyen dar palmadas, movimientos peculiares de las manos como lo aleteos, balanceos y deambulación sin funcionalidad.

1.4.4 Disfunción sensorial integrativa

Las personas con autismo presentan una disfunción sensorial integrativa, es decir, la incapacidad que tiene el cerebro para organizarse apropiadamente para procesar e integrar la información sensorial, por lo tanto la personas con autismo, perciben los estímulos del medio de una manera distinta, pueden presentar desde una hipersensibilidad a una hiposensibilidad de los estímulos auditivos, visuales, gustativos olfativos y táctiles, esta disfunción es diferente para cada individuo y se manifiesta a través de respuestas atípicas “raras” por ejemplo taparse los oídos frente a los sonidos de los cohetes o de la licuadora (hipersensibilidad auditiva), taparse los ojos por la luz de un flash fotográfico (hipersensible a la luz), o comerse el ajo (hiposensible al gusto), se provocan heridas y no sienten dolor (hiposensible al tacto).

1.5 Enfoques en la construcción de las escalas de medición de conductas o actitudes

Existen diversos enfoques metodológicos en la medición de actitudes. Al respecto Morales (2006) señala que:

La mayoría de las obras que tratan la medición de actitudes, sobre todo si son algo antiguas, distinguen tres tipos básicos de escalas que pueden considerarse como clásicos, aunque no abarcan de hecho todos los métodos que utilizan hoy día y algunos de los tipos incluidos van, por otra parte, cayendo en desuso. Estas escalas suelen denominarse diferenciales, sumativas y acumulativas, y este es el orden de antigüedad

con que aparecen en la literatura psicométrica. También son conocidas por los nombres de sus autores: Thurstone (diferenciales), Likert (sumativas) y Guttman (acumulativas) (p.43).

1.5.1 los instrumentos de medición de la conducta

La elaboración de estos instrumentos es de especial utilidad, ya que los que existen no están lo suficientemente adaptados a las necesidades educativas especiales, como es el caso de los estudiantes con autismo, y lo que se pretende en esta investigación es elaborar una escala para identificar conductas autistas y determinar el nivel en que estos se presentan. Para que luego el especialista evaluador realice la anamnesis y aplique las estrategias necesarias para llegar a un buen diagnóstico.

Para desarrollar este tema se basará principalmente en Morales Vallejo P. Urosa Sanz B. Blanco Blanco A.

Existen dos procedimientos en las que las personas proporcionan directamente sus datos, actitudes, conocimientos, opiniones, conductas, etc. Se verá a continuación cada una de ellas:

- Cuestionarios: están formados por preguntas que miden variables distintas, se plantean preguntas de diferentes temas como por ejemplo el trabajo, la salud entre otras, y por lo tanto, no se pueden sumar las respuestas en una puntuación total.
- Los test y escalas: en este tipo de instrumento, se mide una sola variable, por lo que las respuestas a los distintos ítems pueden sumarse en una puntuación total. En esta circunstancias se pretende situar a los

estudiantes en un continuo único, que va de menos a más, saber qué lugar ocupa el estudiante según su puntuación. (Castro,2008)

En la presente investigación se pretende elaborar una escala, puesto que se trabaja una variable que es la conducta autista. “Un test o una escala es un cuestionario con varios ítems, que expresan el mismo rasgo o actitud y cuyas respuestas se van a sumar en un total que indica cuánto tiene cada sujeto de la variable o característica que se pretende medir”. (Morales, 2010, p.3)

En consecuencia, una escala se define como un conjunto de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyen un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma una conducta, en la presente investigación se medirá la conducta autista en sus diferentes niveles.

1.5.2 Tipos de Escalas

A partir de los estudios de Castro (2008), veamos la siguiente clasificación:

- Escalas diferenciales: (Thurstone) es el primero que utiliza métodos sistemáticos de medición de actitudes. En este tipo de escalas los sujetos deben elegir entre varias alternativas que se le presentan (por ejemplo: ¿Cómo le gusta a usted más el pollo?: a la brasa, frita, en salsa, a la plancha, cocida...). Son los sujetos los que deben “ordenarlos” al escoger los ítems con los que estén de acuerdo.
- Escalas acumulativas: elaboradas por Guttman en 1944. Son también denominamos escalogramas o de análisis jerárquico. Todos los ítems

miden la misma actitud con distinto grado de intensidad, escoger un ítem supone haber escogido también los de inferior intensidad.

- Escalas Sumativas: revisando algunas investigaciones podríamos afirmar que son las escalas más utilizadas en la medición de actitudes, preferencias, o conductas, son este tipo de escalas, las creadas por Rensis Likert en 1932. La suma de respuestas a los ítems sitúa al sujeto dentro de la variable medida. El valor de cada ítem o pregunta depende de cada sujeto, que al responder, indica su grado de acuerdo o desacuerdo con lo que se le pregunta. Las respuestas se codifican con números sucesivos (1, 2, 3, 4,5...) según el grado de acuerdo del sujeto. (Por ejemplo 1=totalmente en desacuerdo; 3=ni desacuerdo ni en desacuerdo; 5=totalmente de acuerdo), o Valor 1=nunca; 3=a veces; 5=siempre, etc.

Para el análisis de los datos de las escalas tipo Likert deben tenerse en cuenta algunos aspectos como:

- Se considera que todos los ítems miden el mismo comportamiento o la misma actitud. En algunos casos sucede que las preguntas están formuladas en sentido positivo y otras en sentido negativo; si fuera así, en el procesamiento de los datos deberá utilizarse una clave de corrección, con el fin de conseguir que todas las respuestas estén en la misma dirección y tengan por lo tanto la misma valoración.
- A fin de comprobar de que cada ítem mide lo mismo que los demás de la escala o de los que componen el mismo factor, es recomendable utilizar la correlación ítem – total.

- Los sujetos deberán responder a todos los ítems indicando su grado de acuerdo o desacuerdo.

Este tipo de escalas admite muchas variantes, pueden medirse actitudes, rasgos de personalidad, conductas, etc. En consecuencia, luego de haber revisado los tres tipos de escalas. La escala sumativa creada por Likert, es el método que por su simplicidad, sus buenos resultados, por la sencillez de la construcción de la escala y por los objetivos planteados en la presente investigación, es elegido para elaborar la Escala de Detección de Conductas Autistas.

1.5.3 La construcción de una escala

Cuando se propone conocer la intensidad de una determinada conducta a través de diversos métodos, como por ejemplo la observación sistematizada, la desventaja de este método es que demanda mucho tiempo y además si se aplica en un mismo contexto no se sabe cómo puede reaccionar en otros contextos. También se puede aplicar una escala, instrumento que será aplicado al mismo evaluado o a las personas que interactúan con más frecuencia con el estudiante, y por lo tanto conocen de sus conductas, la información recogida por un determinado número de preguntas, definitivamente es más válida que la que podemos recoger con una sola pregunta, aunque esté bien formulada, pero no solo será más válida, sino que también será más fiable. También en este caso las diferencias entre los sujetos, de acuerdo a las conductas a evaluar serán más claras y por lo tanto será más fácil clasificarlos de acuerdo a su nivel de conductas. Finalmente un

número significativo de ítems recoge más información y es más fiable, pero no hay que tener en cuenta la cantidad sino también otros aspectos, como que estén bien formuladas y que sean pertinentes. A continuación se presentaran los pasos a seguir a fin de elaborar una escala óptima que cumpla con los objetivos propuestos.

A. Formulación de un Objetivo: lo primero que se debe hacer en la elaboración de una escala, es saber bien lo que se quiere medir.

B. Redacción de las Preguntas: una vez que se tiene claro el objetivo ya se encuentra en condiciones para redactar como segundo punto las preguntas, se determina el número de respuestas, la clave de corrección futura y su tratamiento estadístico. Esto será posible siempre y cuando las preguntas sean cerradas, es decir, cuando se tiene controlada la respuesta y el sujeto sólo puede responder dentro de las posibilidades que se le presentan.

Al momento que se redactan las preguntas tendremos en cuenta que deben estar relacionadas con el tema que se desea investigar, asimismo deben ser redactadas con claridad; además es muy importante incluir una sola idea en cada ítem.

C. Orden de los Ítems: sobre el orden que debe tener los ítems se pueden presentar mezclados , o agrupados por temas (en sub-escalas o factores) en el segundo caso algunos autores consideran que una presentación de esa manera permiten tener una mayor validez convergente y divergente.

D. Número de Ítems: sobre el número inicial de ítems que deben redactarse, no hay un número óptimo. Pero lo que si se podría confirmar es

que a mayor número inicial de ítems se podrá hacer una mejor selección final de los mejores ítems. Al respecto Castro (2008) afirma “Normalmente se da más fiabilidad cuanto mayor es el número de preguntas de un test o escala. La fiabilidad también aumenta al aumentar el número de posibilidades de respuestas a las preguntas” (Pg 110).

Por el contrario, Morales(2011) refiere que no conviene asociar automáticamente el número de ítems con la fiabilidad, ya que la fiabilidad depende de las diferencias entre los sujetos y los sujetos tienden a diferenciarse con más nitidez cuando aumenta el número de ítems y también cuando aumenta el número de respuestas en los ítems, inclusive está demostrado que se puede conseguir una fiabilidad aceptable e incluso muy alta con muy pocos ítems, algunos ejemplos que se pueden mencionar se presentan a continuación y son instrumentos fácilmente localizables y potencialmente útiles en otras investigaciones.

- . Campo –Arias, Oviedo y Cogollo (2009) obtienen una fiabilidad de 87 en una escala de actitudes hacia el cristianismo con cinco ítems
- . Corbiere, Fraccaroli, Mbekou, y Perron (2006) tienen una escala de autoconcepto académico de seis ítems (con cinco respuestas) referida a las asignaturas de Lengua y Matemáticas (son dos escalas) los coeficientes de fiabilidad obtenidos están entre 73 y 89.
- . Lancellotti y Sumil (2009) utilizan cuatro escalas de tres o cuatro ítems referidas a la misma asignatura (motivación,

autoeficacia, actitud y comprensión de los descriptores del curso) con coeficientes de fiabilidad entre 78 y 91. (Morales, 2011,p.42)

En el caso de la Escala de Detección de Conductas Autistas, está conformado por 12 ítems lo cual hace que este instrumento sea de mas fácil aplicación y calificación. Por ello se verán las características de las escalas muy breves:

Las escalas con muy pocos ítems tienen dos características que favorecen el que la fiabilidad sea alta; definición simple del rasgo y muestras grandes.

a.- Con escalas muy breves suelen medirse actitudes o rasgos concebidos de manera muy simple, con ítems muy parecidos unos a otros que son indicadores muy claros de un rasgo que se desea medir, de manera que el grado de acuerdo que expresen los sujetos sea el mismo o muy parecido en todos los ítems de la misma escala.

b.- Como se observa en los ejemplos mencionados, con pocos ítems es más fácil obtener coeficientes altos de fiabilidad, porque en muestras grandes es más probable encontrar sujetos muy distintos en lo que se está midiendo y consiguientemente sube la fiabilidad.

No hay que sostener por principio que los ítems de una escala deben ser muchos. En estos casos unos pocos ítems dan información fiable sobre lo que se quiere medir, y no alargan demasiado el cuestionario que tienen que responder los sujetos.

A continuación se harán tres indicaciones sobre las escalas breves:

1.- Aun en estos casos, cuando se piensa seleccionar muy pocos ítems como indicadores de un determinado rasgo, conviene comenzar redactando más ítems de los que se piensa retener.

2.- Conviene que tengan al menos cinco o seis respuestas para asegurar que los sujetos se diferencien de manera más clara y aumente la fiabilidad.

3.- Cabe formular ítems repetitivos, la misma idea se puede expresar de diversas maneras; frecuentemente una manera de decir las cosas resulta de hecho más discriminante que otra. Luego (después de los análisis) podemos quedarnos con la formulación que más nos convenza si no queremos que haya ítems excesivamente semejantes o que todas las breves escalas tengan un idéntico número de ítems.

(Morales, 2011, pp. 42 – 43)

E.- Número de Posibilidades de Respuesta: si la escala es tipo Likert lo más frecuente es que sean (entre tres y siete), pero es el investigador el que decide el número de posibilidades de respuesta.

F.- Pruebas Previas: una vez construida la escala, lo más recomendable es aplicar a una muestra pequeña de sujetos que tengan las mismas características y que sean los más semejantes al tipo de población con el que piensa utilizar después. Este paso permitirá comprobar si tienen alguna dificultad de comprensión, se trata de detectar algún posible error en los ítems.

Otro paso antes de aplicar la escala a la muestra de la investigación es que se someta a juicio de expertos, quienes evaluarán la escala y pueden proponer que se eliminen algunos ítems, proponer cambios y sugerencias.

Este requisito también se cumplirá en la presente investigación en la cual los jueces evaluarán el criterio de relevancia a fin de demostrar que todos los ítems son válidos y relevantes y el criterio de claridad, demostrando que todos los ítems son válidos y claros. Resultados que le darán consistencia a la validez de contenido.

G.- Tamaño de la muestra: en cuanto al número de sujetos necesarios para que los análisis de una escala tenga suficiente consistencia no hay un criterio único, en consecuencia existen las orientaciones de dos autores relevantes (Nunnally 1978 en Morales Vallejo et al pag 65) que recomienda un mínimo tolerable de 5 sujetos por ítems y un máximo suficiente de 10 sujetos por ítem, y Kline (1994 : 74) estima suficiente dos o tres sujetos por ítem con tal que la muestra no baje de 100 sujetos. Este tipo de normas sobre el número de sujetos hay que tomarlas como orientaciones, lo que está claro es que son preferibles muestras grandes.

El tamaño de la muestra del presente estudio está conformado por 151 estudiantes, cantidad óptima para cumplir con las recomendaciones citadas.

H.- Tratamiento Estadístico:

- **Diseño y preparación de la base de datos.-** Una vez que se obtienen los datos a través de la aplicación de la escala, a continuación se procederá a registrar y analizar la información recogida, para ello es importante que la estructura de la base de

datos, debe estar organizado de manera que las columnas representan las diferentes variables y las filas representan los sujetos de la muestra. Esta matriz es la que sirve de base de datos para el análisis estadístico posterior. En la presente investigación para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS), en su versión 22 en español y el programa Excel del paquete de office.

1.5.4 Confiabilidad y validez de una escala.

Toda escala de medición debe ser sometida a procedimientos que indiquen sus grados de confiabilidad y validez.

- **La Validez:** es un procedimiento por el cual se evalúa el grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir. Por ejemplo en una escala para evaluar conductas autistas, para decir que es válido, es necesario comprobar que la escala solo evalúa conductas propias de las personas autistas y no de otros trastornos. Existen varias formas de evaluar la validez y todas ellas implican la determinación de la propiedad de una medición para hacer inferencias.
- ✓ **Validez de Contenido:** implica el grado en el que un predictor (instrumento), cubre una muestra representativa de la conducta que se está evaluando. Se evalúa mediante el juicio de expertos en la materia de campo que cubre el test. Hay dos formas una en la que el propio sujeto analiza el test que ha construido y establece los ítems de mayor validez (análisis

discriminativo) y el otro método consiste en llamar a otros profesionales para que determinen si la prueba es realmente válida (Método de jueces)

✓ Validez de constructo: evalúa la consistencia en lo que mide la prueba con la teoría. Intraconstructo : Análisis factorial . Validez convergente

Interconstructo: validez divergente o discriminativa

✓ Validez Convergente: medición del mismo constructo a través de diferentes métodos: por ejemplo cuestionario, observación. Se correlaciona e identifica convergencia de valores comunes.

- **Confiabilidad:** en el marco de la teoría clásica de los test, “la confiabilidad se refiere a la precisión del puntaje , respecto a infinitas aplicaciones del test en un mismo sujeto Cronbach, 1951, Nunnally & Bernstein, 1995 (2014, como se cita en Merino. P.32) Buenas medidas proveen los mismos resultados cada vez que se administran sin importar quien realice la medición. A esto llamamos confiabilidad de la medida, es decir la consistencia de la medición. Es la consistencia en las puntuaciones de una prueba en repetidas administraciones.

Coeficiente test-retest: índice de estabilidad a través del tiempo.

Coeficiente de consistencia interna; Alfa de Cronbach.

. Un instrumento psicológico presenta garantía psicométrica cuando éste cuenta con validez y confiabilidad aceptable.

1.6- Antecedentes de la Investigación

1.6.1- Investigación a nivel internacional

Silva (2012) realizó un estudio con el objetivo de desarrollar un instrumento válido y confiable para evaluar la conducta adaptativa de adolescentes con autismo, así como evaluar las variaciones de acuerdo a las características del hogar, trabajo, escuela, comunicación e independencia. La población se conformó por adolescentes entre 12 y 18 años de edad, que no se encuentran laborando y que han sido diagnosticados con autismo. Los participantes fueron ubicados en varios centros especializados de la ciudad de Mérida, Yucatán, México. Entre ellos, los centros de atención comunitaria, un hospital, centros de atención múltiple y una institución privada que atiende a personas con autismo. En total, se administró el cuestionario a 43 adolescentes con autismo en donde el 93 % (40) estuvo conformado por hombres y un 7% (3) fueron mujeres. Es un estudio descriptivo y de desarrollo de un instrumento de evaluación y medición psicoeducativa. Se diseña un instrumento y se explora, de manera preliminar, sus propiedades psicométricas al tiempo de describir el grado de funcionamiento adaptativo de algunos adolescentes evaluados por esta escala. Los resultados fueron analizados con estadística descriptiva. La confiabilidad del instrumento fue de Alfa de Cronbach 86. Se encontró que los puntajes más bajos están en las áreas de comunicación e independencia, tal como se esperaba en las personas con este trastorno. El instrumento final consta de 5 escalas, añadiendo comunicación no verbal y utilizando 5 ítems por dimensión para un total de 25 reactivos. Se concluye que la utilización de escalas para evaluar la conducta adaptativa es útil para la intervención de los adolescentes con autismo,

por permitir la identificación de las áreas específicas de intervención y permitir la evaluación eventual de la eficacia de la intervención.

Por su parte Villalba (2013) realizó una investigación en Bogotá, Colombia, que le permitió validar las puntuaciones del Q-CHAT para detectar el trastorno autista en la primera infancia. Esta validación se realizó bajo la Teoría de Respuesta al Ítem con el modelo de Rasch. Se utilizó una metodología cuantitativa con un diseño de dos grupos independientes: un grupo clínico conformado por 49 menores diagnosticados con trastorno autista y un grupo no clínico conformado por 182 infantes. Los resultados evidenciaron que el cuestionario es unidimensional y se ajusta al modelo de Rasch con 16 de los 25 ítems. Con esa estructura de 16 ítems presenta un Alfa de Cronbach de 0.874, una sensibilidad de 0.889, una especificidad de 0.952, un valor predictivo positivo de 0.816 y una precisión de 0.939, en un punto de corte de 24.

Esquer & Belmont (2013) realizaron un estudio con el objetivo de adaptar la Escala para Detección de Autismo en Preescolares para ser aplicada a niños de dos a tres años de edad que cursen educación inicial. Esta investigación se realizó en México. Para su adaptación, se efectuó un análisis del grado de comprensión del instrumento, tras de lo cual se aplicó a una población abierta y a un grupo clínico de 27 niños con rango de edad de dos a cuatro años, diagnosticados con trastorno del espectro autista. Ya que los reactivos de la edad contienen tres opciones de respuesta, se consideró que el Alfa de Cronbach es la prueba correcta para establecer la confiabilidad. El instrumento obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 91. El análisis de los reactivos permitió

determinar que todos los reactivos contribuían a un coeficiente alto del instrumento. Para determinar la validez del instrumento, se obtuvo su validez concurrente; la cual determina si el instrumento se comporta de manera similar a otro que mide la misma variable, y si permite discriminar entre grupos con puntuaciones extremas. Para determinar la validez concurrente por medio de un criterio externo, se correlacionaron las puntuaciones obtenidas de la muestra clínica en la edad con los coeficientes de desarrollo. La media del coeficiente de desarrollo para el área de lenguaje fue de 45 y para el área social de 50, consideradas ambas como indicadores de retraso en el desarrollo. La puntuación total en la edad correlacionó negativamente con los coeficientes de desarrollo de las áreas de lenguaje y social; como se sabe, entre mayor es la puntuación en la EDAP, menor es el coeficiente de desarrollo. Los resultados muestran que la EDAP modificada puede diferenciar entre niños típicos y niños con trastorno del espectro autista.

Jane, Capdevila & Domenech (1993) en la Universidad Autónoma de Barcelona, realizaron un estudio cuya propuesta era analizar las cualidades psicométricas de “La Escala de Evaluación del Autismo” (ATA) en base a los criterios del DSM-IV (APA, 1995). Se parte de una muestra de 43 casos de niños y adolescentes en un intervalo de edad comprendido de 4 a 18 años. Previamente los sujetos de la muestra habían sido diagnosticados por dos psicólogos clínicos en base a los criterios del DSM-III (APA., 1980) y del DSM-III-R (APA., 1987). De estos 42 casos, 9 eran niñas (22.9%) y 34 niños (79.1%). En el análisis de las comparaciones halladas en la definición de

autismo dada por la escala ATA y los criterios de diagnóstico base del DSM-IV se deducen los siguientes datos: La Escala ATA presenta una sensibilidad del 100%, una especificidad del 50%, un valor predictivo positivo del 95.12% y un valor predictivo negativo del 100%. Si se comparan los datos psicométricos obtenidos por la Escala ATA en base a los criterios del DSM-IV (APA.,1995) con los datos obtenidos en base a los criterios del DSM-III (APA., 1980) y del DSM-III-R (APA.,1987), se puede afirmar que las cualidades psicométricas de la Escala ATA en base a los criterios del DSM-IV (APA.,1995) son mucho mejores, en especial en lo que hace referencia a la Especificidad y a los valores predictivos negativos.

Garcia-Lopez & Narbona (2014) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la concordancia entre los diagnósticos basados en el Inventario del Espectro Autista (IDEA) y el Childhood Autism Rating Scale (CARS), respecto a los criterios DSM-IV- TR, en pacientes con sospecha de TGD, y además estudiar la capacidad de ambas escalas para discriminar entre diferentes diagnósticos clínicos situados dentro del espectro autista. La muestra estuvo conformada por 56 estudiantes entre 2 y 20 años, que acudieron a la consulta de Neuropediatría por sospecha de TGD. De forma independiente, 2 clínicos evaluaron la presencia de síntomas de TGD; uno de ellos según los criterios DSM-IV -TR y el otro de acuerdo con las escalas IDEA Y CARS .Finalmente se concluyó 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, por lo tanto el IDEA como el CARS constituyen instrumentos útiles para la detección y monitorización del autismo en la práctica clínica diaria.

1.6.2 Investigación a nivel nacional

Hasta el año 2015, en el Perú no se había encontrado investigaciones sobre la adaptación o las propiedades psicométricas de instrumentos para evaluar autismo. Recién el año 2016 se pudo ubicar esta investigación que se explicara a continuación.

Hidalgo (2016) en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, realizó un estudio con el objetivo de determinar las propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y normas del Cuestionario Modificado de Autismo en la Infancia (M – CHAT). La muestra estuvo conformada por 79 niños entre los 18 meses a 9 años, 36 niñas y 43 niños, pertenecientes a instituciones educativas de primer y segundo ciclo de educación inicial. Asimismo, se aplicó un diseño de tipo psicométrico ya que permitió conocer las propiedades de validez y confiabilidad del instrumento. Dentro de los resultados se señala que todos los ítems cuentan con una alta significancia en cuanto a la validez de contenido, exceptuando dos de ellos que tienen un nivel bueno, pero no son significativos; niveles altos de sensibilidad y especificidad de 0.87 y 0.83 respectivamente. En función al análisis de ítems se encontraron ítems con una correlación significativa en nivel de 0.001. Una correlación positiva moderada de 0.306 y el nivel de significancia alto de 0.094 con una escala diagnóstico ADOS-2; una correlación nula de 0.024

con el sistema portátil corto efectivo. En relación a la confiabilidad de consistencia interna existe un nivel alto representado por un valor de 0.626. Finalmente, en relación a los percentiles, se encontró una desviación estándar de 2.159 y una media de 4.26 resumiéndose en tres niveles y teniendo un punto de corte en 4.

1.7 Planteamiento del problema.

La relevancia del presente estudio, responde a la ley Nro. 30150, Ley de protección de las personas con TEA, a través de la cual establece un régimen legal que fomenta la detección y diagnóstico precoz de las personas con autismo, ya que en estos últimos años la incidencia del autismo se está incrementando significativamente, a tal punto que uno de cada 93 niños hispanos son diagnosticados dentro del autismo, por lo tanto surge la necesidad que sean detectados oportunamente, este estudio tiene como propósito aunarse a los objetivos de esta ley, que respalda la realización de este trabajo investigativo y resalta la utilización práctica del instrumento ya que la creación de una escala de esta naturaleza es decir, clara, breve y de fácil calificación, que realizan los padres sobre la conducta de sus hijos, y que lo podrían realizar también otras personas que interactúan permanentemente con el niño, como puede ser el caso de los profesores, auxiliares o algún otro familiar. Finalmente y luego de aplicada la escala, esta nos dará evidencias de las conductas autistas que presenta el estudiante evaluado, si presenta un nivel alto o moderado de presencia de conductas autistas, tendría que ser derivado a una evaluación especializada.

1.7.1. Formulación del problema

La formulación del problema de la presente investigación se presenta de la siguiente manera;

¿Cuáles son la evidencias psicométricas de validez y confiabilidad de la Escala de Detección de Conductas Autistas?

1.8 Objetivos de la investigación

1.8.1 Objetivo General

Construir y establecer la validez y confiabilidad de la Escala de Detección de Conductas Autistas.

1.8.2 Objetivos específicos

- A.- Determinar la validez de contenido y de constructo de la Escala de Detección de Conductas Autistas.
- B.- Determinar la validez convergente de la Escala de Detección de Conductas Autistas.
- C.- Determinar la confiabilidad de la Escala de Detección de Conductas Autistas.
- D.- Elaborar las normas percentilares para determinar los niveles de la presencia de conductas autistas.

1.9 Implicancias teóricas y prácticas del estudio

Este estudio es importante pues contribuye hacia la construcción, validación y análisis psicométrico para evidenciar indicadores de conductas autistas. Esta primera evaluación sería un primer filtró para detectar las conductas antes mencionadas, de tal manera que en un segundo momento se realice la evaluación completa por un especialista para llegar finalmente a un diagnóstico real.

Las evidencias favorables para el instrumento validado en el presente estudio dan respaldo para su uso planificado desde su construcción : Escala de Detección de Conductas Autistas. Por lo tanto, puede ser valorado como herramienta de elección frente a los existentes que son de otros países.

Por otro lado, el instrumento favorece un balance costo - beneficio sobre la rapidez de su aplicación y calificación, la objetividad de los resultados, el respaldo científico de su construcción, y las consecuencias de su uso.

1.10 Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones del estudio se puede considerar, en primer lugar las pocas investigaciones en nuestro medio acerca del autismo y especialmente en la elaboración de instrumentos de evaluación, lo cual dificultó la comparación de los resultados. En segundo lugar, el tamaño de la muestra es pequeño y también con la ubicación general y específica de los estudiantes muestreados, ya que todos viven en Lima podría limitar la extensión de los resultados y la aplicación de la escala en otros departamentos.

Y finalmente, las dificultades que se pueden presentar en el transcurso de la aplicación de la escala, se da en la medida que los padres a los cuales se le aplicará la escala o a los profesores, sobre la conducta del estudiante evaluado, puedan entender los ítems de manera subjetiva, por lo tanto es conveniente que la escala sea aplicado por un profesional que maneje el tema y pueda explicar de manera objetiva cada ítem.

1.11 Definiciones conceptuales

- **Construcción y validación:** es un procedimiento por el cual se evalúa el grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir. Cuando se va a comprobar la validez de un instrumento, tiene que ver con la comprobación o confirmación del significado de lo que medimos y también su utilidad.
- **Escala de detección:** es un instrumento que permite identificar conductas y determinar el nivel en que estas se presentan. En este tipo de instrumento, se mide una sola variable, por lo que las respuestas a los diferentes ítems pueden sumarse en una puntuación total.
- **Conductas autistas:** son aquellas conductas que perturban severamente el proceso de construcción de la experiencia y el desarrollo psicológico de los individuos, que se manifiesta a través de las dificultades en la interacción social y la comunicación, intereses o patrones de comportamiento restringidos y la disfunción sensorial integrativa, estas características se han ido incorporando a las conductas autistas desde el primer estudio de Kanner.

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1 Tipo y diseño metodológico

El método de investigación que se utilizó, como lo indica Montero y León (2007) fue de tipo instrumental, donde los estudios están encausados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño o adaptación como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos.

2.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 151 estudiantes que acuden a su Centro Educativo Básico Especial (CEBE), quienes presentan diagnóstico de autismo según su historia clínica e informe psicológico, los cuales se distribuyen en: 35 del CEBE “Ricardo Bentin”; 37 del CEBE “Divina Misericordia”; 30 del CEBE “San Martín de Porres”; 33 del CEBE “Los Viñedos” y 16 del “Programa Growing Happy”. Asimismo, los participantes son de ambos sexos, 23 mujeres (15.2%) y 128 varones (84.8%) cuyo rango de edades fluctuaron entre los 4 y 12 años. En relación al grado de instrucción se encontró conformado por Inicial de 3 años, doce estudiantes (7.9%); Inicial de 4 años, quince estudiantes (9.9%), Inicial de 5 años, veintisiete estudiantes (17.9%); 1er. grado, veinte estudiantes (13.2%); 2do. grado, diecisiete estudiantes (11.3%); 3er grado, dieciséis estudiantes (10.6%); 4to grado, diecinueve estudiantes (12.6%); 5to. grado, quince estudiantes (9.9%) y por último del 6to. grado diez estudiantes (6.6%). Finalmente, se utilizó el muestreo intencional dado que se excluyó a

los estudiantes con otro tipo de problemas (Hernández, Fernández y Batista; 2010).

2.2.1 Criterios de selección de la muestra

Los estudiantes que fueron incluidos en la muestra debieron cumplir con algunos criterios de inclusión y de exclusión, así se tiene:

a) Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Estudiantes matriculados formalmente en los CEBE.s y programas de educación especial, desde Inicial de 3 años hasta el 6to grado.
- ✓ Estudiantes matriculados formalmente en los CEBE.s y programas de educación especial, cuyo rango de edades fluctúen entre los 4 y 12 años.
- ✓ Estudiantes que presentan diagnóstico de autismo, según su informe psicológico de un centro de salud.
- ✓ Estudiantes que acudieron con sus padres a la aplicación de la escala, previo consentimiento a participar en el estudio.

b) Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Estudiantes identificados con Síndrome de Asperger.
- ✓ Estudiantes autistas cuyas edades sean menores a 3 años y mayores a 12 años.

2.3 Instrumentos aplicados:

a) Ficha Sociodemográfica.

La ficha sociodemográfica es un instrumento que permite obtener datos muy significativos para efectos de la investigación en mención: Nombre, edad, sexo, Institución educativa, distrito, grado, diagnóstico del estudiante. Datos de los

padres, edad grado de instrucción ocupación, tipo de familia y finalmente día y hora de la evaluación.

b) Escala de Detección de Conductas Autistas.

Se trata de una escala de evaluación de conductas autistas. Consta de 12 ítems relacionados con los indicadores conductuales compatibles con el trastorno en mención, que toma como referencia a las conductas autistas típicas como: La dificultades en la interacción social y en la comunicación, actividades e intereses a patrones restringidos del comportamiento, conductas estereotipadas y la disfunción sensorial integrativa.

El fundamento teórico de esta escala parte del enfoque y la concepción de Leo Kanner, una concepción clásica e original, pero que actualmente sirve de base para comprender a las conductas autistas

El propósito de la escala es evaluar e identificar conductas autistas, en estudiantes de 4 a 12 años. Asimismo consta de 12 reactivos, organizados en una escala tipo Lickert, que explora conductas observadas en los niños con autismo.

La escala presenta normas percentilares que clasifica el nivel de presencia de conductas autistas: Nivel leve, Moderada y Alto.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el Alfa de Cronbach (0.763), correlación ítem – test donde las correlaciones fueron mayores a 0.30 y la validez de contenido, donde se observa que todos los ítems alcanzan el valor necesario (V de Aiken > 0.80) donde se tomó en cuenta la relevancia y claridad. Asimismo, para la validez de constructo se realizó la correlación con la

Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (CARS) encontrando una relación altamente significativa ($p < 0.000$).

c) Escala de Valoración del Autismo Infantil (C.A.R.S.)

Se trata de una escala de apreciación conductual destinada al diagnóstico y a la planificación del tratamiento de personas con autismo. Consta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc. El fundamento teórico de esta escala parte de los criterios diagnósticos de Kanner (1943), Creak (1961) y Rutter (1978). El propósito de la escala es identificar a las personas autistas y diferenciarlas de aquellas otras que padeciendo un retraso en el desarrollo no manifiesta tales síntomas autistas, se puede aplicar a cualquier niño mayor de 24 meses de edad. Fue diseñada antes de la publicación del DSM–IV y por ello no contiene criterios para diferenciar entre los distintos grupos de problemas del desarrollo (Klinger, 2000). Asimismo, consta de 15 reactivos, organizados en una escala tipo lickert de cuatro puntos, que exploran conductas comúnmente observadas en los niños autistas. El puntaje total permite distinguir entre el autismo grave, moderado, leve y no–autista. Su aplicación requiere un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos. CARS tiene una confiabilidad prueba– re prueba de 0.88 y una consistencia interna de 0.94; la confiabilidad inter evaluador fue de 0.88 aunque en evaluaciones independientes se encontraron cifras más bajas que 0.71 (Garfin, 1988). Esta escala de observación está ampliamente reconocida y se usa como un instrumento confiable para el diagnóstico y evaluación de la gravedad del autismo. El inconveniente que tiene, es que diagnostica con autismo a niños de

dos años de edad que presentan retraso mental; no obstante este problema disminuye en la medida en que la edad de los niños es mayor (Lord, 1995). Se considera apropiada para usar con niños de más de 24 meses de edad, La información disponible sugiere que el CARS tiene una alta sensibilidad en la identificación de niños y adultos diagnosticados con Autismo (Chebowski et al., 2010; Sevin et al.,1991; Eaves y Milner, 1993).

Lord (1995) encontró que el CARS tiende a sobre identificar el autismo en niños de 2 años con déficit cognitivos. A los tres años, el CARS es un mejor predictor del diagnóstico, sobre todo cuando el punto de corte se eleva de 30 a 32. A pesar de estos inconvenientes es la escala más usada en el diagnóstico del autismo.

2.4 Procedimiento:

El plan para la construcción de la escala y recolección de datos se llevó cabo de la siguiente manera:

En primer lugar se identificaron los Centros educativos básicos especiales y los programas para la aplicación de la investigación. Se realizaron las coordinaciones previas con los directores de cada institución y finalmente se les explico los objetivos de la investigación.

En segundo lugar a través de el arbitraje de expertos La escala de detección de conductas autistas fueron revisados por 14 expertos psicólogos especialistas en el área clínica educativa y con más de 5 años de experiencia trabajando con personas con autismo. Se evaluaron los componentes de relevancia y claridad.

Las observaciones fueron favorables, los expertos realizaron sugerencias para mejorar la redacción y el contenido de algunos ítems, a fin de perfeccionar la calidad de las preguntas. A continuación se verán algunas propuestas:

En el ítem número 9, inicialmente decía: “Preocupación excesiva por algún aspecto determinado ,ejemplo interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuritas, etc” La sugerencia fue: La palabra preocupación puede ser reemplazada por otra, puede; ser interés u obsesión. No emplear diminutivos como “figuritas”

El ítem corregido quedo: “Muestra interés por una actividad determinada, por ejemplo interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuras, etc.”

En el ítem número 5, inicialmente decía.: “Presentan respuestas raras, frente a estímulos sensoriales, por ejemplo pueden parecer sordos, o frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa las orejas, pueden tener un umbral alto para el dolor, se pellizcan y autoagreden y no siente dolor, percibe los sabores rápidamente, cuando se pasan de sal rechaza la comida, etc. La sugerencia fue: Definir si la pregunta va en singular o plural. La palabra “rara” es muy común

El ítem corregido quedo : “Presenta respuesta “extraña”, frente a estímulos sensoriales, por ejemplo frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa las orejas, se autoagrede y no siente dolor, percibe los sabores rápidamente, cuando se pasan de sal rechaza la comida,” etc.

En el ítem número 3, inicialmente decía: “Trata a otras personas como si fueran objetos o parte de un mobiliario, son muy fríos no aprecia las emociones de los demás”. La sugerencia fue.- ¿Cómo podría tratar a otras personas como objetos?

El ítem corregido quedo: “Trata a las personas con indiferencia, se muestra distante y no aprecia las emociones de las personas que lo rodean”.

En el ítem número 1, inicialmente decía: “Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades en solitario, por ejemplo no participa en juegos de grupo”. La sugerencia fue, en vez de solitario “Solo”.

El ítem corregido quedo “Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades sólo, por ejemplo no participa en juegos de grupo, reuniones familiares, etc

Finalmente aplicando la formula y teniendo en cuenta el nivel de validez no se anulo ningún ítem quedando en 14 ítems.

En tercer lugar se realizó la aplicación del instrumento a un grupo piloto compuesto por 5 padres de familia de cada institución elegida, (25 padres) con el fin de mejorar la inteligibilidad del instrumento, la detección de términos ambiguos o de difícil comprensión.

En cuarto lugar se procedió a la aplicación del instrumento. Luego de obtener la autorización por parte del director, se seleccionaron a aquellos estudiantes que cumplieran los requisitos de edad, y que fueron diagnosticados con autismo por un centro de salud. Posteriormente se contactaron a los padres antes de la aplicación de la Escala, con la finalidad de solicitarles el consentimiento informado y proceder a la aplicación del

instrumento. La aplicación de la escala se realizó en las fechas pactadas y tuvo lugar en los respectivos centros de estudio. La administración de la escala fue de manera individual tuvo una duración de 10 minutos aproximadamente, se les explica a los padres de familia los objetivos de la escala luego se dio la consigna y se procedió a la aplicación.

Como quinto paso Luego de recabar los datos, se codificaron las pruebas y se alimentó la base de datos. Esta información recopilada fue sistematizada y procesada permitiendo el análisis posterior de los datos. Como la evaluación de las características psicométricas de la escala aplicada (validez de contenido, confiabilidad y análisis factorial).

2.5 Análisis de los Datos:

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS), en su versión 22 en español y el programa Excel del paquete de office.

El análisis de la confiabilidad se realizó mediante el Alfa de Cronbach y la correlación ítem – test. Asimismo, para obtener la validez de contenido se aplicó el V de Aiken con jueces. En el caso de la validez constructo se utilizó la estimación de intervalos de confianza, aplicación del estadístico adecuación muestral como la prueba de esfericidad de Bartlett y el análisis factorial que se ha realizado a través de mínimos cuadrados no ponderado. Finalmente, se realizó la correlación entre los puntajes de la Escala de Detección de Conductas Autistas, con la Escala de valoración del Autismo en la Niñez (CARS), para identificar la validez convergente.

CAPITULO III: RESULTADOS

Los datos referentes a la confiabilidad y validez de la Escala de Detección de Conductas Autistas que se reportan, se estimaron sobre una muestra conformada por 151 estudiantes. Son de ambos sexos, 23 mujeres (15.2%) y 128 Varones (84.8%) cuyo rango de edades fluctuaron entre los 4 y 12 años.

3.1 Validez

3.1.1 Validez de contenido

En la tabla 1 se muestran los resultados de la validación de contenido por criterio de jueces, donde se observa que todos los ítems alcanzan el valor necesario (V de Aiken > 0.80) en el criterio de relevancia, demostrando que todos los ítems son validos y relevantes para ser aplicados a la muestra.

Tabla 1

Validez de contenido por criterio de jueces, criterio de relevancia

JUECES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6
2	6	6	5	6	6	5	5	6	5	4	5	6	6	4
3	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	6
4	5	5	5	5	6	5	6	6	6	6	6	6	4	6
5	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	3	6	3	6
6	4	6	6	6	5	6	6	6	6	5	4	5	6	5
7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
8	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6
9	5	6	5	6	5	6	5	6	6	6	6	6	4	4
10	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	5	6	4
11	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6
12	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	3	5	6	5
13	5	5	5	5	4	5	4	5	6	6	6	6	3	6
14	6	6	6	6	5	6	6	5	5	6	6	5	6	5
PROMEDIO	5,571	5,786	5,357	5,857	5,643	5,714	5,643	5,857	5,857	5,714	5,214	5,643	5,071	5,357
V de Aiken	0,914	0,957	0,871	0,971	0,929	0,943	0,929	0,971	0,971	0,914	0,843	0,929	0,814	0,871
VALIDEZ	MF	MF	F	MF	MF	MF	MF	MF	MF	MF	F	MF	F	F

En la tabla 2 se muestran los resultados de la validación de contenido por criterio de jueces, donde se observa que todos los ítems alcanzan el valor necesario (V de Aiken > 0.80) en el criterio de claridad, demostrando que todos los ítems son válidos y claros para ser aplicados a la muestra.

Tabla 2

Validez de contenido por criterio de jueces, criterio de claridad

JUECES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6
2	6	6	5	6	6	5	5	6	5	5	5	6	4	4
3	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	6
4	4	2	5	4	5	6	5	5	5	5	4	6	5	6
5	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
6	5	4	6	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4
7	5	6	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	4
8	6	4	3	6	3	3	4	6	6	5	5	6	3	5
9	5	6	5	6	5	6	5	6	4	6	4	6	4	6
10	5	6	6	6	6	5	5	5	5	4	6	5	4	5
11	6	6	6	6	6	6	5	4	6	5	6	6	6	6
12	6	6	3	6	3	5	6	6	6	6	6	6	5	5
13	4	5	5	5	6	6	6	5	6	6	6	6	5	6
14	5	6	5	6	5	6	6	6	6	5	6	6	5	6
PROMEDIO	5,286	5,357	4,714	5,643	5,214	5,5	5,429	5,571	5,5	5,357	5,286	5,714	4,929	5,357
V de Aiken	0,857	0,871	0,743	0,929	0,843	0,9	0,886	0,914	0,9	0,871	0,857	0,943	0,861	0,871
VALIDEZ	F	F	F	MF	F	MF	F	MF	MF	F	F	MF	F	F

3.1.2 Validez de constructo

En la tabla 3, se identifica la aplicación del estadístico de adecuación muestral KMO (0.807) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 309.729$, $gl=66$) y con una significancia al $p<0.01$, que indican la pertinencia de la realización de un análisis factorial.

Tabla 3

Adecuación muestral de KMO y prueba de esfericidad de Bartlett

KMO y Prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0.807
Prueba de esfericidad de Bartlett	X ²	309.729
	Gl	66
	P	0.000**

** La correlación es significante al nivel 0,01

En la tabla 4, se observa el análisis factorial que se ha realizado a través del método de mínimos cuadrados no ponderados, donde se indicó que el número fijo de factores sería igual a 1 como lo propone la teoría propuesta, ya que cuando no se determinaba el número de factores, se podían observar hasta 3 donde no se podía identificar a los ítems con carga alta para pertenecer a estos factores. Los pesos factoriales de cada reactivo son similares a la tabla teórica, excepto en 2 de ellos (ítem 13: “Presenta dificultades con la producción del habla, incluyendo, alteración del volumen, la entonación (tipo robot) o mantiene un volumen de voz fuerte y desagradable, o articulación extremadamente precisa”; ítem 14: “Es muy distraído e hiperactivo, se mueve de un lugar a otro, no puede estar quieto”) donde los índices son menores a 0.30. Cabe destacar que un solo factor explica un 30.151% de la varianza total.

Tabla 4

Estructura factorial de las dimensiones de la Escala de detección de conductas autistas

Escala de Detección de Conductas Autistas	1
1.- Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades solo, por ejemplo no participa en juegos de grupo, reuniones familiares, etc.	0,462*
2.- Presenta una insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión, por ejemplo se va al mercado con su mamá y siempre por el mismo camino, regresa del mercado se baña y juega Play Station, etc. si por algún motivo se cambia de actividades el niño se incomoda hasta puede presentar una crisis.	0,471*
3.- Trata a las personas con indiferencia, se muestra distante y no aprecia las emociones de las personas que lo rodean.	0,526*
4.- Presenta movimientos corporales estereotipados, por ejemplo golpear rítmicamente con la mano cualquier superficie, aplaudir sin motivo alguno, aletear las manos, balancear, contorsionar o girar el cuerpo como trompo, etc.	0,378*
5.- Presenta respuesta "extraña", frente a estímulos sensoriales, por ejemplo frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa las orejas, se autoagrede y no siente dolor, percibe los sabores rápidamente, cuando se pasa de sal rechaza la comida, etc.	0,432*
6.- Evidencia dificultades en el contenido del lenguaje, palabras sueltas o su uso repetitivo, por ejemplo ecolalia como la repetición mecánica e inmediata de anuncios de TV, o el niño repite en el salón de clases lo que su hermano le dice en casa.	0,412*
7.- Su comunicación no verbal es notablemente inadecuada, en lo que concierne al contacto visual, la expresión facial, la postura o la gestualidad, por ejemplo no se acerca si le van a dar la mano, se queda inmóvil si lo abrazan, no sonríe, ni mira a la persona.	0,395*
8.- Muestra preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos, por ejemplo fijación por un determinado color, olfatear objetos, examinar la textura de los materiales, etc.	0,587*
9.- Muestra interés por una actividad determinada, por ejemplo, interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuras, etc.	0,481*
10.- Juega de una manera muy diferente, por ejemplo, si le dan soldados para que juegue, lo huele o lo golpea y no juega a la guerra. Si a una niña le dan una olla lo huele, lo golpea y no juega a la comida.	0,386*
11.- Evita participar activamente en fiestas familiares o sociales.	0,597*
12.- Se muestra poco tolerante a la frustración, tendencia a hacer muchos berrinches.	0,492*
13.- Presenta dificultades con la producción del habla, incluyendo, alteración del volumen, la entonación (tipo robot) o mantiene un volumen de voz fuerte y desagradable, o articulación extremadamente precisa.	0,201
14.- Busca estar en movimiento, se mueve de un lugar a otro, le encanta estar en los juegos como por ejemplo los columbios, la silla voladora, el saltarín, etc.	0,220

* Los ítems aceptados son mayores a 0.30

En la tabla 5, se observa la validez convergente, donde se realiza la correlación entre los puntajes de la Escala de Detección de Conductas Autistas con la Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (C.A.R.S.), obteniendo un índice altamente significativo ($r=0.526$; $p<0.01$), lo que confirma la validez del instrumento desarrollado para evaluar conductas autistas.

Tabla 5

Validez convergente entre la Escala de Detección de Conductas Autistas y la Escala de valoración del autismo en la niñez C.A.R.S.

	Escala de valoración del autismo en la niñez C.A.R.S.	
	r	p
Escala de Detección de Conductas Autistas	0.526	0.00**

** $p<0.05$

3.2. Confiabilidad

En la Tabla 6 se presenta la estimación de la confiabilidad como consistencia interna mediante los índices del Alfa de Cronbach para la Escala de Detección de Conductas Autistas, donde se presenta el valor del coeficientes Alfa de 0.763. Este índice confirma la confiabilidad de la escala como aceptable, ya que supera el 0.70, que generalmente es aceptado como adecuado para los instrumentos psicológicos.

Tabla 6

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach

Total	Nº de Items	Alfa de Cronbach
Escala de Detección de Conductas Autistas	12	0.763

En la tabla 7, se observa las relaciones ítem – total del test donde se identifica que se ubican dentro del rango de 0.320 hasta 0.528, los que son aceptados debido a que son mayores a 0.30. Asimismo, se observa los índices del Alfa de Cronbach que se obtendrían si se eliminan los ítems enunciados.

Tabla 7

Correlaciones Ítem – Total y Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Ítem	Ítem – total	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	0.404*	0.750
2	0.410*	0.746
3	0.469*	0.739
4	0.320*	0.756
5	0.360*	0.752
6	0.357*	0.757
7	0.337*	0.755
8	0.522*	0.732
9	0.400*	0.747
10	0.321*	0.757
11	0.528*	0.731
12	0.434*	0.744

* Ítem – Total (Aceptado los ítems mayores a 0.30)

3.3 Normas Percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas

En la tabla 8, se presenta las normas percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas. Se tomó en cuenta los ítems desde el 1 hasta el 12, debido a que se eliminaron 2 ítems en el proceso de validez. Se consideran como puntos de corte el percentil 25 y 75, obteniendo tres categorías.

Tabla 8

Normas percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas

Percentiles	Puntajes	Nivel de presencia de conductas autistas
5	32	Nivel Leve
15	35	Nivel Leve
25	38	Nivel Moderada
35	40	Nivel Moderada
45	42	Nivel Moderada
55	43	Nivel Moderada
65	45	Nivel Moderada
75	47	Nivel alto
85	49	Nivel alto
95	53	Nivel alto

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue construir y establecer la validez y confiabilidad de la Escala de Detección de Conductas Autistas. A su vez, se propuso elaborar las normas percentilares para la categorización en la respectiva escala. Primero, se presenta la interpretación de los resultados para luego analizar la relación entre los constructos principales. Finalmente, se señalan las conclusiones y sugerencias.

Luego de revisar los resultados, se concluye que la Escala de Detección de Conductas Autistas, posee validez de contenido y de constructo, demostrando índices de confiabilidad aceptables (0.763), para lo cual se utilizó el Alfa de Cronbach, por lo tanto podría ser aplicado en los estudiantes de la educación básica regular, con la finalidad de detectar a los alumnos que presentan conductas autistas (población oculta), respondiendo a la Ley Nro. 30150, Ley de Protección de las Personas con TEA, a través del cual se establece un régimen legal que fomente la detección y diagnóstico precoz, la intervención temprana protección de la salud, la educación integral, la capacitación profesional y la inserción laboral y social de las personas con TEA.

A su vez, en los antecedentes se ha podido comprobar que en el Perú existen pocas investigaciones sobre el autismo, y menos aun en cuanto a la elaboración de instrumentos de evaluación. Diversos investigadores extranjeros

han desarrollado instrumentos para evaluar a las personas con TEA, por un lado podemos mencionar a Villalba (2013), quien realizó una investigación en Bogotá, Colombia, que le permitió validar las puntuaciones del Q-CHAT para detectar el trastorno autista en la primera infancia, con una estructura de 16 ítems presenta un Alfa de Cronbach de 0.874. Asimismo, podríamos mencionar a Esquer & Belmont (2013), realizaron un estudio con el objetivo de adaptar la Escala para Detección de Autismo en preescolares para ser aplicada a niños de dos a tres años de edad que cursen educación inicial, esta investigación se realizó en México. Ya que los reactivos de la edad contienen tres opciones de respuesta, se consideró que el Alfa de Cronbach es la prueba correcta para establecer la confiabilidad. El instrumento obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 91. Y finalmente, Silva (2012), en Merida de Yucatan realizó una investigación relacionado con el “Desarrollo de un instrumento para evaluar la conducta adaptativa en adolescentes con autismo” para lo cual se empleo el método de Arbitraje de expertos. El instrumento estuvo conformado por 40 ítems , estos ítems fueron revisados por un grupo de expertos conformado por un especialista en psiquiatría infantil con más de 10 años de experiencia trabajando con personas con autismo y sus familiares. Un especialista en neurociencias con formación en neurología pediátrica y un psicólogo educativo que administra un centro de atención para niños y adolescentes con autismo. En consecuencia, la mayoría de los investigadores coinciden en que para el análisis de los datos se utilicen tablas de distribución de frecuencia y porcentaje, coeficientes Alfa de Cronbach , además el método de criterio de jueces, entre otras. En la presente investigación para el análisis de los datos

se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS), en su versión 22 en español y el programa Excel del paquete de office. El análisis de la confiabilidad se realizó mediante el Alfa de Cronbach y la correlación ítem – test. Asimismo, para obtener la validez de contenido se aplicó el V de Aiken por Método de Jueces , se puede afirmar que tomando como referencia las investigaciones antes mencionadas permite dar al instrumento elaborado la validez de contenido y constructo, demostrando índices de confiabilidad aceptables.

En cuanto, a la incidencia del autismo, se pudo observar que la muestra conformada por 151 estudiantes diagnosticados con autismo de ambos sexos, 23 mujeres (15.2%) y 128 varones (84.8%), el cual equivale aproximadamente a cinco veces más frecuente en varones que en mujeres, datos que se aproximan a las incidencias encontradas por los siguientes autores en sus respectivas investigaciones; Gentil, A. (abril,2016) el cual refería que la incidencia es cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres. En otra investigación realizada por García -Villamizar & Muela (2000), la incidencia es tres veces más frecuente en varones que en mujeres. Por lo tanto, podríamos afirmar que el promedio de la incidencia del autismo tomando como referencia los datos antes mencionados, quedaría en cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres.

De acuerdo a los análisis realizados, se puede señalar que la Escala de Detección de Conductas Autistas, posee validez de contenido y de constructo, para medir los efectos en grupos poblacionales con autismo , dado que se observan resultados concordantes con lo teóricamente estudiado por Leo

Kanner, una concepción clásica y original, pero que actualmente sirve de base para comprender a las conductas autistas.

Los aportes de Kanner para definir y entender las conductas autistas han sido desde sus inicios muy importantes, y en la actualidad se mantienen muchos de los aportes teóricos planteadas por el autor en mención, de tal manera que en la presente escala se han considerado las principales características del autismo, para que en función a ella se elaboren los ítems, como se detallará a continuación :

- Las deficiencias en la comunicación, que incluye un retraso o falta del lenguaje hablado, la dificultad en la capacidad para iniciar o mantener una conversación fluida, desde un lenguaje idiosincrático hasta un lenguaje ecolalico, y la deficiencia en la comunicación no verbal. En la tabla 4 en el análisis factorial de las dimensiones de la Escala de Detección de Conductas Autistas, tenemos los ítems: Nro. 6. Evidencia dificultades en el contenido del lenguaje, palabras sueltas o su uso repetitivo, por ejemplo ecolalia como la repetición mecánica e inmediata de anuncios de TV, o el niño repite en el salón de clases lo que el hermano le dice en casa. Evidencia un peso factorial de (0,412); y en el ítem Nro. 7. Su comunicación no verbal es notablemente inadecuado, en lo que concierne al contacto visual, la expresión facial, la postura o la gestualidad, por ejemplo no se acerca si le van a dar la mano, se queda inmóvil si lo abrazan, no sonrío, ni mira a la persona. Con un peso factorial de (0,395).

- Las alteraciones cualitativas en la interacción social la falta de reciprocidad social o emocional, tenemos los ítems: Nro. 1. Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades sólo, por ejemplo no participa en juegos de grupo, reuniones familiares, etc. Evidencia un peso factorial de (0,462); el ítem Nro.3. Trata a las personas con indiferencia, se muestra distante y no aprecia las emociones de las personas que lo rodean. Con un peso factorial de (0,526); y el ítem Nro.11. Evita participar activamente en fiestas familiares o sociales. Con un peso factorial de (0,597).
- La manifestación de patrones restrictivos y repetitivos de intereses o conductas, con frecuencia consideradas una preocupación excesiva por un tema de interés que no es funcional para nosotros, pero que para el autista probablemente tenga una explicación, uso inflexible a rutinas o rituales, y una preocupación obsesiva por alguna parte de los objetos. Tenemos los ítems. Nro. 2. Presenta una insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión, por ejemplo se levanta, se cambia va al mercado con su mamá y siempre por el mismo camino, regresa del mercado se baña y juega Play Station, etc. si por algún motivo se cambia de actividades, el niño se incomoda hasta puede presentar una crisis. Evidenciando un peso factorial de (0,471); el ítem Nro. 8. Muestra preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos, por ejemplo, fijación por un determinado color, olfatear objetos, examinar la textura de los materiales, etc. Con un peso factorial de (0,587); y el ítem Nro. 9. Muestra interés por una actividad determinada, por ejemplo

interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuritas, etc. Con un peso factorial de (0,481).

- Movimientos motores estereotipados o repetitivos ítem Nro. 4. Presenta movimientos corporales estereotipados, por ejemplo golpear rítmicamente con la mano cualquier superficie, aplaudir sin motivo alguno, aletear las manos, balancear, contorsionar o girar el cuerpo como trompo, etc. Evidencia un peso factorial de (0,378).
- Y por último, se puede agregar en estas características la Hiper - o Hipoactividad a los estímulos sensoriales o intereses inhabituales por aspectos sensoriales del entorno. Característica que no fue planteada por Kanner, pero que producto de mi experiencia de evaluar a estudiantes con autismo, pude identificar. Ítem Nro. 5. Presenta respuestas “raras”, frente a estímulos sensoriales , por ejemplo frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa las orejas, se autoagrede y no siente dolor, percibe los sabores rápidamente, cuando se pasan de sal rechaza la comida. Con un peso factorial de (0,432).

En conclusión, las características de las conductas autistas estudiadas por Kanner, y la experiencia de evaluar y tener una amplia casuística de niños autistas, se reflejan en los ítems de la Escala de Detección de Conductas Autistas, estos índices son mayores a 0.30, contribuyendo de esta manera a la validez de constructo.

Para poder determinar la validez de contenido del instrumento, se presentaron los 14 ítems a 14 expertos psicólogos especialistas en el trabajo con personas con autismo, con más de cinco años de experiencia, quienes trabajan

en CEBEs, y en las Instituciones educativas particulares de educación especial. Los resultados muestran que existe la validez de contenido por el Método de Jueces, debido a que se observa que los 14 ítems alcanzan un valor superior al necesario (V de Aiken > 0.80) en el criterio de relevancia que confirma la relación de los ítems con el constructo el cual ayuda a definirlo ; y de claridad ya que los ítems son entendibles, claros y comprensibles, demostrando que todos los ítems son validos y relevantes para ser aplicados a futuros estudiantes de ambos sexos, el instrumento refleja un dominio específico del contenido a fin de realizar la detección oportuna de la población oculta con autismo. Este resultado indica que la validación a través del juicio de expertos, es un método útil para verificar la valides de una investigación, cabe recordar que esta se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados, y que pueden dar información, evidencian, juicios y valoraciones. (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Partiendo de la anterior descripción, es importante aclarar que la evaluación del autismo es muy complicada, esto en parte porque no existen marcadores biológicos del autismo, en consecuencia, seguirán siendo importantes la opinión y el juicio que emitan los expertos para determinar la validez de contenido de todo instrumento que evalué el autismo. Esta apreciación guarda relación con la investigación titulada ,“Desarrollo de un instrumento para evaluar la conducta adaptativa en adolescentes con Autismo”, realizada por Silva (2012) , quien dentro de la metodología para la elaboración de su escala utilizo el método de Arbitraje de Expertos. Las observaciones fueron favorables,

el criterio de adecuación de un ítem consistió en que dos de los tres expertos coincidieran en la pertinencia del mismo a una dimensión determinada; con este criterio fueron suprimidos los ítems, sabe leer y sabe escribir que pertenecían al área independencia.

El análisis factorial que se ha realizado a través del método de mínimos cuadrados no ponderados, donde se indicó que el número fijo de factores sería igual a uno, como lo propone la teoría propuesta, debido a que el término autismo comparten las alteraciones básicas en; alteraciones cualitativas en la interacción social, a menudo se manifiestan como deterioro marcado en la mirada o en gestos comunicativos, expresiones faciales inadecuados o limitadas, incapacidad para desarrollar relaciones con sus pares, y la falta de reciprocidad social o emocional. Deficiencias de comunicación a menudo incluyen un retraso o falta de lenguaje hablado, el deterioro en la capacidad de iniciar o mantener una conversación, y el uso estereotipado o repetitivo del lenguaje. Las manifestaciones de los patrones restrictivos y repetitivos de intereses o conductas con frecuencia incluyen una preocupación absorbente por un tema de interés que es anormal en intensidad, una adhesión inflexible a rutinas o rituales, pero estas características conductuales se muestran de forma diferente en cada persona con autismo, por ejemplo en el área de comunicación mientras que algunos se comunican con los demás a través de un lenguaje ecolálico, otros presentan un mutismo total. En consecuencia, cuando no se determinaba el número de factores, se podían observar hasta 3 donde no se podía identificar a los ítems con carga alta para pertenecer a estos factores. Los pesos factoriales de cada reactivo son similares a

la tabla teórica, excepto en 2 de ellos (ítem 13: “Presenta dificultades con la producción del habla, incluyendo, alteración del volumen, la entonación tipo robot o mantiene un volumen de voz fuerte y desagradable, o articulación extremadamente precisa”; ítem 14 “Es muy distraído e hiperactivo, se mueve de un lugar a otro, no puede estar quieto”) donde los índices son menores a 0.30.

Y en consecuencia, estos dos ítems fueron eliminados, quedando la escala con 12 ítems respectivamente. Cabe destacar, que un solo factor explica un 30.151% de la varianza total.

Se presenta la validez convergente donde se realiza la correlación entre los puntajes de la Escala de Detección de Conductas Autistas, con la Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (C.A.R.S.), obteniendo un índice altamente significativo ($r=0.526$; $p<0.01$), lo que confirma la validez del instrumento desarrollado para detectar las conductas autistas. Este resultado es muy significativo, ya que el CARS es una escala de apreciación conductual a fin de identificar a las personas autistas y diferenciarlas de aquellas otras que padeciendo un retraso en el desarrollo no mantienen tales síntomas autistas. Fue construida hace más de 15 años (Reichler & Schopler, 1971) con el fin de capacitar a los clínicos para que tuvieran un diagnóstico más objetivo del autismo mediante un cuestionario más útil. La escala de los 15 ítems incorpora (a) los rasgos primarios de autismo de Kanner, (b) otras características anotadas por Creak, que se encuentran en muchos, pero no en todos, los niños que se pueden considerar autistas, y (c) escalas adicionales útiles en el tratamiento de la sintomatología característica de los niños más pequeños. Esta escala de observación está ampliamente reconocida y se usa como un instrumento confiable

para el diagnóstico y evaluación de la gravedad del autismo. En tal sentido, la Escala de Detección de Conductas Autistas tiene el mismo objetivo.

De acuerdo a los resultados se presenta la estimación de la confiabilidad como consistencia interna mediante los índices del Alfa de Cronbach para la Escala de Detección de Conductas Autistas, donde se presenta el valor del coeficientes Alfa de 0.763. Este índice confirma la confiabilidad de la escala como aceptable, ya que supera el 0.70, que generalmente es aceptado como adecuado para los instrumentos psicológicos que evalúan conductas típicas del autismo mencionadas por Kanner. Cabe mencionar a Lovas (1966, como se cita en Soto Calderón, 2001) realizó otras evaluaciones conductuales, aplicadas a niños con autismo, incluidos en programas de tratamiento conductual. Todas estas evaluaciones suministraron medidas sobre la existencia o ausencia de conductas como, las conductas estereotipadas, la conducta social el juego atípico y la comunicación, presentes en la conducta autista.

Y finalmente, se presenta las normas percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas. Se tomó en cuenta los ítems desde el 1 hasta el 12, debido a que se eliminaron dos ítems en el proceso de validez. Se consideran como puntos de corte el percentil 25 y 75, obteniendo la categoría del nivel de presencia de conductas autistas en tres niveles: Nivel de presencia leve, moderado o alto.

Los estudios de investigación requieren instrumentos válidos y confiables, los datos obtenidos de tales instrumentos son objetivos y describen con precisión la conducta que se estudia. Ya que la escala de detección mide conductas sobre la base de las frecuencia con la que estos ocurren,

proporciona datos útiles para cuantificar la frecuencia y gravedad de las conductas. El formato de la Escala de Evaluación de Conductas Autistas, permite una medición precisa por parte de los maestros y padres, dentro y fuera de la escuela. Puesto que la escala en mención, posee validez y confiabilidad fuertes, es un instrumento prometedor para los investigadores.

Uno de los propósitos de la detección es identificar a las personas que tienen un trastorno específico. Según De Myer, Hingten y Jackson (1981), un sistema de diagnóstico útil debe cumplir dos requisitos: (a) diferentes examinadores que usan el sistema deben hacer el mismo diagnóstico, y (b) el sistema debe diferenciar entre condiciones separadas pero relacionadas. Si se usa un instrumento de evaluación, éste debe proporcionar datos en forma de puntajes objetivos para determinar que personas pueden tener conductas autistas y cuáles no. La Escala de Detección de Conductas Autistas, produce puntajes confiables y válidos, con este propósito diferentes profesionales pueden usarla para acumular datos que permitan identificar conductas autistas. Los resultados de la escala, junto con otros resultados de evaluaciones, observaciones conductuales, elaboración de la historia del caso y entrevistas a los padres, brindan información valiosa para el futuro diagnóstico del autismo.

Es importante precisar que los puntajes de una prueba o escala, por sí solos no diagnostican nada; simplemente proporcionan información acerca de algunas características que se consideran importantes para clasificar algo. Por lo tanto, los resultados de la Escala de Detección de Conductas Autistas nunca deben ser la única fuente de información que se use para diagnosticar autismo,

esa no es la intención de esta escala. La escala ofrece cierta información acerca de las conductas y características de las personas con autismo y proporciona normas para comparar los puntajes de un sujeto con los de una muestra de personas con este trastorno. Las pruebas, como las observaciones, entrevistas o hasta una simple revisión de los registros, producen información valiosa que contribuye a un diagnóstico. Al final, un profesional competente, con todos los insumos antes mencionados, deben decidir si un individuo tiene autismo o no.

CONCLUSIONES

Se logró construir y establecer la validez de contenido de la Escala de Detección de Conductas Autistas, en la cual todos los ítems alcanzan el valor necesario ($V. \text{ de Aiken} > 0.80$) en el criterio de relevancia demostrando que todos los ítems son válidos y relevantes y en el criterio de claridad, demostrando que todos los ítems son válidos y claros.

A la vez también se alcanzó construir y establecer la validez de constructo ya que se identifica la aplicación del estadístico de adecuación muestral KMO (0.807) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X = 309.729, gl=66$) y con una significancia al (0:00) indican la pertinencia de la realización de un análisis factorial.

Se consiguió la validez convergente, donde se realiza la correlación entre los puntajes de la Escala de Detección de Conductas Autistas, con la Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (CARS), obteniendo un índice altamente

significativo ($r=0.526$; $p < 0.01$), lo que confirma la validez del instrumento desarrollado para evaluar la presencia de conductas autistas.

Se obtuvo la estimación de la confiabilidad como consistencia interna mediante los índices de Alfa de Cronbach para la Escala de Detección de Conductas Autistas, donde se presenta el valor del coeficiente Alfa de 0.763. Este índice confirma la confiabilidad de la escala como aceptable, ya que supera el 0.70, que generalmente es aceptado como adecuado para los instrumentos psicológicos.

Se logró elaborar las normas percentilares para la Escala de Detección de Conductas Autistas. Se tomó en cuenta los ítems desde el 1 hasta el 12, debido a que se eliminaron 2 ítems en el proceso de validez. Se considera como puntos de corte el percentil 25 y 75, obteniendo tres niveles: nivel leve de la presencia de conductas autistas, nivel moderado de la presencia de conductas autistas y nivel alto de la presencia de conductas autistas.

Finalmente, los resultados que se obtengan de la aplicación de la Escala de Detección de Conductas Autistas, servirá para establecer las necesidades de la persona con autismo y valorar una evaluación más profunda.

SUGERENCIAS

Se sugiere trabajar con muestras más grandes a fin de que los resultados reflejen poblaciones clínicas más amplias, con lo cual la información puede generalizarse.

La información que brinda el presente estudio servirá, además de detectar conductas autistas, diseñar programas de prevención, intervención

terapéutica que favorezcan el aprendizaje y estrategias que ayuden a la resolución de problemas conductuales de las personas con autismo.

REFERENCIAS

- Arrebillaga, M. (2015). *Neuropsicología Clínica Infantil: Intervenciones terapéuticas en TGD, autismo, Asperger, Síndrome de Rett*. Cordova: Editorial Brujas.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)* Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association.(2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Autor.
- Barmaimon, E. (1985). *Tratado de Neuroanatomía Funcional Tomo III*.
Lima: Editorial Universitaria San Martín de Porres
- Bauman M. L Y y Kemper, T (1994): "Neurobiology of Autism". Johns Hopkins University, Press
- Baron-Cohen, S. (2012). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.
- Benites, M. (2003). *Atención a la Diversidad. Guía psicoeducativa para padres y familiares de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.

- Bogdashina, O. (2007). *Percepción Sensorial en el Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Autismo Avila
- Casanova, M. (2 de Mayo de 2013) *La Definición del Autismo. Cortical Chauvinism*. Recuperado de <https://corticalchauvinism.com/2013/05/02/la-definicion-del-autismo/> [Consulta: 21de Abril de 2017]
- Castro, M. (2008).*Elaboración y validación de un cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad (Tesis doctoral, departamento de Ciencias da Saúde, Universidad de la Coruña)*. Recuperado de: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/1241> [Consulta: 12 de mayo de 2017]
- De Clercq, H. (2006). *El Autismo desde Dentro. Una Guía*. Lima: EITA - CEREBRUM.
- Domínguez, R. (2004). *Mejorando la Calidad de Vida de tu hijo Autista o Hiperactivo*. ISBN. (61)
- Esquer, S. & Belmont,S. (2015). Validez de una escala para detectar Autismo en Educación Inicial. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 20 (1), 69 – 74.
- Folstein, S. & Rutter, M (1977) “Infantile autism: A genetic Study of 21 twin pairs”, *F. Child Psychol Psychiatr*,18,pp.297 - 321
- García-López, C., & Narbona, J. (2014). Inventario del espectro autista y childhood autism rating scale: correspondencia con criterios DSM-IV-TR en pacientes con trastornos generalizados del desarrollo. In *Anales de Pediatría* (Vol. 80, No. 2, pp. 71-76). Elsevier Doyma.

- García-Villamizar, & Manuela, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Childhood Autism Rating Scale (CARS) Como instrumento diagnóstico de los adultos Autistas en el ámbito laboral. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 515 – 521.
- Jane, C., Capdevila, R., & Domenech, E. (1993). *Escala de evaluación del autismo: cualidades psicométricas*. Recuperado de <http://www.autisme.com/autisme/documentacio/documents/Escala%20de%20evaluacion%20del%20autismo.pdf>
- López, J. (2003) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 2da.ed. Barcelona: Manson.
- Lorna, W. (1998). *El Autismo en niños y adultos. Una guía para la familia* Barcelona: Espasa Libros.
- Ministerio de Educación (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista - TEA* (1ª. Ed) Lima - Perú.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2014). Reglamento de Ley N°30150. Lima. Obtenido de http://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/resoluciones_ministeriales/Proyecto-deReglamento-de-la-Ley-30150.pdf
- Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y Educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Montero, I., & León, O (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *Institucional Journal of clínica and Health Psychology*, 7 (3), 847 – 862.

- Organización Mundial de la Salud. (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios diagnósticos de Investigación* Madrid.
- Reboredo, Cl. (2015). *Espectro Autista. Derribando mitos, construyendo realidades. Una guía para padres y profesionales. Avellaneda; Triñanes Grafica.*
- Ritvo, A M (1985) "Concordance for the syndrome of autism. In 40 pairs of afflicted twins" *Am J Psychiatr*,142, pp.74-77)
- Russell (1999). *El Autismo como trastorno de la Función Ejecutiva.* Madrid, Editorial Médica. Pensamiento, Colección ciencias cognitivas
- Sánchez, P., Cantón, M & Sevilla D. (1997). *Compendio de Educación Especial.* México. El Manual Moderno.
- Silva,L. (2012). *Desarrollo de un instrumento para evaluar la conducta adaptativa en adolescentes con Autismo.* En la ciudad de Mérida Yucatan (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Yucatan. Mérida - México.
- Soto Calderón, Ronald, *La evaluación de las personas con autismo Revista Educación* [en línea] 2001, 25 () : [Fecha de consulta: 26 de junio de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44002510>> ISSN 0379-7082
- Valdez, D. (2009). *Necesidades Educativas Especiales en Trastornos del Desarrollo.* Buenos Aires. Aique grupo Editor.
- Valdez D, & Ruggieri. (2011). *Autismo: del Diagnóstico al Tratamiento.* Buenos Aires: Paidós.

Villalba,G. (2013). *Validación del Q - CHAT. Para detectar el Trastorno Autista en edades tempranas*. Bogotá. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá - Colombia.

ANEXOS

ANEXO A



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
TURISMO Y PSICOLOGÍA

SECCION DE POSTGRADO

Señor (a) (Srta.)
S.D.

Presente

ASUNTO: Validación, de la “ESCALA DE DETECCIÓN DE CONDUCTAS AUTISTAS”.

Es muy grato comunicarme con Usted para presentarle mi cordial saludo y a la vez para hacer de su conocimiento que siendo egresado de la Escuela de Post Grado de Maestría, requiero validar la “Escala de detección de conductas autistas”. A fin de poder detectar a tiempo a los alumnos con esta condición y brindarles una intervención oportuna.

Y siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados (Psicólogos) para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a Ud. Conociendo de su connotada experiencia en temas sobre autismo e investigación educativa.

Para solicitarle la validación del instrumento en mención cuyo sobre contiene:

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- 1.- Carta de presentación.
- 2.- Constancia de Validación de la Escala
- 3.- Instrumento Escala de Detección de Conductas Autistas.
- 4.- Matriz del instrumento Escala de Detección de Conductas Autistas, con los ítems de evaluación

ANEXO B



USMP
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
TURISMO Y PSICOLOGÍA

SECCION DE POSTGRADO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, -

Identificado con DNI, Nro.: _____

De profesión _____,

CPsP _____ ejerciendo actualmente

como _____

En la sede: _____

Por medio del presente hago constar que he revisado con fines de validación, la “_ESCALA DE DETECCIÓN DE CONDUCTAS AUTISTAS” a los efectos de su aplicación a los padres de familia.

Lima, a los ____ días del mes de _____ del

ANEXO C

ESCALA DE DETECCIÓN DE CONDUCTAS AUTISTAS

De 4 a 12 años

Lic. Carlos Martín, Trillo Díaz.

Apellidos y Nombres del alumno:

.....Edad:.....I.E:.....

Grado y Sección: Turno:

Apellidos y Nombres del Informante:

.....

Fecha de Evaluación:

Instrucciones:

En esta escala se pretende medir los patrones de conducta que presentan usualmente las personas con autismo.

Los ítems han sido formulados utilizando evaluación directa en una escala continua y graduada de la presencia mayor o menor de una conducta particular.

No es un test en ningún sentido tradicional, porque no hay respuesta correcta ni incorrecta a ninguna de las preguntas. Todas las respuestas son validas pues indican la presencia a no de una conducta y su intensidad graduada o frecuencia de ocurrencia aproximada o tentativa.

Nunca (1) : Significa = No, nunca ocurre

Muy poco (2): Significa = Muy poco frecuente.

Poco (3). : Significa = Regularmente frecuente.

Casi siempre (4) :Significa= Una buena cantidad, muy frecuente

Siempre (5): Significa= Prácticamente siempre.

Adicionalmente se puede agregar algún comentario significativo que refiere el informante.

• Items	1 Nunca	2 Muy Poco	3 Poco	4 Casi Siempre	5 Siempre	Comentarios
1.-Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades solo, por ejemplo no participa en juegos de grupo.						
2.- Presenta una insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión. Ejemplo seguir por el mismo camino cuando van al mercado, o al momento de almorzar siempre la misma silla. Evidencia malestar ante cambios de su entorno ejemplo, cambiar la posición de su cama o juguetes.						
3.-Trata a otras personas como si fueran objetos o parte de un mobiliario, son muy fríos no aprecia las emociones de los demás.						
4.-Presenta movimiento corporales estereotipados, por ejemplo golpear rítmicamente con la mano cualquier superficie, aplaudir sin motivo alguno, aletear las manos, balancear, contorsionar o girar el cuerpo como trompo, etc						
5.- Presenta respuesta “extraña”, frente a estímulos sensoriales, por ejemplo frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa las orejas, se autoagrede y no siento dolor, perciben sabores rápidamente, cuando se pasan de sal rechaza la comida, etc						
6.-Dificultades en el contenido del lenguaje, palabras sueltas, o su uso repetitivo (Ejemplo Ecolalia inmediata o repetición mecánica de anuncios de TV.)						

<p>7.-La comunicación no verbal es notablemente inadecuada, en los que concierne al contacto visual, la expresión facial, la postura o la gestualidad, Ejemplo no se acerca si le van dar la mano, se queda inmóvil si lo abrazan, no sonrío, ni mira a la persona.</p>						
<p>8.- Preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos ejemplo, fijación por un determinado color, olfatear objetos, examinar la textura de los materiales, etc.</p>						
<p>9.-Preocupación excesiva por algún aspecto determinado. Ejemplo, interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuritas, etc.</p>						
<p>10.- Ausencia de juego social imitativo, por ejemplo, si a un niño le dan soldaditos para que juegue, el los huele los golpea o tira y no juega a la guerra. Si a una niña le dan una olla lo huele, lo golpea y no juega a la comida.</p>						
<p>11.- Evita participar en fiestas infantiles, ni otro tipo de actividad social. Le incomoda el bullicio, el tumulto de la gente.</p>						
<p>12.- Es poco tolerante a la frustración, tendencia a hacer muchos berrinches.</p>						

<p>13.-Presenta anomalías con la producción del habla, incluyendo , alteración del volumen, el tono, el énfasis, la frecuencia, el ritmo y la entonación, habla con tono monótono, no hace inflexiones de voz al formular preguntas, y mantiene un tono de voz fuerte y desagradable, articulación extremadamente precisa.</p>						
<p>14.- Es muy distraído e hiperactivo, se mueve de un lugar a otro, no puede estar quieto.</p>						
<p>• SUMATORIA TOTAL:</p>						

ANEXO D

VALIDACION DEL INSTRUMENTO **ESCALA DE DETECCIÓN DE CONDUCTAS AUTISTAS**

NOMBRE:.....

**AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL ÁREA CLINICA
EDUCATIVA:**.....

PROFESIÓN:.....**GRADO ACTUAL:** Bach: _ Máster_
Dr_

Usted ha sido elegido como experto (a) para emitir opinión sobre las preguntas de esta nueva escala. Su experiencia será muy valiosa para tener una información experta sobre la calidad de los ítems en este proceso de construcción de la escala, el cual está diseñado para poder detectar las probabilidades de que un estudiante tenga conductas Autistas.

Instrucciones:

A continuación se le propondrán una serie de ítems los cuáles deberá calificar bajo dos aspectos: Claridad y Relevancia. La Claridad designa si el ítem es entendible, claro y comprensible; y la Relevancia se refiere a la relación del ítem con el constructo y si este ayuda a definirla. Usted deberá marcar en un rango del 1 al 6,, qué tan presente considera se encuentran estos aspectos, desde “nada” hasta “muy” .

Ejemplo:

Ítem	Claridad	Relevancia
	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Estos son los ítems a calificar:

1.- Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades en solitario, por ejemplo no participa en juegos de grupo.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

.....
.....
.....

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

2.- Presenta una insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión. Ejemplo seguir por el mismo camino cuando van al mercado, o al momento de almorzar siempre la misma silla. Evidencia malestar ante cambios de su entorno ejemplo, cambiar la posición de su cama o juguetes.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

.....
.....
.....

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

3.- Trata a otras personas como si fueran objetos o parte de un mobiliario, son muy fríos no aprecia las emociones de los demás.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

4.- Presenta movimiento corporales estereotipados, por ejemplo golpear rítmicamente con la mano cualquier superficie, aplaudir sin motivo alguno, aletear las manos, balancear, contorsionar o girar el cuerpo como trompo, etc

Claridad						Relevancia					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

5.- Presentan respuestas raras, frente a estímulos sensoriales por ejemplo pueden parecer sordos, o frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa las orejas, pueden tener un umbral alto para el dolor, se pellizcan o autoagreden y no sienten dolor, perciben los sabores rápidamente, cuando se pasan de sal rechaza la comida, etc

Claridad						Relevancia					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

6.-Dificultades en el contenido del lenguaje, palabras sueltas, o su uso repetitivo (Ejemplo Ecolalia inmediata o repetición mecánica de anuncios de TV.)

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

7.- La comunicación no verbal es notablemente inadecuada, en los que concierne al contacto visual, la expresión facial, la postura o la gestualidad, Ejemplo no se acerca si le van dar la mano, se queda inmóvil si lo abrazan, no sonríe, ni mira a la persona.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

8.- Preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos ejemplo, fijación por un determinado color, olfatear objetos, examinar la textura de los materiales, etc.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

9.- Preocupación excesiva por algún aspecto determinado. Ejemplo, interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuritas, etc.

Claridad						Relevancia					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

10.- Ausencia de juego social imitativo, por ejemplo, si a un niño le dan soldaditos para que juegue, el los huele los golpea o tira y no juega a la guerrita. Si a una niña le dan una olla lo huele, lo golpea y no juega a la comida.

Claridad						Relevancia					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

11.- Evita participar en fiestas infantiles, ni otro tipo de actividad social. Le incomoda el bullicio, el tumulto de la gente.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

12.- Es poco tolerante a la frustración, tendencia a hacer muchos berrinches.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

13.- Presenta anomalías con la producción del habla, incluyendo , alteración del volumen, el tono, el énfasis, la frecuencia, el ritmo y la entonación, habla con tono monótono, no hace inflexiones de voz al formular preguntas, y mantiene un tono de voz fuerte y desagradable, articulación extremadamente precisa.

Claridad	Relevancia
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

14.- Es muy distraído e hiperactivo, se mueve de un lugar a otro, no puede estar quieto.

Claridad						Relevancia					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

OBJECIONES:

SUGERENCIAS:

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PÁRTICIPAR DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por el Licenciado en Psicología Carlos Martin , Trillo Díaz, con el fin de obtener el grado de Máster en Psicología Clínica y de la Familia, por la Universidad de San Martín de Porres. el objetivo general del estudio es Construir y establecer la Validez y Confiabilidad de la Escala de detección de conductas autistas.

Si Ud. Accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una escala de 14 preguntas, cada pregunta en una escala continua del 1 al 5. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usado para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

La información que se obtenga se usará para esta investigación y luego publicados en Tesis y/o artículos científicos.

Desde ya le agradecemos su participación

Nombre del participante:

.....
Firma

.....
Fecha

.....

Nota: Ante cualquier duda puede comunicarse con el investigador en el correo martinpsicopeda@hotmail.com o con el teléfono celular 990710346.

ANEXO F

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS DEL NIÑO (A)

Nombres y apellidos:.....Edad:.....

Sexo: (M) (F)

Dirección:.....Distrito:.....

Institución Educativa:.....Grado:.....

Modalidad:.....

Diagnóstico:.....

DATOS DE LOS PADRES:

Nombres y apellidos del padre:.....

Edad:.....Grado instrucción:.....Ocupación:.....

Nombres y apellidos de la madre:.....Edad.....

Edad:.....Grado de instrucción:.....Ocupación:.....

Estado Civil de los Padres:

Casado () Conviviente () Viudo () Divorciado ()

Tipo de Familia:

Nuclear () Incompleta () Extendida () Mixta ()

Día de Evaluación:..... Hora:.....

ANEXO G

ESCALA DE DETECCION DE CONDUCTAS AUTISTAS

De 4 a 12 años

Lic. Carlos Martín, Trillo Díaz.

Apellidos y Nombres del alumno.....Edad:.....

I.E:..... Grado y Sección:Turno:

Apellidos y Nombres del Informante:

.....

Fecha de Evaluación:

Instrucciones:

En esta escala se pretende medir los patrones de conducta que presentan usualmente las personas con autismo.

Los ítems han sido formulados utilizando evaluación directa en una escala continua y graduada de la presencia mayor o menor de una conducta particular.

No es un test en ningún sentido tradicional, porque no hay respuesta correcta ni incorrecta a ninguna de las preguntas. Todas las respuestas son validas pues indican la presencia a no de una conducta y su intensidad graduada o frecuencia de ocurrencia aproximada o tentativa.

Nunca (1) : Significa = No, nunca ocurre

Muy poco (2): Significa = Muy poco frecuente.

Poco (3). : Significa = Regularmente frecuente.

Casi siempre (4): Significa= Una buena cantidad, muy frecuente

Siempre (5): Significa= Prácticamente siempre.

Adicionalmente en el último cuadro se puede agregar algún comentario significativo que refiere el informante.

• Items	1 Nunca	2 Muy Poco	3 Poco	4 Casi Siempre	5 Siempre	Comentarios
1.-Se aísla del grupo prefiere realizar diversas actividades solo, por ejemplo no participa en juegos de grupo, reuniones familiares, etc.						
2.-Presenta una insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión, por ejemplo se levanta, se cambia va al mercado con su mamá y siempre por el mismo camino, regresa del mercado se baña y juega Play Station, etc. si por algún motivo se cambia de actividades el niño se incomoda hasta puede presentar una crisis.						
3.-Trata a las personas con indiferencia, se muestra distante y no aprecia las emociones de las personas que lo rodean.						
4.-Presenta movimientos corporales estereotipados, por ejemplo golpear rítmicamente con la mano cualquier superficie, aplaudir sin motivo alguno, aletear las manos, balancear, contorsionar o girar el cuerpo como trompo, etc.						

<p>5.- Presenta respuesta “extraña”, frente a estímulos sensoriales, por ejemplo frente a ruidos fuertes como la licuadora, se tapa la oreja, se autoagrede y no siente dolor, percibe los sabores rápidamente, cuando se pasa de sal rechaza la comida, etc.</p>						
<p>6.- Evidencia dificultades en el contenido del lenguaje, palabras sueltas o su uso repetitivo, por ejemplo ecolalia como la repetición mecánica e inmediata de anuncios de TV, o el niño repite en el salón de clases lo que el hermano le dice en casa.</p>						
<p>7.-Su comunicación no verbal es notablemente inadecuada, en lo que concierne al contacto visual, la expresión facial, la postura o la gestualidad, por ejemplo no se acerca si le van dar la mano, se queda inmóvil si lo abrazan, no sonríe, ni mira a la persona.</p>						
<p>8.- Muestra preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos, por ejemplo, fijación por un determinado color, olfatear objetos, examinar la textura de los materiales, etc.</p>						

<p>9.- Muestra interés por una actividad determinada, por ejemplo, interés centrado en alinear objetos, cortar papeles, jugar con agua, abrir y cerrar puertas, coleccionar figuras, etc.</p>						
<p>10.- Juega de una manera muy diferente, por ejemplo, si le dan soldados para que juegue los huele o los golpea y no juega a la guerra. Si a una niña le dan una olla lo huele, lo golpea y no juega a la comida.</p>						
<p>11.- Evita participar activamente en fiestas familiares o sociales.</p>						
<p>12.- Se muestra poco tolerante a la frustración, tendencia a hacer muchos berrinches.</p>						
<p>SUMATORIA TOTAL:</p>						