

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**Máster Universitario Psicología General Sanitaria
2020-2021**

**Evaluación del estado de la población infantil con
diagnóstico TEA durante el período de
confinamiento domiciliario por COVID-19**

**Realizado por Mireia Miró Díez de Ulzurrun
Tutorizado por la Dra. Carolina Palma Sevillano**

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del deporte, Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Enero 2021

Índice

Lista de abreviaturas	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
1. Introducción	7
2. Objetivos	15
2.1. Diseño	15
2.2. Participantes	15
2.3. Instrumentos	17
2.4. Procedimiento	18
2.5. Análisis de datos	19
3. Resultados	19
4. Discusión	26
5. Referencias	30
6. Declaración de Autoría	37
7. Apéndice 1	38
Consentimiento Informado y Cuestionario TEA confinamiento	

Lista de abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
CI	Coficiente Intelectual
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TDAH	Trastorno por déficit de Atención/hiperactividad
ADI-R	Entrevista para el Diagnóstico de Autismo- Revisada
ADOS-2	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
ESDM	<i>Early Start Denver Model</i>
HHSS	Habilidades Sociales
NEE	Necesidades Educativas Especiales
SIEI	Soporte Intensivo a la Escolarización Inclusiva
SAAC	Sistema Aumentativo Alternativo de Comunicación
PECS	Sistemas de comunicación por intercambio de imágenes
OMS	Organización Mundial de la Salud
CDC	<i>Centers of Disease Control and Prevention</i>
IGAIN	Instituto Global de Atención Integral del Neurodesarrollo
CDIAP	Centro de Desarrollo y Atención Precoz
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil

Agradecimientos

Mi agradecimiento al equipo de investigación de IGAIN (Instituto Global de Atención Integral del Neurodesarrollo): a Patricia Romarís y a Míriam Olivella, certificadas en el Modelo Denver (ESDM) y mis guías durante el inicio de este proyecto, a Aina Esmel y a Mariona Duran, quienes me han ayudado a confiar en mi ojo clínico y a seguir mis instintos; sin ellas, este proyecto no hubiera sido posible.

También a la doctora Amaia Hervás por revisar el cuestionario, a la doctora Carolina Palma, mi tutora, por su paciencia y dedicación para supervisar el trabajo y ayudarme a darle forma y a la doctoranda Marta Molins por el soporte estadístico.

Y sobre todo a las familias por dedicar su tiempo para colaborar en el proyecto. Les animo a seguir adelante, con fuerza y perseverancia para que sus hijos tengan un futuro lleno de esperanza.

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), según el DSM-5 es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por déficits de comunicación e interacción social, así como por patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos (APA, 2013). La comorbilidad asociada a trastornos de conducta es frecuente y aunque no sea un síntoma nuclear dentro del trastorno, un 60% de los niños con TEA presentan seis o más problemas de conducta (Hervás & Rueda, 2018). También se debe tener en cuenta que la atención que necesitan los niños con TEA genera estrés a los cuidadores y además, que el bienestar de los progenitores influye directamente en el ajuste psicológico de los hijos (Ede, Anymanwu, Onuigbo, Ifelunni, Okeny, & Awoke, 2020).

Al ser un colectivo que capta la mínima alteración, debido a las restricciones impuestas como consecuencia de la llegada de la COVID-19 en marzo de 2020, su vida cambió por completo y tuvieron que adaptar sus hábitos y rutinas para cumplir con el confinamiento domiciliario. Este hecho supuso un día a día con menor exigencia del entorno ni presiones sociales. Este cambio ha sido un gran desafío para esta población, por lo que el objetivo principal de este estudio ha sido analizar la relación existente entre el bienestar durante el período de confinamiento y el estrés que se produce en el entorno escolar.

En el presente estudio no se ha detectado relación entre ambas variables, y teniendo en cuenta que el nivel de CI del 65,9% de la muestra se encuentra en la media esperada por su edad $CI \geq 85$, se ha comprobado que los niños con un mayor nivel de CI presentan mayor bienestar durante el confinamiento.

Palabras clave: TEA. Estrés. Niveles de bienestar. Confinamiento. COVID-19. Coeficiente Intelectual.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD), according to the DSM-5 is a neurodevelopmental disorder characterized by deficits in communication and social interaction, as well as by restricted and repetitive patterns of behaviour and interests (APA, 2013). The comorbidity associated with behavioral disorders is frequent and although it is not a core symptom within the disorder, 60% of children with ASD present six or more behavioral problems (Hervás & Rueda, 2018). It should also be taken into account that the care needed by children with ASD generates stress to caregivers and, in addition, the welfare of parents directly influences the psychological adjustment of children (Ede, Anymanwu, Onuigbo, Ifelunni, Okeny & Awoke, 2020).

Being a group that captures the slightest alteration, due to the restrictions imposed as a result of the arrival of COVID-19 in March 2020, the lives of people with ASD changed completely and they had to adapt their habits and routines to comply with the home confinement. This meant a day-to-day life with less environmental demands and social pressures. This change has been a great challenge for this population, so the main objective of this study has been to analyze the relationship between welfare during the period of confinement and the stress that occurs in the school environment.

In the present study no relation between both variables has been detected, and taking into account that the IQ level of 65,9% of the sample is in the average expected for their IQ age ≥ 85 , it has been proven that children with a higher IQ level present greater well-being during confinement.

Keywords: *ASD. Stress. Levels of well-being. Confinement. COVID-19. Intellectual Quotient.*

1. Introducción

El autismo fue descrito por primera vez por Leo Kanner en 1943 como un trastorno en niños y niñas que presentaban problemas para relacionarse con los demás y una alta sensibilidad a los cambios en su entorno (Kanner, 1943). En 2013, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), estableció el diagnóstico general de TEA, consolidando cuatro trastornos anteriormente separados: trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Esta edición, clasificó el TEA en el grupo de trastornos del Desarrollo Neurológico (APA, 2013). Dicha clasificación enfatiza la dimensionalidad del trastorno y hace que desaparezcan los subtipos e introduce especificadores (Martos, 2020). El manual establece tres niveles de necesidad de ayuda en función de la gravedad de los síntomas, basados en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos:

Nivel 1) *Necesita ayuda*: el sujeto muestra dificultad para iniciar interacciones sociales mediante respuestas atípicas. También presenta inflexibilidad en sus comportamientos con problemas de organización y planificación.

Nivel 2) *Necesita ayuda notable*: presenta deficiencias notables en la comunicación verbal y no verbal, generando respuestas reducidas o anormales a la apertura social a otras personas. Además, la inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y sus comportamientos restringidos y repetitivos, resultan frecuentemente evidentes e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Así mismo, presenta ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de atención.

Nivel 3) *Necesita ayuda muy notable*: las deficiencias graves en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves en el funcionamiento del sujeto. Presenta un inicio muy limitado de interacciones sociales y

una respuesta mínima a la apertura social a las otras personas. La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para poder hacer frente a los cambios y la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos, interfieren notablemente en el funcionamiento del sujeto en todos los ámbitos. Además, presenta intensa ansiedad y dificultad para cambiar el foco de atención, acompañado de una importante discapacidad intelectual.

Las características principales del trastorno del espectro autista según el DSM-5 (APA, 2013) son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca, la interacción social y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos. Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y se generalizan y se prolongan en el tiempo, limitando o impidiendo el funcionamiento cotidiano. Sin embargo, las manifestaciones del trastorno varían mucho según la gravedad de la afectación, el nivel de desarrollo y la edad cronológica. También presentan deficiencias en la reciprocidad socioemocional (es decir, en la capacidad para interactuar con otros y compartir pensamientos y sentimientos), junto con una imitación reducida o ausente del comportamiento de las otras personas. El lenguaje que existe, muchas veces, es unilateral, carece de reciprocidad social y es utilizado para pedir o clasificar más que para comentar, compartir sentimientos o conversar. La deficiencia en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social se manifiesta por un contacto ocular, gestos y expresiones faciales, orientación corporal o entonación de la voz disminuidos, ausentes o atípicos.

Una característica temprana del TEA es la alteración de la atención compartida que se manifiesta por la incapacidad de señalar con las manos, de mostrar y coger objetos cuyo interés pueda compartirse con otros, también por la incapacidad de dirigir con la mirada al objetivo señalado por otro con el dedo. Los niños pequeños muchas

veces muestran falta de juegos sociales, de imaginación compartida y de juego simbólico (APA, 2013).

Entre los comportamientos estereotipados o repetitivos se incluyen las estereotipias motoras simples (p. ej., aleteo de manos, movimiento rápido de los dedos), uso repetitivo de objetos (p. ej., girar monedas, alinear juguetes) y habla repetitiva (p.ej., ecolalia, repetición de palabras escuchadas, uso de “tu” refiriéndose a sí mismo, uso de palabras, frases o patrones prosódicos estereotipados). Otero (2020) relata que estas estereotipias hacen alusión a recurrentes movimientos atípicos sin propósito que pueden manifestarse ante la presencia de una emoción intensa tal como angustia, ansiedad, enojo o frustración. Además, en el manual (APA, 2013) se hace énfasis en que dicho comportamiento será de mayor complejidad dependiendo del grado de interferencia en las actividades cotidianas o si llega a generar autolesiones. Estas formas de expresión del cuerpo frecuentemente limitan las experiencias que pueden obtener del entorno. Los manierismos y las estereotipias no surgen como síntomas patológicos aislados, sino que guardan una relación simbólica con la angustia del niño. Esta conducta no es consciente ni intencional, aunque puede ser interpretable por el adulto. “Connotar estas acciones implica trascender la mirada patológica para ser representada una palabra que le permita al niño reproducir una respuesta a su manera. Por lo que sus gestos son una forma de relacionarse con el otro desde su propia corporeidad” (Otero, 2020).

Además, la excesiva inflexibilidad de las rutinas y patrones de comportamiento restringidos se pueden manifestar como una resistencia a los cambios (p.ej., angustia por cambios aparentemente pequeños, rigidez de pensamiento) o patrones de comportamiento verbal o no verbal ritualizados (p.ej., preguntas repetitivas). También en algunas ocasiones pueden presentar intereses restringidos, anormales en su

intensidad o foco. Algunas de estas fascinaciones y rutinas pueden tener relación con una aparente hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales que se manifiestan por respuestas extremas a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos excesivamente, fascinación por las luces o los objetos que giran y a veces, una aparente indiferencia al dolor, el calor o al frío. Son frecuentes las reacciones extremas y los rituales relacionados con el sabor, el olor, la textura o la apariencia de los alimentos y las restricciones alimenticias excesivas. Muchos sujetos presentan características asociadas al diagnóstico TEA tales como, el deterioro intelectual y alteraciones estructurales del lenguaje (es decir, incapacidad para comprender y construir frases gramaticalmente correctas) aunque se deberían registrar con los correspondientes especificadores en cada caso (APA, 2013). El 50% presentan alteraciones evolutivas con un coeficiente intelectual bajo por lo que les dificulta la comprensión de su entorno. El 30% tienen un TDAH asociado, siendo muy impulsivos. El 30% no presentan lenguaje, pero son altamente inteligentes, aunque su capacidad de comunicación es muy baja. Un tercio de ellos muestran problemas emocionales y el 100% tienen ansiedad (Hervás, 2020).

Muchas veces existen diferencias motoras, como un modo poco común de caminar, torpeza y otros signos motores anormales (p.ej., caminar de puntillas). Es habitual que presenten comportamientos disruptivos. Es posible, además, que los individuos con trastorno del espectro autista muestren episodios catatónicos completos con síntomas como mutismo, posturas, muecas y flexibilidad cética (APA, 2013).

Para establecer un diagnóstico más válido y fiable, se deben tener en cuenta múltiples fuentes de información, tales como las observaciones clínicas, la obtención de información detallada y cualitativa de la historia del desarrollo, la historia del cuidador y, cuando sea posible, los autoinformes con instrumentos específicos para el diagnóstico (APA, 2013; Martos, 2020).

Aunque históricamente parecía un trastorno poco común con causas desconocidas, actualmente se ha comprobado la prevalencia de padecer un Trastorno del Espectro del Autismo de manera constante (Coleen, Boyle, Boulet, Schieve, Robin, Blumberg, Visser, & Kogan, 2011). Es conocido que actualmente y cada vez más, se ha dado un importante incremento en la prevalencia de los niños con TEA, uno de cada 54 niños padece este trastorno. Por lo que es una realidad a la que se debe hacer frente y poder atender a estas personas de forma correcta (CDC, 2020).

Cierto es que muchas de las personas diagnosticadas de TEA presentan comorbilidades psiquiátricas paralelas. Aproximadamente el 70% puede tener un trastorno mental comórbido a lo largo de su vida y alrededor de un 40% dos o más (APA, 2013; Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas, & Baird, 2008).

Análogamente, aunque los problemas de conducta no sean un síntoma nuclear dentro del trastorno, hay que recalcar que, a lo largo de la vida de las personas con diagnóstico TEA, los problemas de conducta van a estar presentes con mayor o menor incidencia (Hervás, 2018). La literatura describe los problemas de conducta como respuestas desadaptativas que se dan ante la reacción de unos estímulos internos y externos del entorno de forma desfavorable (O'Neill, Albín, Storey, & Sprague, 1990). Dentro de esta perspectiva, Achenbach, Edelbrock y Howell (1987) señalaron dos grupos generales de problemas de conducta: a) *conductas internalizantes*, las cuales se refieren a las manifestaciones de comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos (retraimiento, ansiedad y timidez) y b) *conductas externalizantes* que incluyen problemas relacionados con la agresividad, falta de atención, desobediencia y conductas autolíticas. Un inicio precoz de los problemas de conducta incide directamente en su perpetuación a lo largo de la vida del sujeto y cada vez se hacen más

complejos y resulta más difícil el abordaje. Por lo que resulta relevante la intervención temprana (Matesanz, 2020).

Un 60 % de los niños con TEA presentan seis o más problemas de conducta. Esta es una realidad muy presente en la vida de esta población y debe ser abordada convenientemente (Hervás & Rueda, 2018).

Entre los factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de estos problemas conductuales, se encuentran dificultades en el sueño. El sueño es la base de su desarrollo y puede ocasionar problemas de conducta ya que dificulta la gestión de experiencias tales como la comprensión del entorno, el abordaje de situaciones cotidianas y el aprendizaje (Hill, Zuckerman, Hagen, Kriz, & Fombonne, 2014).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta también que el cuidado de los niños con TEA genera un mayor nivel de estrés a los cuidadores y sobre todo a los progenitores en la mayoría de los casos, a diferencia del estrés ocasionado por los niños con otras dificultades. Además, el bienestar de los progenitores influye directamente en el ajuste psicológico de los hijos (Ede, Anyanwu, Onuigbo, Ifelunni, & Awoke, 2020). Estas familias, durante el proceso que siguen hasta el correcto diagnóstico y reciben la adecuada intervención, van pasando por distintas etapas: ansiedad, depresión, estrés parental, dificultades en el desarrollo de estrategias parentales, etc. (Matesanz, 2020). Todas estas dificultades que experimentan las familias, interfieren en la comprensión de la situación y en la generación de estrategias favorables para ayudar a sus hijos. Este hecho acaba siendo un bucle de retroalimentación y genera un aumento de la conducta disruptiva de sus hijos y, por lo tanto, más ansiedad y estrés parental (Motos, 2020). Para los profesionales detectar estas situaciones familiares es fundamental, ya que simplemente hay que tener en cuenta que un problema de conducta nace cuando genera una interferencia en alguna situación (Matesanz, 2020).

El día 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró que un nuevo coronavirus producía una enfermedad, la COVID-19, declarada como pandemia mundial (OMS, 2020). El SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus detectado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China) que se ha extendido por todo el mundo. En muchos países se tomaron medidas drásticas para frenar la alarmante propagación de este virus y, dentro de estas medidas, en España el 13 de marzo los niños y niñas se vieron obligados a quedarse en casa por el cierre de los centros educativos. Algunos de ellos recibían tareas de sus profesores a diario, mientras que otros asistían a clases mediante videollamadas. A pesar del intento de mantener el acceso a la educación universal, algunos niños y niñas que necesitaban educación especial se vieron perjudicados por su ausencia. Además, debido a la necesidad de adaptación del sistema de salud para combatir la pandemia, los niños con enfermedades del neurodesarrollo, como el Trastorno del Espectro del Autismo, vieron como quedaban suspendidas sus terapias presenciales, pasando, en algunos casos, a la modalidad de terapia telemática (Amorim, Catarino, Miragaia, & Guardiano, 2020). Las encuestas revelan que el 74% de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo perdieron totalmente uno o más de los servicios que recibía y sólo el 39% informa que, como mínimo, uno de sus servicios se ha prestado telemáticamente (Jeste, Hyde, Distefano, Halladay, Ray, Porath, Wilson, & Thrum, 2020). Este hecho ha agravado, aún más, las desigualdades ya presentes en estos sistemas (Sheerhan, Dalton-Locke, Totsika, & Hassiotis, 2020).

La pandemia de la COVID-19 ha llevado a las familias a adaptar su vida cotidiana, incluyendo el aislamiento social y el teletrabajo.

Las consecuencias de este confinamiento domiciliario en la salud mental de la población mundial todavía se desconocen en profundidad (Shuja, Aqeel, Jaffar, &

Ahmed, 2020). Sin embargo, una encuesta de las organizaciones nacionales sobre la discapacidad, revela preocupaciones significativas sobre su impacto en la salud mental, ya que esta situación de confinamiento ha perturbado la vida psicosocial, creando así una sensación inminente de miedo, provocando ansiedad o problemas mentales similares, así como conductas problemáticas (Shuja, et al., 2020; Tromans, Kinney, Chester, Alexander, Roy, Dudson, & Shankar, 2020). Dado que la vida cotidiana cambió por completo las rutinas, los hábitos, etc. y teniendo en cuenta que el colectivo de niños con TEA capta la mínima alteración de sus rutinas, éstos han reaccionado de dos formas: a) *Algunos tranquilos, con bienestar*: niños altamente inteligentes, sensibles a un estrés sensorial, ansiedad social y dificultades de integración social. Este colectivo, dado que ir a la escuela les resulta estresante, durante el confinamiento han estado emocionalmente estables, sin la necesidad de tratamiento por problemas de conducta y aprendían mejor. b) Otros han *empeorado notablemente*: aquellos con más discapacidad intelectual, con dificultad de concentración, mínima autonomía y deficiencias comunicativas, no comprendían la situación y han desarrollado problemas conductuales con una respuesta ante al estrés mediante agresividad hacia los otros y autolesiones; presentando una grave desregulación emocional. Se tiene que tener en cuenta que los padres de este colectivo han estado teletrabajando muchas horas y tienen poca formación para desarrollar estrategias educativas (Hervás, 2020).

El cambio en la rutina es, a menudo, un desafío significativo para los niños con TEA (Baumer, 2018), y por lo que, las familias con niños con estos parámetros pueden ser un grupo vulnerable para desarrollar períodos de ansiedad y otras anomalías durante la cuarentena. Por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo principal conocer y comprobar cómo niños con TEA y sus familiares de primer grado, han vivido el aislamiento social en sus hogares durante el cierre escolar a causa de la pandemia de la

COVID-19. Así como, analizar la influencia del nivel intelectual de la población de estudio en los niveles de bienestar durante el período de confinamiento.

2. Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar si el bienestar durante el período de confinamiento de la población infantil con Trastorno del Espectro Autista (TEA), está relacionado con la ansiedad y el estrés percibido por la familia.

Los objetivos específicos son: a) describir la relación entre el estrés percibido y la frecuencia de aparición de conductas desadaptativas e intereses restrictivos o repetitivos durante ese período; b) analizar la relación entre el nivel intelectual (CI) y los niveles de bienestar durante el confinamiento.

Método

2.1. Diseño

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Para ello se construyó un cuestionario *ad-hoc* ajustando las preguntas a los objetivos de estudio.

2.2. Participantes

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional de pacientes que estaban recibiendo una intervención psicológica en el centro IGAIN (Instituto Global de Atención Integral del Neurodesarrollo) en Barcelona. Los criterios de inclusión fueron: a) haber recibido el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA); basados en los criterios del DSM-5 (APA, 2013) y la historia de desarrollo y sintomatología actual; b) tener un diagnóstico confirmado mediante la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo- Revisada (ADI-R) (Rutter, Couteur, & Lord, 2003) y en el *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2) (Lord, Rutter, DiLavore, Risi, Gotham, & Bishop, 2001), y mediante la escala Bayley de desarrollo Infantil (Bayley-III) (Bayley, 2006); c) hacer terapia mediante el modelo Early Start

Denver Model (ESDM) (Rogers, Dawson, & Vismara, 2010) d) tener edades comprendidas entre los 2 y 5 años. Se excluyeron del estudio aquellas familias que no completaron el cuestionario *ad-hoc* o que no cumplían con los criterios de inclusión descritos.

Los perfiles sintomáticos de los participantes estudiados se muestran en la tabla descrita a continuación (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Características sintomáticas de los pacientes de estudio.

Perfil de la sintomático de la población de estudio	
Diagnóstico	Trastorno del espectro del autismo (TEA, F84.9, 299.0)
Grado o nivel de gravedad	Nivel 2 y 3: <ul style="list-style-type: none"> - Requieren apoyo en los déficits de comunicación social - Requieren apoyo en las conductas repetitivas - Requieren apoyo en la rigidez al cambio
Capacidad intelectual	Subgrupo 1: 65,9% presentan capacidades cognitivas no verbales dentro de la medida esperada por su edad CI ≥ 85 Subgrupo 2: 34,1% nivel cognitivo no verbal inferior a una desviación estándar por debajo de la puntuación media (100 puntos) CI < 85
Lenguaje	Retraso en la adquisición del lenguaje o con dificultades
Regresión	Sin presencia de regresión o de forma muy sutil a lo largo de su desarrollo
Catatonía	Sin catatonía asociada

2.3. Instrumentos

- **Cuestionario ad-hoc** para esta investigación. Este cuestionario creado durante abril de 2020 incluía las características demográficas y clínicas de los niños con TEA, junto con el impacto que ocasionó la pandemia en diferentes aspectos de la vida diaria de las familias. El cuestionario consta de 66 preguntas distribuidas en 3 bloques que permiten recoger la información clínica de los sujetos evaluados y la sintomatología conductual durante el confinamiento, siguiendo los criterios de la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo- Revisada (ADI-R) (Rutter et al., 2003) (ver Anexo 1).
- **Bayley. Escalas Bayley de Desarrollo Infantil** (Bayley, 2006). Las escalas Bayley-III, valoran globalmente las áreas evolutivas más importantes (Cognitiva, Lenguaje y Motora). La valoración se realiza entre el mes y los 42 meses de edad, permitiendo determinar el nivel de desarrollo infantil, así como identificar tempranamente retrasos en el desarrollo y obtener información válida para planificar la intervención. Estas escalas identifican las competencias y puntos fuertes del niño, así como sus áreas de mejora y permiten realizar el seguimiento de su rendimiento a lo largo de la intervención. Es un instrumento con una alta fiabilidad y en el que se puede tener un alto nivel de confianza en las puntuaciones. El coeficiente de fiabilidad de los subtests de las escalas oscila en el 0,91 (Bayley, 2006). Para esta investigación se utiliza únicamente la puntuación en la escala cognitiva. Esta escala valora la preferencia visual, la atención, la memoria, el procesamiento psicomotor, la exploración y manipulación de su entorno, así como la formación de conceptos.
- **Evaluación diagnóstica:** Para cumplir con los criterios de inclusión, en el presente estudio se tomó como muestra los participantes a los que se les hubo

administrado la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo- Revisada (ADI-R) (Rutter et al., 2003) y el *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2) (Lord et al., 2001), con el objetivo de hacer una completa y profunda evaluación de los sujetos con sospechas de trastorno del espectro autista y de los trastornos generalizados del desarrollo y comprobar si entran dentro del punto de corte establecido en los dominios del algoritmo diagnóstico TEA.

Además, como criterio de inclusión, se impuso que los objetivos de intervención fuesen elaborados mediante el *Early Start Denver Model* (ESDM) (Rogers et al., 2010); modelo que incide en todas las áreas del desarrollo del niño a través del juego compartido y la transformación de todas las actividades de la vida diaria en oportunidades de aprendizaje e interacción.

2.4. Procedimiento

El presente estudio se inicia a partir de la idea surgida, el día 19 de marzo, por parte de las profesionales del equipo de intervención precoz de IGAIN (Instituto Global de Atención Integral del Neurodesarrollo) en el que se incluía la autora de este trabajo, ante la intención de dar respuesta a las familias de sus pacientes, al percibir que algunos de sus hijos presentaban menos agitación, menor desregulación y menos conductas repetitivas y estereotipias durante el confinamiento domiciliario ocasionado por la COVID-19. Se partió de la premisa de que el hecho de asistir a la escuela les producía estrés.

Se diseñó un cuestionario teniendo en cuenta tres dimensiones: individual, relacional y familiar para poder desarrollar un análisis de las percepciones de los familiares en relación a las conductas y necesidades de sus hijos con TEA durante este período, con el objetivo de formular un diagnóstico de las necesidades familiares para dirigir la intervención.

Se hizo un registro de los pacientes con TEA entre 2 y 5 años y del correo electrónico de sus familiares, a través del cual, se procedió a enviar una explicación del presente estudio mediante un enlace con el derecho de información y el consentimiento informado y otro enlace vinculado al cuestionario (ver Anexo 1). Asimismo, se contactó con el equipo de intervención en adolescencia, y se siguió el mismo procedimiento; sin embargo, esta muestra, al no cumplir con uno de los criterios de inclusión descritos, no se tuvo en cuenta para el presente estudio.

2.5. Análisis de datos

Se realizó, por otro lado, un análisis cuantitativo mediante el uso del programa estadístico SPSS ® versión 25.0 buscando el coeficiente de correlación de *Spearman* para examinar la fuerza y la dirección de la relación lineal entre distintas variables (nivel de estrés en la escuela, nivel bienestar durante el confinamiento, la estimulación de los padres con herramientas terapéuticas, su nivel de nerviosismo, el nivel de CI, entre otros) con un valor de $p < .05$. Con el objetivo de analizar posibles diferencias entre grupos, se ha realizado la prueba de *Kruskall-Wallis*, ya que la muestra no se ha distribuido siguiendo la curva de la normalidad. Esta prueba permite determinar las diferencias estadísticamente significativas entre dos o más grupos. Las comparaciones *Post-hoc*, realizadas con la correlación de *Bonferroni*, han permitido conocer entre qué parejas de grupos se encuentra la diferencia. Para comparar dos grupos independientes con libre distribución se ha utilizado la prueba no paramétrica *U* de *Mann-Whitney* al no cumplir con el supuesto de normalidad.

3. Resultados

Descripción de la muestra

Se envió la encuesta a un total de 85 familias inicialmente mediante una plataforma llamada QuestionPro-Survey que cumplían los criterios de inclusión mencionados.

Según los datos reportados, 82 personas visualizaron el cuestionario y 54 personas lo iniciaron, aunque 11 participantes lo dejaron incompleto. Finalmente, del total del cuestionario fueron completados un 66,67% con un tiempo medio de realización de 20 minutos.

La muestra final estuvo compuesta por un total de 43 familiares de niños y niñas entre un rango de 2 a 5 años, siendo la media de 4 años con una desviación estándar de 0,97. El perfil del nivel de CI de los niños que han formado parte de la investigación es heterogéneo ($M=93,34$; $DS= 19,59$). El cuestionario lo respondieron en un 18,60% de los casos, los padres y en un 81,40% las madres. Los pacientes, además de recibir terapia en IGAIN, compaginan intervención en Centros de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAPs) de sus zonas. Todos son de origen español. Se detallan en la tabla 2 otras características sociodemográficas.

Tabla 2.

Variables sociodemográficas de los participantes

Variables sociodemográficas	Niños de 2-5 años N (%)
Edad M (DS)	4 (0,97)
<i>Género</i>	
Masculino	35 (81,40%)
Femenino	8 (18,60%)
<i>Diagnóstico TEA + comorbilidades</i>	
	100%
<i>Tipo de intervención</i>	
Psicología clínica	17 (25%)
Refuerzo psicopedagógico	18 (26,47%)
Logopedia	7 (10,29%)
Terapia sensorial	10 (14,71%)
Grupo HHSS	6 (8,82%)
Otros	10 (14,71%)
<i>Horas intervención telemática confinamiento</i>	
De 1 a 3h semanales	27 (78,26%)
4h o más semanales	9 (8,7%)
No se ha realizado	7 (13,04%)
<i>Lugar de intervención</i>	

CDIAP/CSMIJ	25 (27,47%)
Otros profesionales (neuropsicología)	14 (15,38%)
IGAIN: centro	17 (18,68%)
IGAIN: domicilio	31 (34,07%)
IGAIN: escuela	3 (3,3%)
Otro psicólogo privado	1 (1,1%)
<i>Escolarización</i>	
No escuela	2 (4,65%)
Jardín de infancia	12 (27,91%)
Escuela ordinaria	14 (32,56%)
Escuela ordinaria (plaza NEEs o SIEI)	15 (34,88%)
<i>Tipo de vivienda</i>	
Piso de menos de 70 m ²	
Piso <70 m ² con espacio exterior grande	7 (13,18%)
Piso <70 m ² con espacio exterior reducido	8 (14,56%)
Piso <70 m ² sin espacio exterior	1 (8,26%)
Piso de más de 70 m ²	
Piso >70 m ² con espacio exterior grande	12 (36,55%)
Piso >70 m ² con espacio exterior reducido	11 (23,26%)
Piso >70 m ² sin espacio exterior	4 (4,19%)

En relación a las **rutinas** de los niños con TEA, el 13% de los familiares refirieron que la escuela podría ser un factor de estrés para sus hijos, en cambio, un 55,6% consideraron que es un espacio que no les produce estrés. Además, el 51,85% consideran que sus hijos presentarán cierta dificultad en la vuelta a la rutina escolar. En cambio, el 79,31% reportaron que no les será nada difícil retomar las actividades que hacían antes del período de confinamiento como visitas familiares, ir al parque, ir a comprar, etc.

Características de los participantes durante el confinamiento

En cuanto el tipo de **contacto social** de los niños con TEA estudiados, se aprecia que el 57,89% de los menores no mantuvieron contacto telemático social con algún otro compañero durante el período de confinamiento, y en caso de que este contacto se hubiera dado, el 81,25% no fue por su iniciativa. En la tabla número 3 se detallan las

características clínicas de los participantes del estudio durante el confinamiento recogidas a través del cuestionario *ad-hoc*.

Tabla 3.

Variables clínicas de los participantes durante el período de confinamiento

Variables clínicas	Niños de 2-5 años N (%)
<i>Sistema de comunicación</i>	
No verbal (sin SAAC)*	8 (18,42%)
No verbal (con SAAC)	7 (13,16%)
Verbal: palabras simples (sin SAAC)	9 (23,68%)
Verbal: palabras simples (con SAAC)	3 (5,26%)
Verbal: frases simples	12 (28,95%)
Verbal: lenguaje fluido	4 (10,53%)
<i>Uso de aproximaciones o palabras</i>	
Igual que antes	2 (14,29%)
Mejora leve	24 (71,43%)
Mejora notable	2 (14,29%)
<i>Uso de gestos (sin instrumentalización)</i>	
Igual que antes	12 (28,57%)
Mejora leve	19 (42,86%)
Mejora notable	12 (28,57%)
<i>Cambios en la interacción</i>	
Igual que antes	16 (34,21%)
Un poco más	20 (44,74%)
Mucho más	7 (15,79%)
<i>Sensibilidad inusual</i>	
No muestra ninguna	17 (40,54%)
Hipersensibilidad/ Hiposensibilidad	26 (59,46%)
<i>Conciliación del sueño</i>	
Han aparecido dificultades	6 (21,62%)
Igual que antes	28 (54,05%)
Ha mejorado	9 (24,32%)
<i>Alimentación</i>	
Más restricción de alimentos	6 (13,51%)
Come los mismos alimentos que antes	26 (62,16%)
Come más alimentos que antes	11 (24,32%)
Menos tolerancia a texturas, colores, temperaturas, etc.	4 (10,81%)
Come las mismas texturas, colores, temperaturas, formas	31 (70,27%)
Tolera más texturas, colores, temperaturas, formas, etc.	8 (18,92%)
Menos apetito que antes	4 (8,11%)
Tiene el mismo apetito que antes	30 (67,57%)

Más apetito que antes	9 (24,32%)
<i>Rigidez</i>	
Mismas dificultades por perder y tolerar turnos	27 (61,11%)
Más variedad de juegos	16 (44,44%)
Más variedad de juegos de interacción	19 (52,78%)
<i>Conductas agresivas</i>	
Muy puntualmente	15(33,33%)
Semanalmente	1 (2,78%)
Diariamente	2 (8,33%)
Varias veces al día	1 (2,78%)
Sin conductas agresivas	24 (52,78%)
<i>Autonomía</i>	
Más autónomo en vestirse y desvestirse	20 (48,57%)
Más autónomo a la hora del baño	15 (33,33%)
Más autónomo en la alimentación	15 (33,33%)
Más autónomo en las tareas de casa	7 (19,44%)
Más autónomo en el control de esfínteres	12 (30,56%)

**SAAC: Sistema Aumentativo Alternativo de Comunicación*

Además, cabe destacar que los pacientes que hicieron uso del sistema aumentativo alternativo de **comunicación** (SAAC) como los PECS (Sistemas de Comunicación por Intercambio de Imágenes) (Bondy et al., 1985), el 60% de los padres han percibido una mejora leve en el lenguaje. El 45,83% encuentran variaciones en la capacidad de hablar o comunicarse de su hijo, siendo una mejora notable.

El 50% de los niños presentaron ecolalias o lenguaje repetitivo en algunas ocasiones; el 25% de éstos disminuyeron la frecuencia durante período de confinamiento. No obstante, el 53,57% reportaron no haber notado cambios, detectando las mismas repeticiones que antes de dicho período.

De los pacientes que presentaban **hipersensibilidad**, solo el 23,81% siente menos intensidad de respuesta al estímulo que antes del confinamiento; siendo un 47,62% que detecta la misma intensidad de respuesta. En el caso de los pacientes con **hiposensibilidad**, el 63,64% presentaron la misma intensidad de respuesta al estímulo, siendo el 27,27% con más intensidad de respuesta.

En referencia a las **conductas repetitivas** como los movimientos repetitivos de manos, dedos y cuerpo (como los balanceos fuertes, correr de un lado a otro, dar vueltas sobre sí mismo, agitar los dedos delante de los ojos y mover las manos), el 56,76% de los padres consideraron que su hijo presentó los mismos movimientos que antes del confinamiento. En cambio, el 24,32% detectó que aumentaron un poco más. En relación con las acciones repetitivas con objetos o juguetes; el 69,44% de los padres no detectaron cambios en los rituales de juego de sus hijos como alinear objetos, jugar con una parte del juguete o en las conductas repetitivas de dar vueltas a las ruedas de los coches. Sin embargo, el 13,89% reportaron menos acciones repetitivas en sus hijos. El 51,35% de los padres observaron que sus hijos, durante el confinamiento, presentaban el mismo interés repetitivo por los juegos o temas específicos y el 29,73% detectó que había aumentado un poco más. El 75,68% consideró que sus hijos presentaron los mismos intereses en estimulación sensorial que antes del período de confinamiento. En cambio, el 18,92% percibieron que están un poco más inusualmente interesados en el tacto, en la textura de los objetos, en mirar materiales durante mucho tiempo y en oler los objetos. El 27,78% de familias apuntaron que sus hijos presentan más rituales verbales y el 16,67% reportó una mayor necesidad de poner objetos en un orden determinado o posición concreta o insisten en que esta acción la hagan sus padres.

En relación con la **agresividad**, el 91,43% de los niños presentaron la misma agresividad dirigida a sí mismo que antes del confinamiento, siendo únicamente 8,57% de los padres que consideró que ha aumentado. El 97,14% de las familias percibió que sus hijos no presentaron cambios respecto a la agresividad hacia los otros mientras que solo el 2,86% restante observaron un incremento.

Respecto a la valoración de **irritabilidad** e impaciencia, un 36,11% percibieron que aumentó durante este período. Finalmente, el 57,14% de los padres consideraron que su hijo tiene **conciencia** en relación con el coronavirus.

Grado bienestar durante el período de confinamiento

Se observó una relación inversa y significativa entre la percepción de los padres en relación a los **estresores escolares** y el nivel de bienestar durante el confinamiento ($r_s = -.416, p = .002$).

Respecto a la **intervención psicológica**, las familias que recibieron intervención psicológica presencial durante el confinamiento presentaron mejores niveles de bienestar que las que recibieron seguimiento telemático y a su vez, mejores niveles que los que no recibieron intervención porque prefirieron esperar (Kruscall Wallis, $\chi^2 = 8.17, p = .017$).

Por lo que los análisis *Post-hoc*, han revelado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total obtenida entre el grupo que ha recibido intervención presencial y entre los que recibían un seguimiento telemático ($p = .049$) y los que no la recibieron ($p = .018$).

Se observó también una correlación significativa entre el tiempo percibido de **estimulación con herramientas terapéuticas** de los padres y el bienestar percibido de su hijo o hija durante el confinamiento ($r_s = .0354, p = .007$). A su vez, se evidenció una correlación inversa y significativa entre el grado de herramientas efectivas de estimulación percibidas por los padres y su sentimiento de nerviosismo durante el confinamiento ($r_s = -.562, p < .0001$).

Por lo que hace referencia al **contacto telemático social** durante el confinamiento, no se detectaron diferencias significativas entre el grado de bienestar percibido por los padres entre los hijos que han tenido o no contacto telemático social durante el

confinamiento ($p= .294$). Asimismo, tampoco se observó ninguna relación entre el **interés por la interacción social** de los niños y su grado de bienestar ($r_s= .188, p= .258$).

Se realizaron análisis en grupos respecto a los niños que mantuvieron las mismas horas de **uso de dispositivos electrónicos** y los que aumentaron su uso entre 2-4 horas, según el reporte de los padres. Los resultados reportaron mayor nivel de bienestar en este último grupo (Kruscall Wallis, $\chi^2= 21.11, p= .0001$).

Para finalizar, también se halló un mayor nivel de bienestar en niños que **comprendían la situación** de confinamiento por COVID-19 de los que no (U de Mann-Whitney, $U= 78; p= .0001$)

Relación del nivel intelectual y el grado bienestar durante el confinamiento

Los niños con un mayor **CI** presentaron mayor nivel de bienestar durante el confinamiento ($r_s= .509, p= .001$).

4. Discusión

Teniendo en cuenta la información obtenida mediante la investigación bibliográfica y los análisis realizados para dar respuesta a las afirmaciones planteadas; en el presente estudio, no se ha podido dar respuesta conclusiva a las afirmaciones de la doctora Hervás (2020) relatando que los niños que han presentado mayor bienestar durante el confinamiento tienen una vivencia estresante de la escuela. Los resultados del presente estudio no confirman estos datos.

Amorin et al. (2020) expone que los niños con trastornos del neurodesarrollo tales como el TEA, durante el confinamiento provocado por la COVID-19 se vieron perjudicados por la suspensión de sus terapias presenciales. Además, las encuestas revelan que los servicios que recibían usualmente, se han prestado telemáticamente (Jeste et al., 2020) y que esta modalidad ha agravado su bienestar (Sheerhan et al.,

2020). En este caso, el análisis ha revelado diferencias entre el grupo que ha recibido intervención presencial, el grupo que ha recibido seguimiento telemático y el grupo que no ha recibido ningún tipo de intervención durante este período, siendo el que ha obtenido mayor bienestar el colectivo atendido presencialmente y el que ha obtenido menor bienestar el que no ha recibido ninguna atención psicológica.

Hervás (2020) apunta que los niños con TEA que han empeorado durante el confinamiento son los que sus padres presentan poca formación sobre estrategias educativas. Para dar respuesta a esta afirmación, el presente estudio aporta datos que relacionan el tiempo en horas que los padres dedican a la estimulación con herramientas terapéuticas efectivas y el grado de bienestar de sus hijos y se coincide.

Tomando como punto de partida la hipótesis de que el bajo nivel de nerviosismo en los padres durante el confinamiento contribuye significativamente a niveles de bienestar más elevados en sus hijos, afirmación fundamentada mediante el estudio de Ede et al. (2020) donde relatan que el bienestar de los progenitores influye directamente en el ajuste psicológico de los hijos, en el presente estudio se confirma que el grupo de padres que padecieron mucho más nerviosismo, los hijos presentaron menores niveles de bienestar.

También se ha formulado la hipótesis de que el grado de bienestar de los niños con TEA está relacionado con el contacto telemático social durante el confinamiento. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre el grado de bienestar de los niños y niñas que han tenido contacto telemático social y los que no lo han tenido. Hervás (2020) relata que los niños que han estado estables y tranquilos durante el confinamiento, son aquellos que sufren ansiedad social y dificultades de integración. Por lo que el hecho de no recibir contacto telemático social les ha producido bienestar. Del mismo modo que, a pesar de presentar mayores niveles de bienestar, no se han

producido cambios significativos favorables en su forma de interactuar con las demás personas de su entorno. Aunque persistan las deficiencias en la reciprocidad emocional, en la comunicación social recíproca y en la interacción social (APA, 2013), el 44,74% de las familias consideran que han detectado que su hijo presenta más interés para comunicarse con ellos.

Los niños con TEA presentan patrones de comportamiento restringidos para manifestar una resistencia a los cambios, mediante una dependencia a los estímulos visuales o sensoriales para regularse (APA, 2013). El presente estudio ha detectado que el grado de bienestar aumenta en función del mayor tiempo destinado al uso de dispositivos electrónicos coincidiendo también con autores expertos en autismo que apuntan que al ser un colectivo con dificultad para afrontar los cambios, necesitan un elemento de contención de su ansiedad y de regulación sensorial (Hervás, 2020).

Esta misma autora relata que el colectivo de niños con TEA que empeoró durante el confinamiento lo conforman los niños que no comprendían la situación en la que se encontraban. Los datos de este estudio apoyan estas afirmaciones y asimismo este grado de comprensión, también está indirectamente relacionado con el CI y al grado de bienestar. Por tanto, el rendimiento cognitivo de los niños determinará mucho la capacidad de comprensión de la situación y, a su vez, el grado de bienestar durante una situación atípica como un confinamiento domiciliario. En la misma línea, Hervás (2020) también apunta que el colectivo TEA que ha presentado bienestar durante el confinamiento son aquellos niños altamente inteligentes, sensibles a un estrés sensorial, con ansiedad social y dificultades de integración social, que no han necesitado tratamiento por problemas de conducta ya que comprendían la situación.

El presente estudio también destaca mejoras modestas en el uso de palabras o aproximaciones, el uso de los gestos, cambios en la interacción, conductas agresivas y

autonomía en vestirse y desvestirse. A nivel de sintomatología TEA conductual, de hábitos de sueño, de comida y de la sensibilidad a los estímulos sensoriales, no se han detectado mejoras significativas durante el confinamiento, pero tampoco ninguna regresión. Puesto que el 65,9% presenta capacidades cognitivas dentro de la media esperada por su edad $CI \geq 85$, entran dentro del colectivo que según Hervás (2020) ha mostrado bienestar durante el confinamiento, emocionalmente estables y sin problemas conductuales. Tampoco se han detectado cambios significativos en los manierismos ni en las conductas estereotipadas. En esta línea, Otero (2020) refiere que los manierismos y las estereotipias no surgen como síntomas patológicos aislados, sino que guardan una relación con la ansiedad del niño. Los resultados del presente estudio también están alineados con los de otros autores ya al detectar menos ansiedad por la comprensión de la situación y al tener un entorno estructurado, no ha habido aumento de conductas estereotipadas, de patrones de comportamiento restringidos ni de rituales y han sido capaces de abordar con más facilidad que antes situaciones cotidianas y de aprendizaje (Presmanes et al., 2014).

Este colectivo pasó inesperadamente de una situación a otra totalmente distinta con cambios radicales en sus rutinas, en su ritmo de vida y en el acceso a recursos terapéuticos. Este cambio radical implica un sufrimiento inevitable, sin embargo, los resultados del presente estudio arrojan también datos de algunos beneficios a nivel emocional y conductual; por lo que se suscita la necesidad de diseñar planes de intervención específicos para las familias, de prestar especial atención a la idiosincrasia del trastorno y del modo en que viven las familias el autismo de su hijo y prepararlas para poder encarar con mayor facilidad situaciones que se podrían dar en un futuro. Teniendo en cuenta la heterogeneidad del trastorno.

Limitaciones

El cuestionario ha sido respondido por los familiares, por lo que se ha de tener en cuenta la subjetividad de sus respuestas. Además, algunas familias sólo respondieron la primera mitad del cuestionario, hecho que suscita pensar que era demasiado extenso. Este hecho lleva a sugerir la necesidad de diseñar, para futuras investigaciones, cuestionarios menos amplios sobre todo cuando van dirigidos a las familias.

Futuras direcciones de estudio o modificaciones

Teniendo en cuenta que también se ha recogido información del estado de la población infantojuvenil durante el confinamiento, sería interesante poder hacer un análisis comparativo de estas dos poblaciones. Por otro lado, sería de interés hacer un estudio longitudinal para analizar el estado del colectivo de estudio a la vuelta a sus rutinas de antes del período de confinamiento.

El presente estudio ha servido para conocer el estado de la muestra con TEA durante el período de confinamiento, pero, lo cierto es que, para los profesionales de IGAIN, es de ayuda para redirigir su intervención posterior al período de confinamiento domiciliario.

5. Referencias

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-and 3-year-old children *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*(4), 629-650.
- Adkins, T., Reisz, S., Doerge, K., & Nulu, S. (2020). Adverse Childhood Experience histories in foster parents: Connections to foster children's emotional and behavioral difficulties. *Child Abuse & Neglect*, *104*, 104475. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104475>

- American Psychological Association. (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association (3ª ed)*. México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Amorim, R., Catarino, S., Miragaia, P., Ferreras, C., Viana, V., y Guardiano, M. (2020). Impacto de la COVID-19 en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*; 71:285-291 DOI:<https://doi.org/10.33588/rn.7108.2020381>
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T., (2008). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 5: 210-5 doi: 10.1016/S0140-6736(06)69041-7. PMID: 16844490.
- Bayley, N. (2006) *Bayley-III: Bayley Scales of Infant and Toddler Development*, Third edn. Pearson, San Antonio, TX: Harcourt Assessment
- Bayley, N. (2015) *Spanish Adaptation of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development*, Third edn. Pearson Educación S.A, Madrid.
- Baumer, N., & Spence, S. (2018). *Evaluation and management of the child with autism spectrum disorder*, 24, 248-75.
- Bell, S., & Allen, B. (2000). Test review of the Bayley Scales of Infant Development, Second Edition. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 18, 185-195.
- Bondy, A., PhD, Fost, L., & MS. (1985). Sistema de Comunicación por el intercambio de imágenes (PECS). *Pyramid Educational Consultants*. USA.
- Bornstein, M.H., & Sigman, M.D. (1986). Continuity in mental development from infancy. *Child Development*, 57, 251-274.

- Centers of Disease Control and Prevention. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorders Among Children Aged 4 years. *Surveillance Summaries*, 69(4);1-12
- Coleen, A., Boyle, C., Boulet, S., Schieve, A., Robin, A., Blumberg, J., Visser, S., & Kogan, M.D. (2011). Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children. *Pediatrics* June, 127 (6) 1034-1042; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2989>
- Drum, C. E., Oberg, A., Ditsch, J., Cooper, K., & Carlin, R. (2020). COVID-19 & adults with serious difficulties concentrating, remembering, or making decisions due to an intellectual disability, autism, epilepsy, or brain injuries. *American Association on Health and Disability*. Recuperado de: https://aahd.us/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19_DCRM_Intellectual-Disability_Autism_Epilepsy_or_Brain_InjuryBMSF_508.pdf
- Ede, M. O., Anyanwu, J.I., Onuigbo, L.N., Ifelunni, C.O., Alabi-Oparaocha, F.C., Okeny, E. C., ... & Awoke, N.N. (2020). Ration Emotive Family Health Therapy for Reducing Parenting Stress in Families of Children with Autism Spectrum Disorders: A Group Randomized Control Study. *Journal of Relational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-29.
- Embregts, P.J.C.M., Tournier, T., & Frielink, N. (2020). Experiences and needs of direct support staff working with people with intellectual disabilities during the COVID-19 pandemic: A thematic analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Advance online publication: <https://doi.org/10.1111/jar.12812>
- Gobrial, E., & Raghavan, R. (2012). Prevalence of anxiety disorder in children and young people with intellectual disabilities and autism. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(3), 130 - 14

- Hervás, A. (2017). Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*; 64 (Supl 1), S17-25.
- Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*; 66 (Supl 1), S31-8.
- Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., van Santen, J. & Fombonne, E. (2014). Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1121–1133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.006>
- Höglund Carlsson L., Norrelgen F., Kjellmer L., Westerlund J., Gillberg C. & Fernell E. (2013) Coexisting disorders and problems in preschool children with autism spectrum disorders. *The Scientific World Journal*, 1–6. DOI: 10.1155/2013/213979.
- Jeste, S., Hyde, C., Distefano, C., Halladay, A., Ray, S., Porath, M., Wilson, R. B. & Thurm, A. (2020). Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(11), 825–833. <https://doi.org/10.1111/jir.12776>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*; 2: 217-50.
- Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M.A. & Bashir, N., et al. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, 10: 010331.
- Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K. y Guthrie, W. (2015). *ADOS-2 . Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 . Manual (Parte II): Módulo* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2015). *ADOS-2 . Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 . Manual (Parte I): Módulos 1-4* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Luengo Martin, M. A. (2014). Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. *Padres y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, (356), 37-44. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/3071>
- Matesanz, M. (2020). Problemas de conducta, TEA y estrés parental. Universidad Católica de Valencia.
- Mazurek, M. O., Vasa, R. A., Kalb, L. G., Kanne, S. M., Rosenberg, D., Keefer, A., & Lowery, L. A. (2013). Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 165-176. doi: 10.1007/s10802-012-9668-x
- Motos, M. (2020). Programa ConductTEA más allá de los problemas de conducta. *Fundació Acavall*. Hospital de Manises.
- O'Neill, R.E., Albín, R.W., Storey, K., & Sprague, J.R. (1990). Functional Analysis of Problem Behavior. *Practical Assessment Guide*, Illinois: Sycamore.
- Otero, D. (2020). *El dolor simbólico del cuerpo en el autismo*. Universidad del Valle.
- Pretel, T. (2020). Intervención grupal para padres con hijos con TEA. Experiencia ante la COVID-19. FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
- Rico-Moreno, J., y Tárraga- Mínguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales De Psicología/ Annals of Psychology*, 32(3), 810-819. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>

- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. New York: Guilford Press.
- Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., & Dawson, G. (2012). Effects of a Brief Early Start Denver Model (ESDM)–Based Parent Intervention on Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(10), 1052–1065.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.003>
- Rutter, A., Le Couteur, A. & Lord, C. (2003). *ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo- Revisada*. TEA Ediciones.
- Rutter, M. & Le Couteur, A. (2004). *ADI-R. Training Guidebook*. Los Ángeles, Estados Unidos: Western Psychological Services.
- Sheehan, R., Dalton-Locke, C., Ali, A., Totsika, V., San Juan, N. V., & Hassiotis, A. (2020). Mental healthcare and service user impact of the COVID-19 pandemic: Results of a UK survey of staff working with people with intellectual disability and developmental disorders. *medRxiv*.
<https://doi.org/10.1101/2020.09.01.20178848>
- Shuja, K., Aqeel, M., Jaffar, A. & Ahmed, A. (2020). *COVID-19 pandemic and impending global mental health implications*, *32*, 32-5.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(8), 921–929.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>

Tromans, S., Kinney, M., Chester, V., Alexander, R., Roy, A., Sander, J. W., Dudson, H., & Shankar, R. (2020). Priority concerns for people with intellectual and developmental disabilities during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Psychiatry Open*, 6(6), e128. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.122>

6. Declaración de autoría

Declaro que este trabajo es original y ha sido realizado por mí misma, sin haber usado otras fuentes o ayudas diferentes a las referenciadas. También he señalado la procedencia de los fragmentos literales, o de contenido, que he tomado de terceros.

Mireia Miró

7. Apéndice 1

CUESTIONARIO TEA CONFINAMIENTO

Apreciada familia,

En primer lugar, deseamos que estéis lo mejor posible dentro de la situación actual.

Nos dirigimos a vosotros para contaros que el equipo de profesionales de intervención temprana de IGAIN hemos diseñado un **breve cuestionario** para conocer cuáles han sido los **efectos del período de confinamiento** en las familias que atendemos.

Tenemos la esperanza de que la información que podemos obtener, si la mayoría de las familias respondéis, será muy valiosa y útil para **conocer y entender** mejor los procesos por los que habéis pasado. También deseamos que nos sirva para ayudar a todas las familias con características semejantes a encarar mejor situaciones similares que se pudieran dar en un **futuro**.

Hemos elaborado el cuestionario con el máximo rigor y toda nuestra ilusión, y a pesar de saber que estáis bastante ajetreados, nos atrevemos a **pediros que participéis** en la mayor brevedad posible.

El tratamiento de los datos que obtengamos será del todo **confidencial** y cuando los hayamos analizado en conjunto, **compartiremos** con todos vosotros las consideraciones que extraigamos. Por eso, también os adjuntamos el formulario de consentimiento informado de protección de datos de vuestros hijos/as para poder usar los datos obtenidos en la investigación.

Aquí tenéis el enlace del cuestionario, al cual podéis acceder desde el móvil, la tablet o el ordenador.

Derecho de información y consentimiento: <https://forms.gle/owaFBGdckyXL13476>

Cuestionario QTC 2-5 años: <https://www.questionpro.com/t/AQRQrZhRmq>

Os agradecemos mucho vuestra participación y si tenéis cualquier duda respecto a este proyecto, no dudéis en escribirnos a promaris@igain.cat y estaremos encantadas de resolverlas.

Equipo de Intervención Temprana IGAIN

Mariona Duran, Aina Esmel, Mireia Miró, Míriam Olivella, Patricia Romarís

Cuestionario confinamiento

Apreciadas familias, desde IGAIN queremos pedirles su colaboración realizando este conjunto de preguntas en forma de cuestionario.

Hemos intentado hacer las preguntas de forma que sean fáciles de responder y que no se demore demasiado en el tiempo y siempre garantizando la confidencialidad de los datos de vuestros/as hijos/as. Les agradeceríamos que pudieran dedicar unos minutos de su tiempo a resolverlas. El cuestionario pretende recoger información sobre cómo está influyendo el confinamiento a todas nuestras familias en diferentes aspectos de su vida diaria.

Les agradecemos de antemano el esfuerzo y esperamos que la información que obtengamos nos pueda seguir ayudando a trabajar con rigor y mejorando día a día.

Muchas gracias por su colaboración.

Información del niño/a

Nombre

Apellidos

Especifique la relación con el niño/a

- Padre
- Madre
- Otros (abuelos, tutores legales,...)

Fecha de nacimiento del niño/a

Día Mes Año

Género de su hijo/a

- Masculino
- Femenino

¿A qué tipo de escuela acude su hijo/a?

- No acude a la escuela
- Jardín de infancia
- Escuela ordinaria
- Escuela ordinaria (con plaza de Necesidades Educativas Especiales (NEEs) o Suport Intensiu per l'Escolarització Inclusiva (SIEI))
- Escuela de educación especial
- Otros (grupo de crianza, ...)

Diagnóstico

¿Podría especificar la edad o fecha de diagnóstico?

¿Quién realizó el diagnóstico?

- CDIAP
- Centro privado
- Neuropediatra/ Pediatra
- Otros

Fecha de inicio de intervención

Mes Año

¿Dónde empezó la intervención?

- CDIAP
- Psicólogo privado
- IGAIN
- Otros

¿Qué tipo/s de intervención/es está realizando su hijo/a?

- Psicología clínica
- Refuerzo psicopedagógico
- Logopedia
- Terapia sensorial
- Grupo Habilidades Sociales
- Otros

Número de horas de intervención semanal (antes del periodo de confinamiento)

¿Dónde realiza la intervención habitualmente su hijo/a? Marque más de una opción si lo precisa

- CDIAP/CSMIJ
- Otros profesionales (terapia sensorial, logopedia, psicopedagogía, neuropsicología,...)
- IGAIN: centro
- IGAIN: domicilio
- IGAIN: escuela
- Otros psicólogo privado

Durante el periodo de confinamiento, ¿han mantenido la **intervención presencial**?

- Sí
- No, pero hemos hecho seguimiento telemático
- No, preferimos esperar a que todo se normalice para reiniciar la intervención

Durante el periodo de confinamiento, ¿cuántas horas semanales de **intervención telemática han realizado?**

- De 1 a 4 horas semanales
- 4 horas o más semanales
- No se ha realizado intervención telemática

Tipo de vivienda durante el periodo de confinamiento. Marque más de una opción si lo precisa.

- Piso menos de 70 m²
- Piso más de 70 m²
- Espacio exterior reducido (balcón o pequeña terraza)
- Espacio exterior grande (jardín, patio o terraza grande)

¿Su hijo/a ha salido a la calle durante el periodo de confinamiento?

- No ha salido nunca
- Ha salido desde el principio del periodo de confinamiento
- Ha empezado a salir en la fase de desescalada

¿Con qué frecuencia ha salido su hijo/a?

- A diario
- Día sí / día no
- Semanalmente
- Esporádicamente

Cuidador 1. ¿Qué tipología de trabajo ha tenido durante el periodo de confinamiento?

- Trabaja telemáticamente
- Presencial
- No trabaja

Cuidador 1. Durante el periodo de confinamiento, ¿cuánto tiempo ha podido dedicar a su hijo/a?

- Menos tiempo que antes
- Igual
- Más tiempo que antes

Cuidador 2. ¿Qué tipología de trabajo ha tenido durante el periodo de confinamiento?

- Trabaja telemáticamente
- Presencial
- No trabaja

Cuidador 2. Durante el periodo de confinamiento, ¿cuánto tiempo ha podido dedicar a su hijo/a?

- Menos tiempo que antes
- Igual
- Más tiempo que antes

¿Siente usted que en general tiene herramientas efectivas para estimular a su hijo/a o controlar las conductas respecto los síntomas que presenta?

- Poco o muy poco
- Con alguna herramienta
- Bastantes herramientas
- Muchas herramientas

Durante el periodo de confinamiento, ¿cuántas horas **semanales** le ha dedicado a su hijo/a para hacer intervención o estimulación?

En general, ¿Cómo describiría el grado de nerviosismo que ha sentido usted durante este periodo de confinamiento?

Valore de 1 al 5, siendo 1 su estado habitual y 5 grado máximo de nerviosismo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

¿Tiene su hijo/a hermanos?

- Sí, más pequeño
- Sí, más mayor
- No
- Más de 1 hermano/a

¿Cuántos hermanos tiene su hijo/a?

- 2
- 3
- 4 o más

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿Cómo valoraría los cambios en el juego e interacción de su hijo/a con su hermano/s?

- Juegan menos tiempo juntos

- Juegan igual que antes del periodo de confinamiento
- Juegan más tiempo juntos
- Saben jugar juntos cuando hay un adulto guiando el juego
- No juegan juntos

En el jardín de infancia o en la escuela, ¿Sabe si su hijo/a recibe algún tipo de apoyo?

- No recibe ningún tipo de apoyo específico
- Dispone de algún apoyo en función de la disponibilidad de los profesionales del centro
- Dispone de unas horas fijas de apoyo al día
- No acude a la escuela

¿Cree que los profesionales de la escuela muestran recursos, habilidades y implicación con el tratamiento de su hijo/a?

Por ejemplo, se adaptan a sus necesidades, dan respuestas adecuadas, se coordinan con el terapeuta y siguen pautas específicas para mejorar los objetivos terapéuticos marcados.

- Sí, muchos
- Sí, muestran implicación pero tienen falta de recursos
- Poco o muy poco implicados

¿ Cree que el hecho de ir a la escuela podría ser un factor de estrés para su hijo/a?

- Nada
- Un poco
- Mucho estrés

Durante el periodo de confinamiento, ¿la escuela les han mandado tareas a realizar en casa? Marque más de una opción si lo precisa.

- Videoconferencias
- Tareas a realizar en casa
- Ninguna

Durante el periodo de confinamiento, ¿cómo se ha mostrado su hijo/a a la hora de realizar los trabajos escolares?

	Menos que antes	Igual que antes	Más que antes
Predisposición del niño/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Considera que será difícil para su hijo/a la vuelta a la rutina escolar?

- Ninguna dificultad
- Cierta dificultad
- Mucha dificultad

¿Considera que será difícil para su hijo/a retomar las actividades que hacía antes del periodo de confinamiento (visitas a familiares, visitas a centros médicos, ir al parque, ir a comprar,...)?

- Ninguna dificultad
- Cierta dificultad
- Mucha dificultad

¿Durante el periodo de confinamiento, su hijo/a ha mantenido algún tipo de contacto telemático social con algún otro niño/a?

- Sí
- No

¿El contacto con este niño/a ha sido iniciativa de su hijo/a?

- Sí
- No

En el caso de que haya podido mantener el contacto con otro niño/a, ¿qué tipo de contacto ha sido? Marque más de una opción si lo precisa.

- Videollamadas de la escuela
- Videollamadas con amigos de la escuela
- Videollamadas con amigos de la familia o del niño/a de otros entornos
- Intercambio de Whatsapps o videos con amigos

Seleccione qué método/s de comunicación usa su hijo/a.

*SAAC : Sistema aumentativo alternativo de Comunicación como por ejemplo PECS.

- No Verbal (sin SAAC)
- No Verbal (con SAAC)
- Verbal: palabras simples (sin SAAC)
- Verbal: palabras simples (con SAAC)
- Verbal: frases simples
- Verbal: lenguaje fluído

Durante el periodo de confinamiento, ¿cree que ha habido variaciones en la comunicación o lenguaje de su hijo/a? ¿Podría valorar los cambios?

	Empeoramiento notable	Empeoramiento leve	Igual	Mejora leve	Mejora notable
Uso de aproximaciones o palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de gestos (no se contempla la instrumentalización, es decir, el uso del cuerpo de otra persona como instrumento para conseguir algo. Por ejemplo, el niño/a coge la mano del adulto para tocar unos botones de un juguete)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante el periodo de confinamiento, ¿cree que ha habido variaciones en la comunicación o lenguaje de su hijo/a? ¿Podría valorar los cambios?

	Empeoramiento notable	Empeoramiento leve	Igual	Mejora leve	Mejora notable
Uso de aproximaciones o palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Empeoramiento notable	Empeoramiento leve	Igual	Mejora leve	Mejora notable
Uso de gestos (no se contempla la instrumentalización, es decir, el uso del cuerpo de otra persona como instrumento para conseguir algo. Por ejemplo, el niño/a coge la mano del adulto para tocar unos botones de un juguete)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso del sistema aumentativo alternativo de comunicación (SAAC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante el periodo de confinamiento, ¿cree que ha habido variaciones en la capacidad de hablar o comunicarse de su hijo/a? ¿Podría valorar los cambios?

	Empeoramiento notable	Empeoramiento leve	Igual	Mejora leve	Mejora notable
Cambios en el lenguaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante el periodo de confinamiento, ¿cree que ha habido variaciones en la capacidad de hablar o comunicarse de su hijo/a? ¿Podría valorar los cambios?

	Empeoramiento notable	Empeoramiento leve	Igual	Mejora leve	Mejora notable
Cambios en el lenguaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso del sistema alternativo aumentativo de comunicación (SAAC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante el periodo de confinamiento, ¿cree que su hijo/a ha presentado cambios en la interacción? Es decir en la sociabilidad, en el interés por relacionarse con la familia, en la implicación en los juegos sociales o en la respuesta en las interacciones.

	Mucho menos	Un poco menos	Igual	Un poco más	Mucho más
Valore los cambios en la interacción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTES del periodo de confinamiento, ¿cómo valoraría la habilidad que tenía su hijo/a para entretenerse solo/a? Marque más de una opción si lo precisa.

- Le costaba jugar y entretenerse con algo
- Jugaba un periodo de tiempo corto
- Se entretenía con la tecnología

Jugaba con juegos más bien repetitivos

Jugaba de forma flexible y funcional

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿considera que ha habido cambios en las estrategias de su hijo/a para entretenerse solo/a?

	le cuesta mucho más	Le cuesta un poco más	Igual	Tiene alguna estrategias más	Tiene muchas más estrategias
Cambios en sus estrategias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su hijo/a presenta ecolalias o lenguaje repetitivo? Es decir, tiene tendencia a usar ciertas frases o decir la misma cosa muchas veces, casi exactamente de la misma forma.

- Sí, frecuentemente
- Sí, en algunas ocasiones
- No / Su comunicación es no verbal

Si presenta ecolalias, valore si su frecuencia se ha modificado durante el periodo de confinamiento

- Hace menos repeticiones
- Mismas repeticiones
- Hace más repeticiones

¿Cree que su hijo/a podría presentar una sensibilidad inusual ante ciertos estímulos?

Algunos ejemplos de **hipersensibilidad** serían: molestias a algunos ruidos concretos, a algunas texturas de alimentos o materiales, a algunos olores concretos.

Algunos ejemplos de **hiposensibilidad** serían: falta de reacción al dolor, dificultad de reconocer la sensación de hambre o saciedad, de calor o frío, cansancio.

- No muestra ninguna sensibilidad inusual
- Hipersensibilidad** (alta sensibilidad frente a algunos estímulos). / **Hiposensibilidad** (falta de sensibilidad frente algunos estímulos).

En el caso de que crea que su hijo/a presenta cierta a **hipersensibilidad**, ¿Cree que

durante el periodo de confinamiento en casa ha cambiado de intensidad?

En el caso que su hijo/a no presente hipersensibilidad marque "Misma intensidad"

	Menos intensidad que anteriormente	Misma intensidad	Más intensidad
Respuesta al estímulo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el caso de que crea que su hijo/a presenta cierta hiposensibilidad, ¿Cree que durante el periodo de confinamiento en casa ha cambiado de intensidad?

En el caso que su hijo/a no presente hiposensibilidad marque "Misma intensidad"

	Menos intensidad	Misma intensidad	Más intensidad
Respuesta al estímulo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿cómo valoraría los siguientes aspectos relacionados con **sueño** de su hijo/a?

	Han aparecido dificultades	Igual	Ha mejorado
Rutinas de sueño (horarios, franjas estables para dormir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conciliación del sueño y despertares a media noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿cómo se muestra su hijo/a ahora frente a la **alimentación**?

	Menos	Igual	Más
Prueba nuevos alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tolerancia a texturas, colores, temperaturas, formas... diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿cómo valoraría los cambios de su hijo/a en relación a los siguientes parámetros?

En el caso que su hijo/a no haya manifestado alguno de los siguientes parámetros, marque la casilla "Igual"

	Mucho menos	Un poco menos	Igual	Un poco más	Mucho más
Movimientos repetitivos de manos, dedos y cuerpo (balanceos fuertes, correr de un lugar a otro, dar vueltas sobre sí mismo, mover las manos, agitar sus dedos delante de los ojos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acciones repetitivas con objetos o juguetes (alinearse cosas; dar vueltas a los objetos; jugar con una parte de un juguete como jugar a dar vueltas a las ruedas de los coches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Mucho menos	Un poco menos	Igual	Un poco más	Mucho más
Interés repetitivo por juegos / temas específicos (ordenadores o tecnología, coches, dinosaurios, dibujos animales, ciencia ficción)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interés en estimulación sensorial (Inusualmente interesado/a en el tacto, textura de las cosas, mirar materiales durante mucho rato, oler los objeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTES del periodo de confinamiento, ¿considera que su hijo/a realizaba algún tipo de ritual? Es decir, necesitar decir o hacer las cosas de algún modo determinado o pedirle que usted lo haga.

Sí

En alguna ocasión

No

En relación a antes del confinamiento, ¿cómo valoraría los cambios en la manifestación de algún tipo de ritual de su hijo/a?

En el caso que su hijo/a no haya manifestado alguno de los siguientes parámetros, marque la casilla "Igual"

	Mucho menos	Un poco menos	Igual	Un poco más	Mucho más
Rituales verbal (necesidad del niño/a en decir las cosas o hacer que usted lo diga de un modo determinado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros rituales (como la necesidad de poner las cosas en un orden determinado o posición concreto o insistir en que usted lo haga).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿cómo valoraría los cambios de su hijo/a en relación a los siguientes parámetros?

	Menos que antes del confinamiento	Igual	Más que antes del confinamiento
Amabilidad y flexibilidad, es decir no le cuesta mucho perder, tolera mejor los turnos, no se enfada tanto si no hay un orden específico en sus rutinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Variedad de juegos a los que juega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Variedad de juegos de interacción (pilla-pilla, cosquillas, esconderse...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿en qué grado ha aumentado el uso de dispositivos como las tabletas o móviles ?

- Ha aumentado de 1 a 2 horas diarias
- Ha aumentado de 2 a 4 horas diarias
- Ha aumentado 4 horas a más diarias
- Igual que antes

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿en qué grado ha aumentado las horas de televisión ?

- Ha aumentado de 1 a 2 horas diarias
- Ha aumentado de 2 a 4 horas diarias
- Ha aumentado 4 horas a más diarias
- Igual que antes

ANTES del periodo de confinamiento, ¿considera que su hijo/a tenía conductas agresivas (consigo mismo o con otros)?

- Sí
- En alguna ocasión
- No

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿cómo se ha mostrado su hijo/a frente a los siguientes parámetros?

En el caso que su hijo/a no haya mostrado alguno de los siguientes parámetros, marque la casilla "Igual"

	Ha disminuido	Igual	Ha aumentado
Agresividad dirigida a si mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agresividad dirigida a los otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impaciencia o irritabilidad (quejas o enfados frecuentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante el periodo de confinamiento, ¿con qué frecuencia se han presentado conductas agresivas?

- Muy puntualmente
- Semanalmente
- Diariamente
- Varias veces al día
- No ha presentado conductas agresivas

¿Qué sensaciones cree que presenta su hijo/a en relación al coronavirus? Marque más de una opción si lo precisa.

- Miedo con interferencias (puede llegar a provocar aversión a salir a la calle)
- Un poco de miedo y dudas
- Indiferencia
- Tranquilidad
- No consciencia

En relación a antes del periodo de confinamiento, ¿cómo valoraría los cambios en la adquisición de **autonomía** en los siguientes aspectos? Es decir, cambios en la habilidad para hacer las cosas por si solo/a.

	Menos autónomo	Igual de autónomo	Más autónomo
Vestirse y desvestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La hora del baño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Control d'esfínteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para finalizar, ¿cómo valoraría globalmente el grado de bienestar de su hijo/a durante el periodo de confinamiento. Valore del 1 a 5, siendo 5 el mayor grado de bienestar.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |