



Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos - FONAPI
Línea de Investigación y Estudios
Informe Técnico Final

I. Identificación del Proyecto

Nombre proyecto	“Desentrañando los Misterios del Espectro Autista: Investigación hacia la comprensión y la inclusión”
Ejecutor	Universidad San Sebastián
Región	Los Ríos
Coordinador(a) Proyecto	Dr. Rubén Castillo Ortega
Supervisor(a)	Francisco González Olave

II. Resumen

En Chile, el único estudio nacional sobre prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) reporta una tasa del 1,96%, significativamente superior al promedio mundial (0,6%). A pesar de la reciente promulgación de la Ley N°21.545 (“Ley TEA”), el país carece aún de información epidemiológica y biopsicosocial suficiente que permita diseñar políticas públicas basadas en evidencia y adaptadas a la realidad nacional.

En este contexto, y ante solicitudes directas de apoyo de la comunidad autista hacia la Universidad San Sebastián, se desarrolló un estudio estructurado en 2 etapas. La primera consideró la creación de un instrumento que pudiera evaluar y determinar las características ecobiopsicosociales principales de esta comunidad, el que fue construido en conjunto con una persona autista y tres cuidadoras principales de niños autistas. La segunda etapa fue la aplicación del instrumento.

El presente informe destaca los resultados de un estudio descriptivo con enfoque de salud pública, orientado a caracterizar las condiciones biológicas, psicológicas, territoriales y sociales de niños, niñas y adolescentes autistas en Valdivia. La muestra incluyó 160 participantes entre 2 y 17 años (edad promedio: 9 años; moda: 6 años), con una proporción de 3 hombres por cada mujer. Entre los principales resultados, se observa que la madre es cuidadora principal en el 89,4% de los hogares, y que 3 de cada 10 participantes presentan antecedente familiar de autismo en primer grado. Además, 28,8% nació de forma prematura, y 6% no tiene su calendario de vacunación completo.

En el ámbito clínico, el 50% consume al menos un fármaco diario, principalmente antipsicóticos atípicos. Se observa una malnutrición por exceso del 60%, con 55% en riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. El lenguaje y la comunicación fueron las áreas más comprometidas, con signos detectados a los 25,5 meses y diagnóstico promedio a los 59,8 meses, evidenciando un retraso diagnóstico de casi tres años. Respecto al nivel de apoyo requerido, 45,6% corresponde a nivel 1, 34,4% a nivel 2 y 10% a nivel 3.

En el plano social, 58,1% posee carné de discapacidad y 21% de los ingresos familiares se destinan a terapias. El 65% de las cuidadoras no realiza actividades de autocuidado, principalmente por falta de tiempo. En educación, 8 de cada 10 niños están escolarizados en educación regular, pero 4 de cada 10 han sufrido bullying y la misma proporción ha enfrentado acorte de jornada escolar impuesto por el establecimiento.

Estos resultados permiten visibilizar inequidades estructurales y condiciones de vulnerabilidad de la comunidad autista infantil, aportando evidencia inédita para fortalecer la implementación de la Ley TEA y orientar estrategias intersectoriales de salud, educación e inclusión en Chile.



III. Introducción

La presente investigación surge a partir de la creciente demanda de apoyo por parte de la comunidad autista hacia las autoridades de Valdivia, reflejando la necesidad de generar evidencia científica que contribuya al diseño e implementación de políticas públicas más efectivas. En respuesta a esta solicitud, se desarrolló un estudio centrado en las características ecobiopsicosociales de niños y niñas autistas en Chile, con un enfoque desde la salud pública.

El propósito principal del estudio fue ampliar la información disponible sobre la población autista a nivel local, fortaleciendo la base de conocimiento que sustenta la Ley N°21.545 ("Ley TEA"), la cual promueve la inclusión, detección temprana, atención integral y acompañamiento continuo de las personas dentro del espectro autista y sus familias.

Mediante una aproximación integral, la investigación abordó variables biológicas, psicológicas y sociales, identificando patrones y factores asociados al bienestar, las brechas en el acceso a servicios de salud y educación, y las condiciones que determinan la calidad de vida de esta población. Los resultados permiten visibilizar la diversidad de experiencias dentro del espectro autista, aportando evidencia útil para el desarrollo de programas de intervención intersectorial y políticas basadas en datos.

En conjunto, esta investigación representa un aporte pionero desde la academia al fortalecimiento de la Ley TEA, contribuyendo a una comprensión más profunda del autismo infantil en Chile y al compromiso institucional de la Universidad San Sebastián con la equidad, la inclusión y la salud pública.



IV. Desarrollo y detalle de problema de investigación

La falta de información sobre el trastorno del espectro autista (TEA) persiste como un desafío significativo en muchas sociedades. Esta falta de comprensión y conocimiento afecta profundamente tanto a las personas que viven con autismo como a sus familias. Estudios previos han referido la importancia de adoptar estrategias para reducir esta brecha de conocimiento, debido a que las personas autistas enfrentan barreras significativas para acceder a servicios y apoyos adecuados debido a la falta de sensibilización y educación en la sociedad. En Chile la investigación referente al tema es escasa, donde incluso se desconoce la epidemiología y las características biopsicosociales de esta población. La falta de conocimiento sobre esta situación de salud puede tener consecuencias significativas tanto a nivel individual como social, que van desde problemas como los diagnósticos tardíos y errados, estigmatización y discriminación, problemáticas asociadas a género, falta de apoyo adecuado y la pérdida de oportunidades para el desarrollo personal y profesional, como también consecuencias profundas en la calidad de vida y salud mental de la persona. Asimismo, la indisponibilidad de información no permite reforzar las normativas e intervenciones de política pública, como la Ley N°21.545, afectando así de manera sistemática a una población desprotegida.

Con los resultados de este proyecto se busca promover la inclusión, identificar factores de riesgo y protectores dentro de la comunidad, mejorar el diagnóstico y promover la intervención precoz y eficiente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona TEA y su familia, que vive en la ciudad de Valdivia.



V. Marco Teórico

Definición actualizada del Trastorno del Espectro Autista:

El Trastorno de Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo caracterizado por síntomas principales como alteraciones de la comunicación e interacción social recíproca (1). Se pueden presentar, además, alteraciones sensoriales, comportamientos repetitivos, irritabilidad (2), intereses limitados, conductas repetitivas y estereotipadas, y niveles variables de capacidad intelectual (3), los cuales pudieran provocar un deterioro significativo en el desempeño personal, familiar, social, educativo y/o laboral (4-7), y de carácter crónico (1), que inicia en la primera infancia (8-10), e incluso existe literatura que lo asocia a un inicio en la etapa prenatal o postnatal precoz (3).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) clasifica al Autismo dentro de los Trastornos del Desarrollo Neurológico, caracterizado por cinco aspectos (11-12).

Ley de Autismo en Chile:

La Ley Número 21.545 del Estado de Chile, que establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación, fue publicada el 10 de marzo de 2023. Esta consta de 25 artículos y de 4 disposiciones transitorias destacándose el objetivo de esta como “asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades y resguardar la inclusión de los niños, niñas, adolescentes y adultos con trastorno del espectro autista; eliminar cualquier forma de discriminación; promover un abordaje integral de dichas personas en el ámbito social, de la salud y de la educación, y concientizar a la sociedad sobre la temática” (13).

La ley en su Título I ‘Disposiciones generales’ y artículo número 3 refiere sus principios como: Trato digno, autonomía progresiva, perspectiva de género, intersectorialidad, participación y diálogo social, neurodiversidad, detección temprana, y seguimiento continuo.

Epidemiología:

El Trastorno del Espectro Autista es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuente, superado por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la discapacidad intelectual (14). Es así como la bibliografía actual refiere que la incidencia del Autismo ha ido incrementando de manera continua en los últimos treinta a cincuenta años (15-19), mientras que, un estudio en Estados Unidos refiere que la prevalencia a nivel escolar ha aumentado en 29% (20). La prevalencia a nivel mundial se estima entre 0,4 - 1% (6, 9, 16, 21, 22). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la sitúa en 0,625% (23). Se han observado diferentes tasas de prevalencia e incidencia en distintas áreas geográficas del mundo (5, 9, 17). Particularmente, en



Latinoamérica se ha observado una prevalencia de 0,87% (18), en donde el único estudio en Chile refiere que este alcanza una prevalencia de 1,96% en área urbana (17).

Los estudios refieren que se observan importantes diferencias entre género, en una proporción de hombres a mujeres en 4:1 (5, 24). Sin embargo, la literatura señala que es importante destacar que no hay claridad en este respecto, debido a que las mujeres presentan “una mayor capacidad intelectual, mejores habilidades lingüísticas y una percepción de mejores habilidades sociales” (3), lo que podría enmascarar, camuflar o retrasar el diagnóstico en personas de sexo femenino (5, 24).

Finalmente, la National Health Stadistic Reports refiere la existencia de tres niveles de Autismo, siendo el más frecuente el autismo leve (58,3%), seguido por el moderado en 34,8%, y finalmente severo con una prevalencia 6,9% (12). En Chile no existen datos respecto a la distribución del TEA de acuerdo a los niveles de apoyo.

Escolarización:

Respecto a la escolarización de la persona autista, la literatura refiere que existe escasa información sobre establecimientos educacionales que brinden servicios especializados para niños TEA (15). En este contexto, investigaciones a nivel mundial sobre distintos ámbitos del TEA han descrito que alrededor del 17% de ellos son suspendidos de sus colegios, 4% son expulsados, 34% son víctimas de acoso escolar (12, 20), y 9,1% recibe educación especial (20). La bibliografía refiere que, a nivel escolar, las personas autistas son diferenciadas de acuerdo con su nivel intelectual y al contexto escolar en todos sus ámbitos.

Hacia el año 2022, Astudillo y Mondaca (25) describen los principios sobre el derecho de la educación en personas del espectro autista, haciendo énfasis principalmente en aquellas partes de la legislación chilena e internacional involucradas en esta materia, como la Ley N° 20.370, la oportunidad de inclusión de personas con discapacidad (Ley N° 20.422), y otros Derechos Internacionales, como los del Comité de los Derecho del Niño (observaciones generales número 1,5,9,14), respectivamente. Asimismo, este reporte refiere que el autismo no debe ser visto como una barrera de acceso al derecho de la educación (25), y que, por el contrario, lo más importante del proceso del niño, niña o adolescente (NNA) autista es su participación en contextos escolares. Por su parte, la Ley 21.545 enfatiza que los colegios no pueden rechazar a una persona autista por su condición, y si esto ocurriera, se incurre en causal de discriminación arbitraria conforme a la Ley N° 20.609 y la Ley N°20.422 (26).

Es importante incorporar mayor cantidad de intervenciones y programas educativos en la práctica diaria en la población TEA y DI moderada a grave (10). A modo de conclusión, la estrategia más



pertinente podría ser, ubicar a los alumnos autistas tanto en un aula regular como un aula de inclusión de manera combinada (8).

Patologías concomitantes:

Las comorbilidades médicas son frecuentes en niños y adolescentes autistas, y entre el 8% y el 25% de estos pacientes son diagnosticados con alguna condición médica adicional a lo largo de sus vidas (6). Estas comorbilidades pueden retrasar, enmascarar o dificultar el diagnóstico temprano del TEA.

Una persona autista puede presentar comorbilidades asociadas, como (12):

- a.) Déficit cognitivo, con prevalencia variable, destacándose que el 30% cursa con discapacidad cognitiva moderada y un 40% con discapacidad cognitiva grave (8, 21).
- b.) Epilepsia, con una prevalencia de entre 20-35%.
- c.) Trastornos de Integración Sensorial, con una prevalencia de entre 69-90%.
- d.) Trastornos del sueño, con una prevalencia de entre 40-80% (4, 8).
- e.) Otros, como dispraxias motoras, alteraciones auditivas, alteraciones motoras, alteraciones conductuales (21), problemas gastrointestinales (8), ansiedad, depresión (4, 21, 27) e hiperactividad (4, 8).

Los estudios destacan características conductuales agresivas de las personas autistas hacia sus cuidadores, siendo más prevalente en hombres que en mujeres (27); pudiéndose referir al enmascaramiento de síntomas que caracteriza a las personas de sexo femenino.

Finalmente, aquellos pacientes que son diagnosticados autistas a temprana edad, con frecuencia se subdiagnostican otras patologías neuropsiquiátricas concomitantes frecuentes, como el TDAH (16). Por esta razón, los médicos deben considerar la posibilidad de autismo no solo en las consultas rutinarias, sino también cuando el niño presenta diversos síntomas somáticos (9). Debido a la falta de información proveniente de Chile, el autismo es observado de acuerdo a lo anteriormente descrito.

Estado nutricional:

La literatura describe que las características principales que afectan al estado nutricional de la persona autista son la hipersensibilidad e hiperselectividad alimentaria (8, 28). Estas particularidades conllevan al desarrollo de hábitos alimentarios poco saludables (2) que se observan durante todo el ciclo de vida de la persona (28), caracterizándose por malnutrición por exceso y desnutrición de micronutrientes (2, 28). Este patrón de alimentación genera un déficit



en el desarrollo y maduración del cerebro (28), lo cual agrava la sintomatología en personas autistas, efecto que se atribuye principalmente a la carencia de nutrientes esenciales a nivel neurológico.

Asimismo, se ve afectado el patrón de sueño (8, 28), causado por un mecanismo de hiperactivación, con los consecuentes efectos negativos sobre el apetito de la persona, el que se ve aumentado por la falta de horas de sueño.

De manera paralela, los síntomas de la persona autista son comúnmente tratados con fármacos como el aripiprazol (2) y risperidona (29), los que tienen un efecto adverso sobre el apetito, incrementándolo de manera importante, sentenciando así un estado nutricional caracterizado por el sobrepeso y sus consecuencias como aumento de hemoglobina glicosilada, glucosa, insulinemia, leptina y reducción de la adiponectina (29). Sin información en Chile respecto a esta situación de salud, por lo que las decisiones de salud pública y comunitaria se basan en estudios extranjeros.

Tratamientos disponibles:

En la actualidad, no existe ningún medicamento para tratar el autismo, por lo tanto, no tiene cura (3, 16). Los tratamientos disponibles están enfocados en mejorar los síntomas y signos, no en eliminar la condición o el trastorno (20), y varía según el grado y la naturaleza de los síntomas. Estos tratamientos buscan apoyar distintas necesidades de la persona, siendo las principales intervenciones las de tipo conductual, de desarrollo, educativo, socio-relacional, farmacológico, y psicológico, y de tipo complementario (8, 16, 20).

Además, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), autoriza el uso de dos fármacos para el manejo de las necesidades más prevalentes de la persona autista (1) – la irritabilidad y conductas disruptivas -, como el aripiprazol y la risperidona (1, 21, 29, 30), que corresponden a medicación psicotrópica (2).

Instrumentos para el diagnóstico:

La Norma Técnica de la Supervisión de Salud de niños de 0 a 9 años que se aplica en Chile refiere que se deben realizar evaluaciones generales del desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses de edad, mientras que en menores de entre 16 a 30 meses con rezagos en las áreas sociales y/o del lenguaje, así como en aquellos con sospecha clínica de autismo, se debe aplicar el M-CHAT y su versión de seguimiento (M-CHAT-R/F) (6).

En Chile, los instrumentos a utilizar son el Cuestionario Modificado de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños (M-CHAT), Autism Diagnostic Observation Schedule – second edition (ADOS-2) (19), Quantitative Checklist for Autism in Toddlers Q-CHAT (Q-CHAT) y el Examen del



Estado Mental para Autismo (AMSE). A los resultados de estos instrumentos se debe agregar la observación clínica relacionada al desarrollo psicomotor y socioemocional de los NNA, el que debe ser realizado por profesionales capacitados y equipos interdisciplinarios (5, 6, 24). Se debe agregar observación de conductas, entrevistas a los padres y aplicación de instrumentos estandarizados (4 – 6, 20, 21, 24, 29).

Este diagnóstico es realizado por médicos especialistas (neurólogo y/o psiquiatra infantil) quienes se encuentran en centros de especialidad ambulatoria de hospitales públicos del país (26).

Edad de inicio de síntomas:

Los primeros cinco años de vida son fundamentales para establecer las bases del desarrollo, la autonomía y las habilidades cognitivas en el ser humano (6).

La literatura actual refiere que el inicio de síntomas precoces se observa desde los 9 meses (3, 9, 12, 31). Destacándose a los 12 meses, retraso del desarrollo psico-motor, falta de seguimiento en la mirada, desregulación emocional y falta de respuesta a estímulos (3, 32). Otros estudios, indican conductas repetitivas y problemas comunicacionales desde los 18 meses de edad (3, 11, 16, 32). Asimismo, a los 24 meses de edad se observan falta de juego imaginativo, no respuesta al llamado de su nombre y preferencia por imágenes atípicas (16, 31).

A pesar de que la literatura refiere que los síntomas del TEA se pueden presentar a temprana edad suelen ser inespecíficos y sutiles, y sólo se manifiestan cuando las exigencias del entorno superan sus habilidades (3, 6), o se pueden ver enmascaradas por habilidad aprendidas (12), es por lo que la tardanza de diagnóstico es menor en aquellos casos más severos de autismo (6).

Para abordar la complejidad de identificar el TEA a una edad temprana, la Asociación Americana Pediátrica (AAP) recomienda que todos los niños deben recibir una evaluación específica del TEA con una prueba de detección estandarizada a los 18 y 24 meses, o cuando surjan inquietudes, y que se realice una vigilancia del desarrollo en cada visita de salud (3), por lo que las evaluaciones que se realizan en los Centros de Atención Primaria de Chile son críticos para la pesquisa de autismo en edad pediátrica.

Edad de diagnóstico:

Diversos estudios epidemiológicos señalan que la edad de diagnóstico promedio a nivel mundial varía entre los 30 y 84 meses (9, 15, 32). Mientras que, en comparaciones de países de ingresos altos y bajos el diagnóstico fluctúa entre 52 y 60 meses, respectivamente (15). En Chile, un estudio revela que el diagnóstico se logra a los 59 meses (33), existiendo así un retraso aproximado de treinta meses entre las primeras señales que observan los padres y el diagnóstico final (6).



Importancia del diagnóstico precoz:

Actualmente, el énfasis en la importancia de la detección temprana y la intervención especializada en la persona autista se basa en la neuroplasticidad de los niños, para así favorecer el desarrollo integral y la correcta integración en la sociedad e independencia, es decir, modificar el pronóstico funcional a largo plazo de la persona TEA. Esto implica que las experiencias relacionales orientadas a mejorar la atención social, la comunicación y el compromiso afectivo, están a su vez asociados con el desarrollo y funcionamiento del cerebro (6, 9, 15, 22).



VI. Metodología

6.1 Diseño de investigación

El estudio contó con una intervención experimental, de planificación prospectiva, medición transversal y variables analíticas cuali-cuantitativas. Se realizará en Valdivia-Chile, desde diciembre 2024 a septiembre 2025.

6.2 Lugar de realización del estudio

El estudio se llevó a cabo en la Región de Los Ríos, comuna de Valdivia-Chile, durante los meses febrero a octubre 2025, en las dependencias de la casa Amigo Autismo Valdivia, ubicado en Chacabuco #571-Valdivia. La organización Amigo Autismo Valdivia se comprometió a prestar su espacio físico para la aplicación de este proyecto de investigación, el que ya es conocido por la persona autista y su familia para prevenir descoordinación y/o pérdida de recursos, y se encuentra adecuado para realizar la intervención y evitar molestias.

6.3 Unidad de análisis

Las respuestas de las personas cuidadoras principales de menores de edad que tengan el diagnóstico de autismo.

6.4 Población y muestra

La población estará compuesta por los cuidadores de personas autistas que asisten a “Organización Amigos Autista” ($n=160$); dichos cuidadores eran mayor de edad. La muestra fue constituida por la totalidad de cuidadores de personas autistas menores de edad diagnosticados con TEA por profesional especialista, que participe en la Organización.

Se enfatiza que la organización en cuestión sólo trabaja con personas que ya poseen el diagnóstico.

6.5 Técnica de recolección de datos:

- a) Se genera un primer encuentro con presidenta de Amigo Autismo Valdivia para explicar necesidad de investigación en la persona autista, determinándose la necesidad de crear un instrumento que evalúe las características biopsociales de la persona autista, para potenciar la Ley 21.545, y ampliar sus efectos en esta población.
- b) Se crea un grupo de investigación compuesto por 3 expertos en autismo de la Universidad San Sebastián y 4 expertos por experiencia que pertenezcan a Amigo Autismo Valdivia.

c) Durante noviembre 2024, se realizaron jornadas con comité experto de salud y educación en el TEA de la Universidad San Sebastián -sede Valdivia, para la creación de instrumento de evaluación biopsicosocial a aplicarse en este proyecto, el que, además, contó con expertos por experiencia (cuidadoras de personas autistas y personas autistas), obteniendo así un instrumento adecuado a las necesidades que tiene esta población.

d) Validez de contenido: La validez de contenido se llevó a cabo mediante el juicio de un grupo de expertos (5) compuesto por seis profesionales seleccionados en función de su especialidad, grado académico y experiencia en atención de usuarios Autista.

Los profesionales contestaron individualmente una encuesta con preguntas cerradas para evaluar la adecuación y pertinencia del instrumento, basándose en una escala de Likert de 1 a 5 (1 = en total desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = no estoy seguro, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo). Los expertos también evaluaron la lógica y distribución de las preguntas y la suficiencia de ítems para recolectar la información deseada, teniendo además la posibilidad de aportar observaciones y/o sugerencias como pregunta abierta. Posteriormente, se analizó el coeficiente de validez del instrumento (CVC) propuesto por Hernández-Nieto(9), donde cada ítem del instrumento se verificó calculando la media individual en base a la fórmula Eq. 1: CVC = $(Mx/Vmáx) - Pei$, donde Mx representa la media del elemento en la puntuación dada por los expertos; Vmáx, la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar; y Pei, el error asignado a cada ítem, el que se muestra a continuación:

Tabla I. Media, DE, y CVC para adecuación y pertinencia de FFQ-P

Variable	Item	Media	DE	CVC
Adecuación	1	4,5	0,37	0,9
	2	4,7	0,43	0,94
	3	4,7	0,16	0,94
	4	4,9	0,13	0,98
	5	4,7	0,31	0,94
	6	4,8	0,16	0,96
Pertinencia	1	4,8	0,4	0,96
	2	4,8	0,4	0,96
	3	5	0	1
	4	5	0	1
	5	5	0	1
	6	5	0	1



Finalmente, se observa una validación CVC de:

- Adecuación, entendido como “Las preguntas se comprenden con facilidad (clara, acorde a nivel de información para un no profesional)” y “En la lista, las preguntas se presentan en un orden lógico”: Valor CVC 0,94.
- Pertinencia, entendido como “Las preguntas son pertinentes para lograr el objetivo del instrumento”: Valor CVC 0,99.

Además, se unió al grupo de trabajo de manera permanente durante el estudio una madre cuidadora de persona TEA como personal administrativo, fortaleciendo así la colaboración entre organización e institución, facilitando el lenguaje inclusivo y de perspectiva de género.

e.) El instrumento fue aplicado a los cuidadores de las personas autistas a través de profesionales de la salud. Estos entrevistadores fueron capacitados previamente (a través de role-playing y en entrevistas cualitativas, principalmente) no sólo en la correcta forma de entrevistar, sino que en lenguaje inclusivo a utilizar dada las características de la población en estudio. Asimismo, se contó con el apoyo de la presidenta de la Organización Amigo Autismo Valdivia, quien facilitó la gestión entre entrevistadores y familia autista, generando un lazo que permita una intervención sin inconvenientes. Las respuestas obtenidas por el instrumento fueron traspasadas a base de datos al que sólo el investigador principal podía acceder, con codificación de cada persona, asegurando el anonimato y cuidado con datos sensibles de la población autista.

VII. Análisis

Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de las variables continuas. Los resultados se expresaron como promedios y desviaciones estándar cuando la distribución fue normal, o como medianas y rangos intercuartílicos cuando la distribución fue no normal. Asimismo, se graficaron histogramas para describir la forma de las distribuciones.

Posteriormente, se aplicaron diferentes pruebas estadísticas en función del tipo de variables y la naturaleza de la comparación:

Pruebas cualitativas: se emplearon el test de Fisher (para tablas de contingencia con baja frecuencia esperada en las celdas), el chi-cuadrado de Pearson (para evaluar la asociación entre variables categóricas), y el V de Cramér (como medida de fuerza de asociación entre variables nominales).

Pruebas de tendencia: se utilizó el test de Cuzick para evaluar la existencia de tendencias lineales a través de categorías ordinales, permitiendo detectar gradientes en la relación entre el nivel socioeconómico y variables de resultado.

Análisis post hoc: cuando se identificaron diferencias globales en pruebas de comparación múltiple, se aplicó el ajuste de Bonferroni con el fin de controlar el error tipo I y asegurar comparaciones más conservadoras entre grupos.

Regresiones lineales: se realizaron regresiones lineales simples para explorar la relación entre variables continuas y de resultado. Asimismo, se implementaron regresiones lineales con variables dummy para incluir predictores categóricos en modelos continuos, lo que permitió evaluar diferencias ajustadas entre grupos nominales.

Pruebas de comparación de medias: se aplicó el Análisis de Varianza (ANOVA) para comparar promedios entre más de dos grupos con distribución normal y homogeneidad de varianzas. En caso de no cumplirse los supuestos paramétricos, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, adecuada para comparar medianas entre múltiples grupos independientes.

Correlación no paramétrica: se empleó el coeficiente rho de Spearman para evaluar la asociación monotónica entre variables ordinales o entre una variable continua no normal y una ordinal.

Modelos de regresión logística:

1. Se aplicó regresión logística binaria para estudiar la relación entre variables independientes y un desenlace dicotómico.
2. Se utilizó regresión logística ordinal cuando la variable dependiente se encontraba en categorías con orden inherente (p. ej. escalas de Likert).



3. Se implementó regresión logística multinomial cuando la variable dependiente correspondía a categorías nominales sin orden (p. ej. distintos tipos de escolarización o sanciones escolares).

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software Stata v.22 (StataCorp, College Station, TX, EE.UU.), estableciendo un nivel de significancia de $p < 0.05$.

VIII. Resultados

1. Resultados de los parámetros de salud pediátrica general de las personas autistas de Valdivia-Chile.

Tabla 1. Análisis de distribución etaria de los niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Edad en años	160	9.05	4.002829	2	17

- De acuerdo a la tabla 1, se observa que la muestra se compone por 160 niños, niñas y adolescentes autistas, con una media de 9 años de edad, con edades comprendidas entre los 2 y 17 años.

Tabla 2. Análisis de distribución por grupo etario de las personas autistas de Valdivia-Chile.

Edad en años	Freq.	Percent	Cum.
2			
Preescolares	34	21.25	21.25
Escolares	58	36.25	57.50
Adolescentes	68	42.50	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 2, se observa que 42.50% de las personas autistas de la muestra son adolescentes, comprendido entre edades de 10-19 años. Mientras que los escolares, con edades comprendidas entre 6 y 9 años, representan un 36.25%, y los preescolares representan un 21.25% de la muestra, con edades comprendidas entre los 2 y 5 años.

Tabla 3. Análisis de distribución por grupo etario de las personas autistas de Valdivia-Chile.

Edad en años					
Percentiles	Smallest		Obs	160	
1%	2		2		
5%	4		2		
10%	4		2		
25%	6		2		Sum of Wgt. 160
50%	9		Mean 9.05		
75%	12		Largest 17		Std. Dev. 4.002829
90%	15		Variance 16.02264		
95%	17		Skewness .3875625		
99%	17		Kurtosis 2.280383		

- De acuerdo a la tabla 3, se observa que 50% de la muestra tiene entre 2 y 9 años. Asimismo, la edad más frecuentemente estudiada fue de 6 años, con varianza correspondiente a 16 años, y la variabilidad absoluta (no relativa) corresponde a 4 años.

Tabla 4. Análisis de distribución por Cuidador principal de los NNA autistas de Valdivia-Chile.

Cuidador principal:	Freq.	Percent	Cum.
Madre	143	89.38	89.38
Padre	8	5.00	94.38
Abuela	3	1.88	96.25
Madre y padre	5	3.13	99.38
Otros	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 4, se observa que 89.38% de los cuidadores principales de los NNA autistas de Valdivia corresponde a sus madres, seguido por los padres (5%).

Tabla 5. Análisis de distribución por grado de parentesco (consanguinidad) de los progenitores de los NNA autistas de Valdivia-Chile.

Grado de parentesco:	Freq.	Percent	Cum.
No	159	99.38	99.38
Si	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 5, se observa que 99.38% de los cuidadores principales de los NNA autistas de Valdivia refiere no tener parentesco entre progenitores.

Tabla 6. Análisis de distribución de acuerdo a la edad gestacional de nacimiento de los NNA autistas de Valdivia-Chile.

Semanas de gestación:	Freq.	Percent	Cum.
De término	114	71.25	71.25
Prematuro tardío	44	27.50	98.75
Prematuro extremo	2	1.25	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 6, se observa que 71.25% de la muestra fue nacida de término (posterior a la semana 38 de gestación), mientras que 27.5% de la población refiere haber nacido entre las semanas 32-36 (prematures tardía), y 1.25% refiere nacido antes de las 32 semanas de gestación (prematures extrema).

Tabla 7. Análisis de distribución de acuerdo al nivel de actividad física de los NNA autistas de Valdivia-Chile.

Actividad física	Freq.	Percent	Cum.
No	112	70.00	70.00
	48	30.00	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 7, se observa que 70% de la muestra refiere no destinar al menos tres horas de ejercicio programado a la semana.

Tabla 8. Análisis de distribución de acuerdo al cumplimiento de vacunas de acuerdo al Programa de Inmunización Ministerial, en población de NNA autistas de Valdivia-Chile.

Vacunas al dia	Freq.	Percent	Cum.
No	9	5.63	5.63
	151	94.38	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 8, se observa que 94.38% de la muestra refiere tener administradas las vacunas de acuerdo al Programa de Inmunización Ministerial.

Tabla 9. Análisis de distribución de acuerdo a causa de no cumplimiento de vacunas de acuerdo al Programa de Inmunización Ministerial, en población de NNA autistas de Valdivia-Chile.

Categ vacunas	Freq.	Percent	Cum.
Falta de tiempo	4	44.44	44.44
Culpa a vacuna de TEA	1	11.11	55.56
Hipersensibilidad	3	33.33	88.89
Contraindicada	1	11.11	100.00
Total	9	100.00	

- De acuerdo a la tabla 9, se observa que 44.44% de la muestra refiere no tener administradas las vacunas de acuerdo al Programa de Inmunización Ministerial debido a falta de tiempo, seguido por hipersensibilidad (33.33%).

Tabla 10. Análisis de distribución de acuerdo a la cantidad de fármacos (no suplementos dietéticos) que consume la población de NNA autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Cantidadde~s	160	1.20625	1.401243	0	6

- De acuerdo a la tabla 10, se observa que la población en cuestión consume 1,2 fármacos al día, con una distribución de 0 y 6 fármacos diarios. Se observa una variabilidad absoluta de 1.4 DS.

Tabla 11. Análisis de acuerdo la cantidad de fármacos (no suplementos dietéticos) que consume la población de NNA autistas de Valdivia-Chile.

Cantidad de fármacos					
Percentiles		Smallest			
1%	0	0			
5%	0	0			
10%	0	0	Obs	160	
25%	0	0	Sum of Wgt.	160	
50%	1		Mean	1.20625	
		Largest	Std. Dev.	1.401243	
75%	2	5			
90%	3	5	Variance	1.963483	
95%	4	5	Skewness	1.266771	
99%	5	6	Kurtosis	4.037187	

- De acuerdo a la tabla 11, se observa que 50% de la población en estudio consume entre 0 y 1 fármacos al día. Asimismo, la varianza corresponde a 1.96 fármacos, y la variabilidad absoluta (no relativa) corresponde a 1.4 fármacos por día.

Tabla 12. Análisis de acuerdo a la distribución de consumo de fármacos (no suplementos dietéticos) que posee la población de NNA autistas de Valdivia-Chile.

Cantidad de fármacos	Freq.	Percent	Cum.
0	65	40.63	40.63
1	44	27.50	68.13
2	26	16.25	84.38
3	11	6.88	91.25
4	7	4.38	95.63
5	6	3.75	99.38
6	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 12, se observa que 40.63% de la población en cuestión en refiere no consumir fármacos. Mientras que 0.63% de la muestra refiere consumir 6 fármacos al día.

Tabla 13. Análisis de acuerdo al tipo de fármacos (no suplementos dietéticos) que tiene indicado la población de NNA autistas de Valdivia-Chile.

Tipo de fármacos	Freq.	Percent	Cum.
Antidepresivos (ISRS e IRSN)	13	6.91	6.91
Psicoestimulantes (ISRSN)	19	10.11	17.02
Ansiolíticos benzodiacepínicos	3	1.60	18.62
Hipnótico no benzodiacepínico	30	15.96	34.57
Antihistamínicos	12	6.38	40.96
Antipsicóticos atípicos	62	32.98	73.94
Anticonvulsivantes	10	5.32	79.26
Antimaníacos	2	1.06	80.32
Glucocorticoides	14	7.45	87.77
GH	1	0.53	88.30
Hormona tiroidea sintética	3	1.60	89.89
Inmunosupresores	1	0.53	90.43
Broncodilatadores	3	1.60	92.02
Diuréticos	1	0.53	92.55
Antihipertensivo IECA	1	0.53	93.09
Laxante osmótico	4	2.13	95.21
Inhibidor bomba de protones	3	1.60	96.81
Sedantes naturales	6	3.19	100.00
Total	188	100.00	

- De acuerdo a la tabla 13, se observa que el tipo de fármacos más utilizado por la muestra son los antipsicóticos atípicos (32.98%), seguido por los Hipnóticos no benzodiacepínicos (15.96%) y los Psicoestimulantes (10.11%).

Tabla 14. Análisis de la distribución según la presencia de un familiar autista de primer grado en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile

Familiar en 1er grado con autismo	Freq.	Percent	Cum.
No	115	71.88	71.88
Si	45	28.13	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 14, se observa que 28.13% de la población en estudio refiere tener un familiar en primer grado autista, mientras que 71.88% refiere no tenerlo.

Tabla 15. Análisis de la distribución según el estado nutricional niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Estado nutricional	Freq.	Percent	Cum.
Desnutrición	2	1.25	1.25
Riesgo desnutrir	4	2.50	3.75
Eutrofia	58	36.25	40.00
Sobrepeso	42	26.25	66.25
Obesidad	30	18.75	85.00
Obesidad severa	24	15.00	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 15, 36,25% de la muestra presenta estado nutricional de Eutrofia, seguido por Sobrepeso (26,25%) y Obesidad (18,75%).

Tabla 16. Análisis de la distribución según estatura en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile

Estatura/Longitud	Freq.	Percent	Cum.
Talla baja	8	5.00	5.00
Talla normal-baja	25	15.63	20.63
Talla normal	87	54.38	75.00
Talla normal-alta	28	17.50	92.50
Talla alta	12	7.50	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 16, 54,38% de la muestra presenta Talla normal, seguido por Talla normal-alta (17,50%) y Talla normal-baja (15,63%).

Tabla 17. Análisis de la distribución según obesidad central en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile

Obesidad central	Freq.	Percent	Cum.
Sin riesgo	64	44.76	44.76
Riesgo de Obesidad central	40	27.97	72.73
Obesidad central	39	27.27	100.00
Total	143	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 17, 44,76% de la muestra no presenta obesidad central, seguido de aquellos presentan riesgo de obesidad central (27,97%) y aquellos que poseen Obesidad central (27,27%).

Tabla 18. Análisis de la distribución de peso en preescolares autistas de Valdivia, Chile

Peso en preescolares	Freq.	Percent	Cum.
Eutrofia	12	35.29	35.29
Sobrepeso	12	35.29	70.59
Obesidad	7	20.59	91.18
Obesidad severa	3	8.82	100.00
Total	34	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 18, los preescolares presentan Eutrofia y Sobrepeso en igual proporción (35,29%), seguido por Obesidad (20,59%) y Obesidad Severa (8,82%). No se observan preescolares con Riesgo de Desnutrir ni Desnutrición.

Tabla 19. Análisis de la distribución de peso en preescolares autistas de Valdivia, Chile.

IMC/edad o P/T				
Percentiles		Smallest		
1%	-.76			-.76
5%	0			0
10%	0			0
25%	0			0
50%	1.025			Mean 1.081563
75%	1.865		Largest 2	Std. Dev. .9219863
90%	2		2.28	Variance .8500588
95%	2.33		2.33	Skewness .1179046
99%	3.31		3.31	Kurtosis 2.561893

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 19, 50% de la muestra preescolar presenta un estado nutricional entre -0.76 y 1.025 DS, en un rango de -0.76 y 3.31 DS, con una variabilidad de 0.92 DS, y una varianza de 0.85.
- Se observaron 2 outliers en la muestra de preescolares.

Tabla 20. Análisis de la distribución de estatura en preescolares autistas de Valdivia, Chile

Estatura/ Longitud	Freq.	Percent	Cum.
Talla baja	5	14.71	14.71
Talla normal-baja	4	11.76	26.47
Talla normal	15	44.12	70.59
Talla normal-alta	7	20.59	91.18
Talla alta	3	8.82	100.00
Total	34	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 20, se observa que 44,12% de los preescolares presentan talla normal, seguido por talla normal-alta (20,59%) y talla baja (14,71%).

Tabla 21. Análisis de la distribución de estatura en preescolares autistas de Valdivia, Chile.

Talla/edad				
Percentiles		Smallest		
1%	-2.65			-2.65
5%	-2.16			-2.16
10%	-2			-2.08
25%	-1			-2
50%	0			Mean -.0623529
75%	1		Largest 1.82	Std. Dev. 1.247582
90%	1.82		1.86	Variance 1.556461
95%	2		2	Skewness -.2037814
99%	2		2	Kurtosis 2.406372

- De acuerdo a la Tabla 21, 50% de la muestra se encuentra entre -2.65 a 0 DS, en un rango de -2.65 a 2 DS, con un promedio de -0.62 DS, con una variabilidad de 1,24 DS y una varianza de 1,55.

Tabla 22. Análisis de la distribución de estado nutricional en escolares autistas de Valdivia, Chile.

Estado nutricional	Freq.	Percent.	Cum.
Bajo peso	1	1.72	1.72
Eutrofia	17	29.31	31.03
Sobrepeso	13	22.41	53.45
Obesidad	12	20.69	74.14
Obesidad severa	15	25.86	100.00
Total	58	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 22, se observa que 29,31% de los escolares presentan estado nutricional de Eutrofia, seguido por Obesidad severa (25,86%) y Sobrepeso (22,41%).

Tabla 23. Análisis de la distribución de estado nutricional en escolares de Valdivia, Chile.

IMC/edad o P/T				
Percentiles	Smallest			
1%	-1	-1		
5%	-.53	-.73		
10%	-.26	-.53	Obs	58
25%	.46	-.5	Sum of Wgt.	58
50%	1.93		Mean	1.832414
		Largest	Std. Dev.	1.484451
75%	3.03	3.96		
90%	3.95	3.98	Variance	2.203594
95%	3.98	4.04	Skewness	-.1539763
99%	4.51	4.51	Kurtosis	1.898265

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 23, 50% de la muestra de escolares presenta un estado nutricional entre -1 y 1.93 DS, en un rango de -1 a 4.51 DS, con un promedio de 1.83 DS, y una varianza de 2.20.

Tabla 24. Análisis de la distribución de la estatura en escolares de Valdivia, Chile.

Estatura	Freq.	Percent	Cum.
Talla baja	3	5.17	5.17
Talla normal-baja	6	10.34	15.52
Talla normal	33	56.90	72.41
Talla normal-alta	10	17.24	89.66
Talla alta	6	10.34	100.00
Total	58	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 24, se observa que 56,9% de la muestra presenta talla normal, seguido por talla normal-alta (17,24%) y de igual manera por talla normal-baja y talla alta (10,34%).

Tabla 25. Análisis de la distribución de la estatura en escolares de Valdivia, Chile.

Talla/edad				
Percentiles		Smallest		
1%	-2.14		-2.14	
5%	-1.41		-1.45	
10%	-1		-1.41	Obs 54
25%	-.53		-1.38	Sum of Wgt. 54
50%	.225		Mean .282963	
		Largest		
75%	1		Std. Dev. 1.107367	
90%	1.59		Variance 1.226263	
95%	2.22		Skewness .198539	
99%	2.96		Kurtosis 2.616825	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 25, se observa que 50% de la muestra se encuentra con una estatura de entre -2.14 y 0.225 DS, con un promedio de 0.28 DS, una variabilidad de 1.10 DS y una varianza de 1.22.
- Se observaron 4 outliers en esta variable.

Tabla 26. Análisis de la distribución de la obesidad central en escolares de Valdivia, Chile.

Obesidad central (CC)	Freq.	Percent	Cum.
Sin obesidad central	22	37.93	37.93
Riesgo de obesidad central	17	29.31	67.24
Obesidad central	19	32.76	100.00
Total	58	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 26, 37,93% de la muestra de escolares no presenta obesidad central, seguido por 32,76% que sí la presenta, y 29,31% que presenta riesgo de desarrollarla.

Tabla 27. Análisis de la distribución de estado nutricional en adolescentes de Valdivia, Chile.

Estado nutricional	Freq.	Percent	Cum.
Desnutrición	2	2.94	2.94
Riesgo de desnutrir	3	4.41	7.35
Eutrofia	29	42.65	50.00
Sobrepeso	17	25.00	75.00
Obesidad	11	16.18	91.18
Obesidad Severa	6	8.82	100.00
Total	68	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 27, se observa que 42,65% de los adolescentes presentan estado nutricional de Eutrofia, seguido por Sobrepeso (25%) y Obesidad (16,18%).

Tabla 28. Análisis de la distribución de estado nutricional en adolescentes de Valdivia, Chile.

IMC/edad o P/T				
Percentiles		Smallest		
1%	-2.4	-2.4		
5%	-1	-1.53		
10%	-.33	-1.41	Obs	67
25%	.19	-1	Sum of Wgt.	67
50%	1.09		Mean	1.092836
		Largest	Std. Dev.	1.292409
75%	2.02	3.33	Variance	1.670321
90%	2.98	3.44	Skewness	-.0585809
95%	3.33	3.54	Kurtosis	2.801975
99%	3.72	3.72		

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 28, se observa que 50% de la muestra adolescente presenta un estado nutricional entre -2.4 y 1.09 DS, con una media de 1.09 DS, una variabilidad de 1.29 DS, una varianza de 1.67 y un rango de entre -2.4 a 3.72 DS.
- Se observó un outlier en esta variable.

Tabla 29. Análisis de la distribución de la estatura en adolescentes de Valdivia, Chile.

Talla	Freq.	Percent	Cum.
Talla normal-baja	15	22.06	22.06
Talla normal	39	57.35	79.41
Talla normal-alta	11	16.18	95.59
Talla alta	3	4.41	100.00
Total	68	100.00	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 29, se observa que 57,35% de la muestra presenta talla normal, seguido por talla normal-baja (22,06%) y talla normal-alta (16,18%).

Tabla 30. Análisis de la distribución de la estatura en adolescentes de Valdivia, Chile.

Talla/edad				
Percentiles		Smallest		
1%	-1.83		-1.83	
5%	-1.55		-1.78	
10%	-1.34		-1.67	Obs 67
25%	-.84		-1.55	Sum of Wgt. 67
50%	-.08			Mean -.0085075
		Largest	Std. Dev.	1.030347
75%	.59	1.87		
90%	1.53	1.88	Variance	1.061616
95%	1.87	2.11	Skewness	.3188767
99%	2.27	2.27	Kurtosis	2.376955

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 30, se observa que 50% de la muestra se encuentra con una estatura de entre -1.83 y -0.08 DS, con un promedio de -0.008 DS, una variabilidad de 1.03 DS y una varianza de 1.06.
- Se observó 1 outlier en esta variable.

Tabla 31. Análisis de la distribución de la obesidad central en adolescentes de Valdivia, Chile.

Obesidad central	Freq.	Percent	Cum.
Sin obesidad central	36	52.94	52.94
Riesgo de obesidad central	15	22.06	75.00
Obesidad central	17	25.00	100.00
Total		68	100.00

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 31, 52,94% de la muestra de escolares no presenta obesidad central, seguido por 25% que sí la presenta, y 22,06% que presenta riesgo de desarrollarla.

Tabla 32. Análisis de la distribución según uso de pañales en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Uso de pañales	Freq.	Percent	Cum.
No	122	76.25	76.25
Si	38	23.75	100.00
Total		160	100.00

- De acuerdo a la tabla 32, se observa que 23.75% de la población en estudio refiere utilizar pañales, mientras que 76.25% refiere no utilizar.

Tabla 33. Análisis de la distribución de acuerdo al momento de uso de pañales en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Momento de uso de pañales	Freq.	Percent	Cum.
Ocasional	2	5.26	5.26
Nocturno	13	34.21	39.47
Todo el día	23	60.53	100.00
Total	38	100.00	

- De acuerdo a la tabla 33, se observa que 60.53% de la población en estudio refiere utilizar pañales todo el día, seguido por uso nocturno (34.21%).

Tabla 34. Análisis de la distribución de acuerdo a la edad de control de esfínter diurno en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Edad control esf. diurno	137	40.55474	18.48725	12	120

- De acuerdo a la tabla 34, se observa que la edad promedio de control de esfínter diurno en niños, niñas y adolescentes autistas es a los 40,5 meses de edad, con edades comprendidas entre 12 y 120 meses, y una variabilidad de 18.48 meses.

Tabla 35. Análisis de la distribución de acuerdo a la edad de control de esfínter nocturno en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Control de esf. nocturno	122	41.68852	16.76334	12	96

- De acuerdo a la tabla 35, se observa que la edad promedio de control de esfínter nocturno en niños, niñas y adolescentes autistas es a los 41,6 meses de edad, con edades comprendidas entre 12 y 96 meses, y una variabilidad de 16.76 meses.

Tabla 36. Análisis de la distribución de acuerdo a la clasificación de deposiciones por Escala de Bristol en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Bristol	Freq.	Percent	Cum.
1	3	1.88	1.88
2	16	10.00	11.88
3	50	31.25	43.13
4	74	46.25	89.38
5	11	6.88	96.25
6	4	2.50	98.75
7	2	1.25	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 36, se observa que el tipo de deposición más frecuente, de acuerdo a la Escala de Bristol, es tipo 4 (46.25%), seguido por el tipo 3 (31.25%).

Tabla 37. Análisis de la distribución de acuerdo a la clasificación de deposiciones por Escala de Bristol en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Bristol	Freq.	Percent	Cum.
Constipación	19	11.88	11.88
Normal	124	77.50	89.38
Deposiciones diarreicas	17	10.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 37, se observa que, al categorizar por el tipo de deposiciones, las más frecuente, de acuerdo a la Escala de Bristol, son las deposiciones normales (77.50%), seguido por constipación (11.88%), y, por último, deposiciones diarreicas (10.63%).

2. Resultados de los parámetros sexo y género de los niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tabla 38. Análisis de la distribución de acuerdo al género, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Identificación de género	Freq.	Percent	Cum.
Femenino	37	23.13	23.13
Masculino	120	75.00	98.13
Transgénero	1	0.63	98.75
No binario	2	1.25	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 38, se observa que, 75% de la población es de género masculino, 23.13% es de género femenino, 1.25% de la población es de género no binario, y 0.63% es transgénero.

Tabla 39. Análisis de la distribución de acuerdo al inicio de signos de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Inicio de signos	160	25.56875	26.14777	1	180

- De acuerdo a la tabla 39, se observa que, la edad promedio de inicio de signos de autismo es a los 25,5 meses de edad, con rangos entre 1 y 180 meses, con una variabilidad de 26.1 meses (DS).

3. Resultados de los parámetros de diagnóstico y patologías concomitantes de los niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tabla 40. Análisis de la distribución de acuerdo al inicio de signos de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Edad (meses)				
Percentiles		Smallest		
1%	6		1	
5%	7		6	
10%	8		6	Obs 160
25%	12		6	Sum of Wgt. 160
50%	18		Mean 25.56875	
		Largest	Std. Dev. 26.14777	
75%	30	120		
90%	48	132	Variance 683.7059	
95%	72	168	Skewness 3.332568	
99%	168	180	Kurtosis 16.87076	

- De acuerdo a la tabla 40, se observa que 50% de la población comienza con signos de Autismo entre los 6 y 18 meses de edad. Con una variabilidad de 26.1 meses (DS).

Tabla 41. Análisis de la distribución de acuerdo al inicio de signos de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Edad (meses)	Freq.	Percent	Cum.
Lactante menor	69	43.13	43.13
Lactante mayor	49	30.63	73.75
Preescolar	35	21.88	95.63
Escolar	3	1.88	97.50
Adolescente	4	2.50	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo a la tabla 41, se desprende que 43.13% de los cuidadores de NNA TEA refiere que su familiar comenzó con signos de autismo durante el periodo de lactante menor, 30.63% durante el periodo de lactante mayor, 21.88% durante la etapa de preescolaridad, 1.88% durante la etapa escolar y 2.5% durante la adolescencia.

Tabla 42. Análisis de la distribución de acuerdo al área de inicio de signos de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Área del síntoma	Freq.	Percent	Cum.
Área motora	40	10.53	10.53
Área lenguaje y comunicación	125	32.89	43.42
Área cognitiva	70	18.42	61.84
Área sensorial	67	17.63	79.47
Área socioemocional	67	17.63	97.11
Afectación general del desarrollo	11	2.89	100.00
Total	380	100.00	

- Según lo indicado en la Tabla 42, el área más comúnmente identificada como signo de autismo corresponde a Lenguaje y Comunicación (32,89%), seguida por el área de Cognición (18,42%).

Tabla 43. Análisis de la distribución de acuerdo a la edad de diagnóstico de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Edad de diagnóstico				
Percentiles	Smallest			
1%	12	10		
5%	19	12		
10%	24	12	Obs	160
25%	30	12	Sum of Wgt.	160
50%	48		Mean	59.875
		Largest	Std. Dev.	42.88389
75%	72	192		
90%	120	192	Variance	1839.028
95%	156	192	Skewness	1.468472
99%	192	204	Kurtosis	4.54845

- Según lo reportado en la Tabla 43, el 50% de la población es diagnosticada con autismo entre los 10 y 48 meses de edad, registrando una edad promedio de diagnóstico de 59,8 meses. Asimismo, se evidencia que los diagnósticos se distribuyen entre los 10 y 204 meses, con una desviación estándar de 42,88 meses.

Tabla 44. Análisis de la distribución de acuerdo a la edad de diagnóstico de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Edad de diagnóstico	Freq.	Percent	Cum.
Lactante menor	4	2.50	2.50
Lactante mayor	27	16.88	19.38
Preescolar	90	56.25	75.63
Escolar	18	11.25	86.88
Adolescente	21	13.13	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 44, la etapa preescolar concentra la mayor proporción de diagnósticos de autismo (56,25%), seguida por el grupo de lactantes mayores (16,88%).

Tabla 45. Análisis de la distribución de acuerdo al nivel de apoyo de autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Nivel de apoyo	Freq.	Percent	Cum.
1	73	45.63	45.63
2	55	34.38	80.00
3	16	10.00	90.00
No lo sabe	16	10.00	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 45, 45.63% de la población refiere requerir nivel de apoyo “1”, mientras que 34.38% de la población refiere requerir nivel de apoyo “2”, y 10% refiere requerir nivel de apoyo “3”.

Tabla 46. Análisis de la distribución de acuerdo a la inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Poseer carné de discapacidad	Freq.	Percent	Cum.
Si	93	58.13	58.13
No	67	41.88	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos expuestos en la Tabla 46, 58,13% de la población indica estar inscrita en el Registro Nacional de Discapacidad, mientras que el 41,88% señala no estarlo.

Tabla 47. Análisis de la distribución de acuerdo a la Clasificación de la Discapacidad en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Clasificación de la discapacidad de acuerdo al RND	Freq.	Percent	Cum.
Leve	5	5.38	5.38
Moderado	23	24.73	30.11
Severo	63	67.74	97.85
Profundo	2	2.15	100.00
Total	93	100.00	

- Según los datos expuestos en la Tabla 47, 67,74% de la población que refiere encontrarse en el Registro Nacional de Discapacidad (RND) posee clasificación severa, seguido por moderado (24,73%).

Tabla 48. Análisis de la distribución de acuerdo a la Clasificación de la Discapacidad en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Clasificación de la discapacidad de acuerdo al RND	93	55.85054	18.72612	15	97.3

- Según los datos expuestos en la Tabla 48, el promedio de clasificación de discapacidad de acuerdo al RND es 55,8%, lo que califica a la muestra como discapacidad severa, con intervalos entre 15 – 97,3%, y una variabilidad de 18,7 DS.

Tabla 49. Análisis de la distribución de acuerdo a la falta de inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Razón para no tener RND	Freq.	Percent	Cum.
No cumple con requisitos	5	7.46	7.46
No obtendrá beneficios	3	4.48	11.94
Falta de tiempo	12	17.91	29.85
Se encuentra en trámite	28	41.79	71.64
Puede ser una limitante	5	7.46	79.10
No lo encuentran necesario	4	5.97	85.07
Falta de información	2	2.99	88.06
Diagnóstico reciente	2	2.99	91.04
Tiempo prolongado del proceso	6	8.96	100.00
Total	67	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 49, de la población que no se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Discapacidad, 41,79% refiere encontrarse en proceso, mientras que 17,91% refiere no hacerlo por falta de tiempo, y 8,96% por la duración del proceso.

Tabla 50. Análisis de la distribución de acuerdo a presencia de patologías concomitantes en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Situación de salud	Si	No
Discapacidad intelectual	19,4%	80,6%
Epilepsia	2,5%	97,5%
Trastorno de integración sensorial	77,5%	22,5%
Trastorno del sueño	41,9%	58,1%
Dispraxia motora	45,0%	55,0%
Discapacidad auditiva	5,0%	95,0%
Alteraciones conductuales	60,6%	39,4%

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 50, 77,5% de la población refiere poseer Trastorno de integración sensorial, seguido de alteraciones conductuales (60,6%) y Dispraxia motora (45%).

Tabla 51. Análisis de la distribución de acuerdo a presencia de otras patologías concomitantes en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia, Chile.

Otras patologías concomitantes	Freq.	Percent	Cum.
Condiciones del neurodesarrollo	46	52.87	52.87
Patologías respiratorias	13	14.94	67.82
Patologías psiquiátricas	10	11.49	79.31
Síndromes genéticos	2	2.30	81.61
Patologías Endocrinas	1	1.15	82.76
Patologías dermatológicas	8	9.20	91.95
Patologías oftalmológicas	1	1.15	93.10
Patologías cardíacas	2	2.30	95.40
Patologías traumatológicas	1	1.15	96.55
Patologías gastrointestinales	3	3.45	100.00
Total	87	100.00	

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 51, 52,87% de la población refiere poseer otras condiciones del neurodesarrollo como patologías concomitantes al autismo, seguido por patologías respiratorias (14,94%) y patologías psiquiátricas (11,49%).

4. Resultados de los parámetros de ingresos económicos familiares e impacto del diagnóstico en el nivel socioeconómico de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tabla 52. Análisis de la distribución de acuerdo a cantidad de personas que constituyen el núcleo familiar de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Núcleo familiar	Freq.	Percent	Cum.
2	13	8.13	8.13
3	36	22.50	30.63
4	61	38.13	68.75
5	39	24.39	93.13
6	10	6.25	99.38
7	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 52, el 38,13% de la población señala que su núcleo familiar está compuesto por cuatro integrantes, seguido por un 24,38% que reporta convivir en un núcleo de cinco personas.

Tabla 53. Análisis de la distribución de acuerdo al nivel de escolaridad del cuidador principal de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de escolaridad del cuidador principal	Freq.	Percent	Cum.
Enseñanza básica incompleta	2	1.25	1.25
Enseñanza media incompleta	5	3.13	4.38
Enseñanza media completa	60	37.50	41.88
Técnico	32	20.00	61.88
Universitario	61	38.13	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 53, el 38,13% de la población reporta haber alcanzado el nivel de educación universitaria, seguido por un 37,5% que indica haber completado la enseñanza media.

Tabla 54. Análisis de la distribución de acuerdo al nivel socioeconómico familiar de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel socioeconómico	Freq.	Percent	Cum.
<\$586.227	32	20.00	20.00
Entre \$586.228 y \$856.247	41	25.63	45.63
Entre \$857.248 y \$1.335.450	39	24.38	70.00
≥\$1.335.451	48	30.00	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 54, el 30% de la población refiere recibir un ingreso familiar mensual ≥\$1.335.451, seguido del 25.63% que refiere recibir entre \$586.228 y \$856.247.

Tabla 55. Análisis de la distribución de acuerdo al porcentaje de dinero mensual destinado a terapias asociadas al Autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Dinerodedi~A	160	.2127319	.1818563	0	.98

- Según los datos presentados en la Tabla 55, la muestra refiere que destina 21,27% de los ingresos mensuales familiares a terapias asociadas al autismo, con rangos entre 0% - 98%, con una variabilidad de 18,18%.

Tabla 56. Análisis de la distribución de acuerdo al porcentaje de dinero mensual destinado a terapias asociadas al Autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Dinero dedicado al TEA					
Percentiles		Smallest			
1%	0	0			
5%	0	0			
10%	0	0	Obs	160	
25%	.0905	0	Sum of Wgt.	160	
50%	.2		Mean	.2127319	
75%	.31	.682	Std. Dev.	.1818563	
90%	.4	.9	Variance	.0330717	
95%	.515	.97	Skewness	1.492257	
99%	.97	.98	Kurtosis	6.756652	

- Según los datos presentados en la Tabla 56, 50% de la muestra refiere destinar entre 0 – 20% de los ingresos mensuales familiares a terapias asociadas al autismo, con una variabilidad de 18,18%.

Tabla 57. Análisis de la distribución de acuerdo al porcentaje de dinero mensual destinado a terapias asociadas al Autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

% mensual destinado a terapia	Freq.	Percent	Cum.
0-25%	108	67.50	67.50
26-50%	44	27.50	95.00
51-75%	5	3.13	98.13
76-100%	3	1.88	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 57, 67,5% de la muestra refiere destinar entre 0 – 25% de los ingresos mensuales familiares a terapias asociadas al autismo, seguido por 27,5% quienes refieren destinar entre 26 – 50%.

Tabla 58. Análisis de la distribución de acuerdo al trabajo del cuidador principal de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Trabajo del cuidador principal	Freq.	Percent	Cum.
No	72	45.00	45.00
Sí , de tiempo parcial	35	21.88	66.88
Sí, de tiempo completo	52	32.50	99.38
Jubilada	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 58, 45% de los cuidadores principales de NNA autistas refiere no poseer trabajo remunerado, seguido por 32.5% que refiere sí estar trabajando y de tiempo completo.

Tabla 59. Análisis de la distribución de acuerdo al tipo de contrato de trabajo del cuidador principal de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tipo de trabajo	Freq.	Percent	Cum.
Informal	31	35.63	35.63
Formal	56	64.37	100.00
Total	87	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 59, 64,37% de los cuidadores principales que refieren poseer trabajo remunerado de tipo formal, mientras que 35,63% lo realiza de manera informal.

Tabla 60. Análisis de la distribución de acuerdo al autocuidado del cuidador principal de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Autocuidado	Freq.	Percent	Cum.
No	105	65.63	65.63
Si	55	34.38	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con los datos de la Tabla 60, el 65,63% de los cuidadores principales de NNA autistas indica no realizar actividades de autocuidado, mientras que el 34,38% señala que sí las lleva a cabo.

Tabla 61. Análisis de la distribución de acuerdo al autocuidado del cuidador principal de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Cuidadoras que realizan autocuidado				
Percentiles		Smallest		
1%	.03	.03		
5%	.25	.25		
10%	.25	.25	Obs	48
25%	1	.25	Sum of Wgt.	48
50%	1		Mean	1.443333
		Largest	Std. Dev.	.8970314
75%	2	3		
90%	3	3	Variance	.8046652
95%	3	3	Skewness	.5137311
99%	3	3	Kurtosis	2.166479

- Según los datos presentados en la Tabla 61, entre las cuidadoras principales que declaran realizar actividades de autocuidado, el 50% las efectúa con una frecuencia de entre 0,03 y 1 vez por semana. En promedio, la muestra reporta realizar autocuidado 1,44 veces por semana, con una variabilidad de 0,89 DS.

Tabla 62. Análisis de la distribución de acuerdo al autocuidado del cuidador principal de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Razón para no realizar actividades de autocuidado.	Freq.	Percent	Cum.
Falta de tiempo	92	87.62	87.62
Falta de red de apoyo	4	3.81	91.43
Enfermedad invalidante	1	0.95	92.38
Falta de recursos	5	4.76	97.14
Falta de motivación	3	2.86	100.00
Total	105	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 62, entre las cuidadoras principales que no declaran realizar actividades de autocuidado, 87,62% señala que es por falta de tiempo, seguido de falta de recursos (4,76%).

5. Resultados de la alimentación de los niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tabla 63. Análisis de la distribución de acuerdo a la persona encargada de preparar la alimentación de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Encargado de preparar alimentación	Freq.	Percent	Cum.
Por sí solo	1	0.55	0.55
Madre	138	75.82	76.37
Padre	17	9.34	85.71
Abuela	23	12.64	98.35
Otros	3	1.65	100.00
Total	182	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 63, la muestra refiere que la persona encargada de preparar la alimentación es la madre (75.82%), seguido por la abuela (12.64%).

Tabla 64. Análisis de la distribución de acuerdo a la persona encargada de alimentar a niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Encargado de alimentar	Freq.	Percent	Cum.
Por si mismo	127	73.84	73.84
Madre	39	22.67	96.51
Padre	4	2.33	98.84
Abuela	2	1.16	100.00
Total	172	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 64, la muestra refiere que la persona autista se alimenta por sí sola principalmente (73,84%), seguido por la madre (22,67%) y el padre (2,33%).

Tabla 65. Análisis de la distribución de acuerdo a la persona encargada de alimentar a niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Alergia alimentaria	Freq.	Percent	Cum.
No	141	88.13	88.13
Si	19	11.88	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 65, 88,13% de la muestra refiere no presentar alergia alimentaria, mientras que 11,88% refiere sí presentar.

Tabla 66. Análisis de la distribución de acuerdo al consumo de grupos de alimentos en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Pregunta:	Si	No
¿Consumo frutas 2-3 veces al día?	55,63%	44,38%
¿Consumo verduras 2 veces al día?	47,50%	52,5%
¿Consumo lácteos 2-3 veces al día?	74,38%	25,63%
¿Consumo carne de vacuno 2 veces a la semana?	60,00%	40,00%
¿Consumo legumbres 2 veces a la semana?	48,75%	51,25%
¿Consumo pescado 2 veces a la semana?	33,13%	66,88%
¿Consumo snacks salados o dulces todos los días?	61,25%	38,75%
¿Consumo frituras/alimentos altos en colesterol todos los días?	10,00%	90,00%
¿Consumo bebidas y jugos azucarados todos los días?	24,38%	75,63%
¿Consumo 4 vasos de agua al día?	57,50%	42,50%

- Según los datos presentados en la Tabla 66, 55,63% de la muestra refiere consumir frutas 2-3 veces al día, mientras que 52,5%, refiere no consumir verduras 2 veces al día. Asimismo, se observa que 74,38% de los encuestados refiere consumir lácteos 2-3 veces al día, 60% refiere consumir carne de vacuno 2 veces a la semana, 52.15% refiere no consumir legumbres 2 veces a la semana y 66,88% de la muestra refiere no consumir pescado 2 veces a la semana. Por otra parte, 61,25% de la población refiere consumir snacks dulces o salados todos los días, 10% refiere consumir frituras o alimentos altos en colesterol todos los días, 24,38% refiere consumir bebidas y jugos azucarados todos los días, y 57,5% refiere consumir 4 vasos de agua al día.

Tabla 67. Análisis de la distribución de acuerdo a preferencia de alimentos de acuerdo a colores, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Color	Freq.	Percent	Cum.
No	115	71.88	71.88
Si	45	28.13	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 67, 71,88% de la muestra refiere no presentar preferencia de alimentos de acuerdo a colores, mientras que 28,13% refiere sí tener preferencias.

Tabla 68. Análisis de la distribución de acuerdo a preferencia de alimentos de acuerdo a colores, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Categorización de la alimentación por color	Freq.	Percent	Cum.
Colores vibrantes	27	60.00	60.00
Colores pálidos	15	33.33	93.33
Contrastes marcados	2	4.44	97.78
Un solo color	1	2.22	100.00
Total	45	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 68, 60% de la muestra refiere preferir alimentos de colores vibrantes (rojos, naranjas, violetas), seguido por colores pálidos (blancos, cafés) (33,33%).

VI: SOBRE TERAPIAS Y ESCOLARIZACIÓN.

Tabla 69. Análisis de la distribución de acuerdo a atenciones de salud asociadas a autismo, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Atenciones de salud	Freq.	Percent	Cum.
No	13	8.13	8.13
Si	147	91.88	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 69, el 91,88% de la muestra indica recibir atenciones de salud relacionadas con el autismo, mientras que el 8,13% señala no recibirlas.

Tabla 70. Análisis de la distribución de acuerdo a tipo de prestaciones de salud asociadas al autismo que reciben niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tipo de prestaciones	Freq.	Percent	Cum.
Particular	43	29.25	29.25
Público	58	39.46	68.71
Ambas	46	31.29	100.00
Total	147	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 70, el 39,46% de la muestra que indica recibir atenciones de salud relacionadas con el autismo son de tipo públicas, seguido por prestaciones de ambos tipos (público-privado) (31,29%).

Tabla 71. Análisis de la distribución de acuerdo a cantidad de horas semanales destinadas a terapias asociadas al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Horas por semana dedicadas a terapias en Autismo				
Percentiles	Smallest			
1%	0	0		
5%	0	0		
10%	.04	0	Obs	160
25%	1	0	Sum of Wgt.	160
50%	1		Mean	1.621063
		Largest	Std. Dev.	1.21569
75%	2	5		
90%	3	5	Variance	1.477903
95%	4	5	Skewness	1.489956
99%	5	8	Kurtosis	7.247084

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 71, 50% de la población refiere destinar entre 0 y 1 hora a la semana a terapias asociadas al autismo. Asimismo, se observa un promedio 1,62 horas a la semana, con una variabilidad de 1,2 horas/semana.

Tabla 72. Análisis de la distribución de acuerdo a cantidad de horas semanales destinadas a terapias asociadas al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Horas a la semana destinadas a terapias	Freq.	Percent	Cum.
0	13	8.13	8.13
.02	2	1.25	9.38
.04	2	1.25	10.63
.25	3	1.88	12.50
.5	5	3.13	15.63
1	60	37.50	53.13
2	48	30.00	83.13
3	15	9.38	92.50
4	8	5.00	97.50
5	3	1.88	99.38
8	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- Según los datos presentados en la Tabla 72, el 37,5% de la población declara destinar una hora semanal a terapias relacionadas con el autismo, seguido por un 30% que indica dedicar dos horas y un 9,38% que señala tres horas. En total, la muestra reporta un rango de dedicación que varía entre 0 y 8 horas semanales a este tipo de terapias.

Tabla 73. Análisis de la distribución de acuerdo a edad (en meses) que recibió la primera atención asociada al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Edaddeprim~n	160	59.425	44.63754	7	204

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 73, la edad promedio para la primera atención relacionada con el autismo fue de 59,4 meses, con un rango entre 7 y 204 meses y una variabilidad de 44,6 meses.

Tabla 74. Análisis de la distribución de acuerdo a edad (en meses) que recibió la primera atención asociada al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Edad de primera atención					
Percentiles	Smallest		Obs	160	
1%	7	7			
5%	13	7			
10%	24	9			
25%	30	12	Sum of Wgt.	160	
50%	36		Mean	59.425	
		Largest	Std. Dev.	44.63754	
75%	78	192			
90%	120	192	Variance	1992.51	
95%	156	204	Skewness	1.412374	
99%	204	204	Kurtosis	4.362539	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 74, 50% de la población refiere haber recibido la primera atención de salud asociada al autismo entre los 7 y 16 meses de edad, con una edad promedio de 59,4 meses, y una variabilidad de 44,6 meses.

Tabla 75. Análisis de la distribución de acuerdo a grupo etario en que recibió la primera atención asociada al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Edad de primera atención	Freq.	Percent	Cum.
Lactante menor	8	5.00	5.00
Lactante mayor	22	13.75	18.75
Preescolar	81	50.63	69.38
Escolar	21	13.13	82.50
Adolescente	28	17.50	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 75, 50,63% de la población refiere haber recibido la primera atención asociada al autismo en la etapa preescolar, seguido por la adolescencia (17,5%).

Tabla 76. Análisis de la distribución de acuerdo a profesionales de salud que intervienen a niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Profesional:	Si	No
Terapia ocupacional	79,4%	20,6%
Neurología infantil	77,5%	22,5%
Educación diferencial	64,4%	35,6%
Fonoaudiología	58,1%	41,9%
Psicología	50,6%	49,4%
Psicopedagogía	38,8%	61,2%
Psiquiatría infantil	15,6%	84,4%
Nutrición	15,6%	84,4%
Kinesiología	15,6%	84,4%

- De la Tabla 76 se observa que el profesional de terapia ocupacional es consultado por el 79,4 % de la población autista de Valdivia, seguido por el profesional de neurología infantil (77,5 %), educación diferencial (64,4 %) y fonoaudiología (58,1 %).

Tabla 77. Análisis de la distribución de acuerdo a integración de la familia en terapias asociada al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Integra familia	Freq.	Percent	Cum.
No	66	44.90	44.90
Si	81	55.10	100.00
Total	147	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 77, de las personas que refieren recibir atenciones de salud y educación asociadas al autismo, 55,1% reseñan que el profesional integra a la familia en las terapias.

Tabla 78. Análisis de la distribución de acuerdo a integración del cuidador principal en terapias asociadas al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Cuidador participa en terapia	Freq.	Percent	Cum.
No	46	31.29	31.29
Si	101	68.71	100.00
Total	147	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 78, de las cuidadoras que refieren recibir atenciones de salud y educación asociadas al autismo, 68,71% refiere que han participado en las sesiones de terapias.

Tabla 79. Análisis de la distribución de acuerdo a la percepción del progreso por terapias asociadas al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Progreso	Freq.	Percent	Cum.
Muy mal	2	1.26	1.26
Ni bien ni mal	19	11.95	13.21
Bien	62	38.99	52.20
Muy bien	76	47.80	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 79, 47,8% de la población refiere percibir “muy bien” el progreso por terapias asociadas al autismo, seguido por “bien” (38,99%) y “ni bien ni mal” (11,95%).

Tabla 80. Análisis de la distribución de acuerdo a la percepción del progreso por terapias asociadas al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Progreso	159	3.320755	.7820838	0	4

- De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 80, la población percibe un progreso por terapias con una media de 3,32 en una escala de 0 a 4, y una desviación estándar de 0,78.

Tabla 81. Análisis de la distribución de acuerdo a la percepción del progreso por terapias asociadas al autismo en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Progreso				
Percentiles	Smallest			
1%	0	0	Obs	159
5%	2	0	Sum of Wgt.	159
10%	2	2		
25%	3	2		
50%	3		Mean	3.320755
		Largest	Std. Dev.	.7820838
75%	4	4	Variance	.6116551
90%	4	4	Skewness	-1.264097
95%	4	4	Kurtosis	5.411298
99%	4	4		

- De acuerdo con la Tabla 81, 50% de la muestra evalúa el progreso por terapias entre 0 y 3, con una variabilidad de 0,78 DS, y una varianza de 0,611.

Tabla 82. Análisis de la distribución de acuerdo a la escolarización de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Escalarización	Freq.	Percent	Cum.
No	2	1.25	1.25
Sí, Educación regular	123	76.88	78.13
Sí, Educación especial	28	17.50	95.63
Sí, exámenes libres	6	3.75	99.38
Sí, homeschool	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 82, 76,88% de la muestra refiere estar escolarizada en educación regular, seguido por educación especial (17,5%), y modalidad de exámenes libre (3,75%).

Tabla 83. Análisis de la distribución de acuerdo al tipo de educación que reciben niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tipo de educación	Freq.	Percent	Cum.
Privada	63	39.62	39.62
Pública	96	60.38	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 83, 60,38% de la muestra refiere estar escolarizada en establecimientos educacionales públicos, mientras que 39,62% refiere estarlo en establecimientos privados.

Tabla 84. Análisis de la distribución de acuerdo al ciclo de educación que se encuentran niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Categoría de año escolar	Freq.	Percent	Cum.
Prebásica	43	26.88	26.88
1er ciclo básico	51	31.88	58.75
2do ciclo básico	44	27.50	86.25
E. Media	20	12.50	98.75
Egresado de media	1	0.63	99.38
No escolarizado	1	0.63	100.00
Total	160	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 84, 31,88% de la muestra refiere estar escolarizada en primer ciclo de enseñanza básica, seguido por segundo ciclo de enseñanza básica (27,5%) y prebásica (26,88%).

Tabla 85. Análisis de la distribución de acuerdo a la percepción de la relación con los compañeros de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Relación co~s	158	2.727848	.7790958	0	4

- De acuerdo con la Tabla 85, de los 158 NNA autistas escolarizados, sus cuidadores principales evalúan la relación con sus compañeros con una media de 2,72 en una escala de 0 a 4, y una variabilidad de 0,77 DS.

Tabla 86. Análisis de la distribución de acuerdo a la percepción de la relación con los compañeros de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Relación con compañeros	Freq.	Percent	Cum.
Muy mala	1	0.63	0.63
Mala	8	5.06	5.70
Regular	45	28.48	34.18
Buena	83	52.53	86.71
Muy buena	21	13.29	100.00
Total	158	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 86, de los 158 NNA autistas escolarizados, 52,53% de sus cuidadores principales evalúan la relación con sus compañeros como buena, seguido por regular (28,48%) y muy buena (13,29%).

Tabla 87. Análisis de la distribución de acuerdo a la participación en actividades dentro del aula, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Participa en act dentro del aula	Freq.	Percent	Cum.
No	17	10.76	10.76
Si	141	89.24	100.00
Total	158	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 87, de los 158 NNA autistas escolarizados, el 89,24 % de sus cuidadores principales refiere que sí participan en actividades dentro del aula, mientras que el 10,76 % señala que no.

Tabla 88. Análisis de la distribución de acuerdo a la participación en actividades extraescolares, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Participa en act extraescola res	Freq.	Percent	Cum.
No	95	60.13	60.13
Si	63	39.87	100.00
Total	158	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 88, de los 158 NNA autistas escolarizados, el 39,87 % de sus cuidadores principales refiere que sí participan en actividades extraescolares, mientras que el 60,13 % señala que no.

Tabla 89. Análisis de la distribución de acuerdo a la participación en actividades del ACLE, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

ACLE	Freq.	Percent	Cum.
No	113	71.52	71.52
Si	45	28.48	100.00
Total	158	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 89, de los 158 NNA autistas escolarizados, el 28,48% de sus cuidadores principales refiere que sí participan en Actividades Curriculares de Libre Elección (ACLE), mientras que el 71,52% señala que no.

Tabla 90. Análisis de la distribución de acuerdo al uso de adaptación sensorial, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Adaptación sensorial	Freq.	Percent	Cum.
No	79	50.00	50.00
Si	79	50.00	100.00
Total	158	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 90, de los 158 NNA autistas escolarizados, la mitad refiere utilizar adaptación sensorial.

Tabla 91. Análisis de la distribución de acuerdo al uso de adaptación sensorial, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Categorización de la adaptación sensorial	Freq.	Percent	Cum.
Juguetes sensoriales	29	27.36	27.36
Adaptación ambiental	64	60.38	87.74
Material de apego	7	6.60	94.34
Estrategias de calma	6	5.66	100.00
Total	106	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 91, 60,38% de los NNA autistas refieren requerir adaptación sensorial de tipo ambiental, seguido por juguete sensorial (27,36%).

Tabla 92. Análisis de la distribución de acuerdo a derivación a Neurología infantil por parte del establecimiento educacional, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Derivación desde colegio	Freq.	Percent	Cum.
No	103	64.78	64.78
Si	56	35.22	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 92, el 35,22 % de la población refiere haber sido derivada a neurología infantil para evaluación por parte del establecimiento educacional, mientras que el 64,78 % indica no haber sido derivada.

Tabla 93. Análisis de la distribución de acuerdo a la recepción de apoyo del Programa de Integración Escolar (PIE) y su formato, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

PIE	Freq.	Percent	Cum.
Sí, con PACI	70	44.03	44.03
Sí, sin PACI	13	8.18	52.20
Sí, no conoce formato	31	19.50	71.70
No	45	28.30	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 93, el 44,03% de la población refiere recibir apoyo del Programa de Integración Escolar (PIE) de su establecimiento educacional con un Plan de Apoyo Curricular Individual (PACI), seguido por 28,3% que refiere no recibir apoyo del Programa de Integración Escolar.

Tabla 94. Análisis de la distribución de acuerdo a la evaluación del apoyo recibido por el equipo de aula, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Evaluación~a	159	3.08805	.9572088	0	4

- De acuerdo con la Tabla 94, las cuidadoras principales de NNA autistas evalúan el apoyo recibido por el equipo del aula con un promedio de 3,08, en una escala de 0 a 4, con una variabilidad de 0,95 DS.

Tabla 95. Análisis de la distribución de acuerdo a la evaluación del apoyo recibido por el equipo de aula, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Evaluación de escuela	Freq.	Percent	Cum.
Muy malo	2	1.26	1.26
Malo	8	5.03	6.29
Regular	30	18.87	25.16
Bueno	53	33.33	58.49
Muy bueno	66	41.51	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 95, 41,51% de las cuidadoras principales de NNA autistas evalúan el apoyo recibido por el equipo del aula como muy bueno, seguido por bueno (33,33%) y regular (18,87%).

Tabla 96. Análisis de la distribución de acuerdo a la evaluación del progreso dentro del sistema escolar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Evaluación~o	159	2.377358	1.035321	0	4

- De acuerdo con la Tabla 96, las cuidadoras principales de NNA autistas evalúan el progreso dentro del sistema escolar con un promedio de 2,37, en una escala de 0 a 4, con una variabilidad de 1,03 DS.

Tabla 97. Análisis de la distribución de acuerdo a la evaluación del progreso dentro del sistema escolar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Evaluación del progreso	Freq.	Percent	Cum.
Muy malo	8	5.03	5.03
Malo	20	12.58	17.61
Regular	57	35.85	53.46
Bueno	52	32.70	86.16
Muy bueno	22	13.84	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 97, 35,85% de las cuidadoras principales de NNA autistas evalúan el progreso dentro del sistema escolar como regular, seguido de bueno (32,7%) y muy bueno (13,84%).

Tabla 98. Análisis de la distribución según haber sido víctima de bullying dentro del sistema escolar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Bullying	Freq.	Percent	Cum.
No	92	57.86	57.86
No estoy seguro	13	8.18	66.04
Sí	54	33.96	100.00
Total	159	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 98, 33,96% de las cuidadoras principales de NNA autistas refieren que sus hijos han sufrido bullying dentro del sistema escolar, mientras que 57,86% refiere no haberlo sufrido, y 8,18% refiere no estar segura.

Tabla 99. Análisis de la distribución según categorización de medida intra escolar tras haber sido víctima de bullying dentro del sistema escolar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Categorización de medida	Freq.	Percent	Cum.
Ninguna medida	33	61.11	61.11
Reunión con profesores	10	18.52	79.63
Citación apoderado del agresor	1	1.85	81.48
Mediación con psicóloga	1	1.85	83.33
Suspensión del agresor	5	9.26	92.59
Exámenes libres de la persona TEA	1	1.85	94.44
Trabajo con agresores	1	1.85	96.30
Se culpó a la persona TEA	2	3.70	100.00
Total	54	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 99, 61,11% de las cuidadoras principales de NNA autistas refieren que los establecimientos educacionales no se tomaron ninguna medida tras haberse efectuado bullying escolar, seguido por reunión de apoderados (18,52%) y suspensión del agresor (9,26%).

Tabla 100. Análisis de la distribución según situaciones sobre matrícula y jornada escolar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Algunas de las situaciones sobre matrícula	Freq.	Percent	Cum.
Condicionabilidad de la matrícula	3	1.85	1.85
Cancelación de la matrícula	2	1.23	3.09
Acorte de jornada escolar	64	39.51	42.59
Ninguna	93	57.41	100.00
Total	162	100.00	

- De acuerdo con la Tabla 100, 57,41% de las cuidadoras principales de NNA autistas refieren no haber sufrido ninguna medida disciplinaria dentro del sistema escolar asociado al autismo, mientras que 39,51% de ellas refiere haber recibido acorte de jornada escolar.

ANALISIS BIVARIADO

Tabla 101. Análisis de la relación entre las semanas de gestación y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Semanas de gestación:			Total
	RN de Término	RNPT Tardío	RNPT extremo	
1	55	17	1	73
2	40	15	0	55
3	11	4	1	16
Total	106	36	2	144
Fisher's exact =				0.489

- De acuerdo con la Tabla 101, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional al nacer y el nivel de ayuda que requiere el TEA ($p = 0.489$).

Tabla 102. Análisis de la relación entre las semanas de gestación y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Semanas de gestación	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
RN Término	55	40	11	106
RN Pretérmino	18	15	5	38
Total	73	55	16	144
Pearson chi2(2) = 0.3294 Pr = 0.848				

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 102, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre las semanas de gestación (término vs. pretérmino) y el nivel de ayuda requerido para el TEA ($\chi^2(2) = 0.3294$, $p = 0.848$). Los resultados sugieren que, dentro de esta muestra, la edad gestacional no es un factor determinante del nivel de apoyo.

Tabla 103. Análisis de la relación entre tipo de deposiciones en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tipo de deposiciones	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
Dps anormales	11	17	4	32
Dps normales	62	38	12	112
Total	73	55	16	144

Fisher's exact = 0.097

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 103, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de deposiciones y el nivel de ayuda de NNA autistas ($p = 0.097$).

Tabla 104. Análisis de la relación entre la discapacidad intelectual y el nivel de ayuda, de niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Discapacidad intelectual		Total
	No	Si	
1	67	6	73
2	41	14	55
3	8	8	16
Total	116	28	144

Pearson chi2(2) = 16.6778 Pr = 0.000

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 104, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de severidad del TEA y la presencia de discapacidad intelectual (prueba de Chi-cuadrado de Pearson, $p < 0.001$). Este resultado sugiere que, a medida que aumenta la severidad del trastorno del espectro autista, también tiende a aumentar la frecuencia de casos con discapacidad intelectual.

Tabla 105. Análisis de la relación entre epilepsia y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Epilepsia		Total
	No	Si	
1	72	1	73
2	54	1	55
3	14	2	16
Total	140	4	144

Fisher's exact = 0.105

- En esta muestra, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de epilepsia y el nivel de ayuda requerido en TEA ($p = 0.105$). No obstante, la tendencia observada —mayor proporción de nivel 3 en epilepsia— podría explorarse en estudios con muestras más amplias.

Tabla 106. Análisis de la relación entre trastornos de integración sensorial y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

TIS	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	15	15	3	33
Sí	58	40	13	111
Total	73	55	16	144

Fisher's exact = 0.688

- En este análisis, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de trastorno de integración sensorial y el nivel de ayuda requerido en TEA ($p = 0.688$). Los resultados sugieren que el TIS, por sí solo, no determina el grado de apoyo necesario en esta muestra.

Tabla 107. Análisis de la relación entre trastorno del sueño y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Trastorno del sueño	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	43	35	6	84
Si	30	20	10	60
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 3.5033 P = 0.173

- En esta muestra, la presencia de trastorno del sueño no se asoció significativamente con el nivel de ayuda que requiere el TEA ($\chi^2(2) = 3.5033$, $p = 0.173$). Si bien se observa una proporción mayor de niveles de ayuda más altos en quienes presentan trastorno del sueño, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 108. Análisis de la relación entre dispraxia motora y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Dispraxia motora		Total
	No	Sí	
1	41	32	73
2	27	28	55
3	8	8	16
Total	76	68	144

Fisher's exact = 0.724

- En este análisis, no se encontró una asociación significativa entre la presencia de dispraxia motora y el nivel de ayuda requerido en personas con TEA ($p = 0.724$).

Tabla 109. Análisis de la relación entre discapacidad auditiva y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Discapacidad auditiva		Total
	No	Si	
1	70	3	73
2	50	5	55
3	16	0	16
Total	136	8	144

Fisher's exact = 0.423

- En esta muestra, la presencia de discapacidad auditiva no se asoció significativamente con el nivel de ayuda requerido en personas TEA ($p = 0.423$). La baja frecuencia de casos con discapacidad auditiva limita la capacidad para detectar asociaciones reales.

Tabla 110. Análisis de la relación entre alteración conductual y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Alteraciones conductuales		Total
	No	Si	
1	33	40	73
2	17	38	55
3	3	13	16
Total	53	91	144

Fisher's exact = 0.081

- En esta muestra, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre alteraciones conductuales y nivel de ayuda del TEA ($p = 0.081$).

Tabla 111. Análisis de la relación entre cantidad de fármacos indicados y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	score	obs	sum of ranks
1	1	73	4826
2	2	55	4067
3	3	16	1547
z = 2.64			
Prob > z = 0.008			

- En esta muestra, el test de tendencia de Cuzick muestra que a medida que el nivel de ayuda requerido por el TEA aumenta, también tiende a incrementarse la cantidad de fármacos consumidos por día ($z = 2.64$, $p = 0.008$). Este resultado sugiere una relación lineal positiva entre ambas variables, estadísticamente significativa.

Tabla 112. Análisis de la relación entre cantidad de fármacos indicados y nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Actividad física	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	47	42	15	104
	26	13	1	40
Total	73	55	16	144
Fisher's exact =		0.039		

- Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo del TEA y el sedentarismo ($p = 0.039$). Este hallazgo sugiere que el nivel de ayuda más alto del diagnóstico podría influir en la probabilidad de que la persona autista no realice actividad física programada regularmente.

Tabla 113. Análisis de la relación entre poseer las vacunas al día y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Vacunas al día		Total
	No	Sí	
1	1	72	73
2	4	51	55
3	3	13	16
Total	8	136	144
Fisher's exact =			0.018

- Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ayuda del TEA y el estado de vacunación ($p = 0.018$). Este resultado sugiere que las personas con niveles de ayuda más alto de autismo presentan con mayor frecuencia esquemas de vacunación incompletos.

Tabla 114. Análisis de la relación entre tener un familiar autista en primer grado y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Familiar en 1er grado con autismo		Total
	No	Si	
1	48	25	73
2	43	12	55
3	9	7	16
Total	100	44	144

Pearson chi2(2) = 3.7602 Pr = 0.153

- En esta muestra, no se encontró una asociación significativa entre la presencia de un familiar en primer grado con TEA y el nivel de ayuda requerido ($\chi^2(2) = 3.7602$, $p = 0.153$). Aunque hay variaciones descriptivas en las proporciones, estas no alcanzan significancia estadística.

Tabla 115. Análisis de la relación entre uso de pañales y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Uso de pañales	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	64	38	10	112
Si	9	17	6	32
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 8.6961 Pr = 0.013

- Se encontró una asociación significativa entre el nivel de ayuda del TEA y el uso de pañales ($\chi^2 = X$, $p = 0.013$). En particular, las personas con mayor necesidad de apoyo (nivel 2 o 3) presentan con más frecuencia uso de pañales, lo que sugiere que la adquisición del control de esfínter podría estar asociada al grado de autonomía funcional y nivel de desarrollo adaptativo.

Tabla 116. Análisis de la relación entre tipo de deposición y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	score	obs	sum of ranks
1	1	73	5327
2	2	55	3854
3	3	16	1259
z = 0.20			
Prob > z = 0.839			

- En esta muestra, el test de Cuzick no detectó una relación monotónica significativa entre el tipo de deposición y el nivel de ayuda en TEA ($z = 0.20$, $p = 0.839$). Esto sugiere que el patrón de deposiciones no está relacionado de manera consistente con el nivel de apoyo requerido.

Tabla 117. Análisis de la relación entre género y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Identificación de género	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
Femenino	20	9	2	31
Masculino	51	46	13	110
Total	71	55	15	141
Fisher's exact =				0.226

- En esta muestra, el género no se asoció significativamente con el nivel de ayuda requerido en TEA ($p = 0.226$). Aunque las mujeres presentan un mayor porcentaje en nivel 1 y los hombres en nivel 2, esta diferencia no alcanza significancia estadística.

Tabla 118. Análisis de la relación entre edad actual y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

	Number of obs =	144	R-squared =	0.0521
	Root MSE =	3.8386	Adj R-squared =	0.0387
Source	Partial SS	df	MS	F Prob>F
Model	114.27941	2	57.139704	3.88 0.0229
Niveldeay~a	114.27941	2	57.139704	3.88 0.0229
Residual	2077.6095	141	14.734819	
Total	2191.8889	143	15.327894	

- En esta muestra, la edad promedio de los NNA autistas difiere de manera significativa entre los niveles de ayuda ($F(2,141) = 3.88$, $p = 0.0229$), aunque el nivel de ayuda explica una proporción reducida de la variabilidad total de la edad.

Tabla 119. Análisis de la relación entre edad actual y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	Analysis of Variance				
	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	114.279409	2	57.1397044	3.88	0.0229
Within groups	2077.60948	141	14.734819		
Total	2191.88889	143	15.3278943		
Bartlett's test for equal variances: chi2(2) = 0.1087 Prob>chi2 = 0.947					
Comparison of Edad en años by 24. Nivel de ayuda (Bonferroni)					
Row Mean - Col Mean	1	2			
2	-1.7208 0.040				
3	.487158 1.000	2.20795 0.134			

El análisis post-hoc Bonferroni muestra que las personas con nivel 2 de ayuda son, en promedio, mayores que aquellas con nivel 1 (diferencia ≈ 1.72 años, $p = 0.040$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos leve vs. severo ni moderado vs. severo. Esto sugiere una posible tendencia de aumento de edad en niveles moderados, aunque no necesariamente en severos, lo que puede estar relacionado con otros factores (comorbilidades, diagnósticos más tardíos, etc.).

Tabla 120. Análisis de la relación entre edad de inicio de los signos de autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

	Number of obs =	144	R-squared =	0.0441
	Root MSE	= 24.0028	Adj R-squared =	0.0305
Source	Partial SS	df	MS	F Prob>F
Model	3747.5587	2	1873.7794	3.25 0.0416
Niveldeay~a	3747.5587	2	1873.7794	3.25 0.0416
Residual	81234.879	141	576.13389	
Total	84982.438	143	594.28278	

El análisis de varianza muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de signos de autismo según el nivel de ayuda requerido por la persona:

- $F(2, 141) = 3.25, p = 0.0416$: Indica que las medias de edad de inicio de signos difieren entre al menos dos de los niveles de ayuda, con una probabilidad de error menor al 5 %.
- $R^2 = 0.0441$: El nivel de ayuda explica aproximadamente el 4,41 % de la variabilidad en la edad de inicio de signos de autismo.
- R^2 ajustado = 0.0305: Tras ajustar por el número de predictores, el efecto sigue siendo pequeño pero presente.

Tabla 121. Análisis de la relación entre edad de inicio de los signos de autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	Analysis of Variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	3747.55873	2	1873.77937	3.25	0.0416
Within groups	81234.8788	141	576.133892		
Total	84982.4375	143	594.28278		
Bartlett's test for equal variances: chi2(2) = 52.6423 Prob>chi2 = 0.000					
Comparison of 22. Edad (meses) by 24. Nivel de ayuda (Bonferroni)					
Row Mean - Col Mean	1	2			
2	-10.8959 0.036				
3	-5.97089 1.000	4.925 1.000			

- La única diferencia significativa se da entre nivel de ayuda 1 y nivel de ayuda 2, con un inicio más temprano de síntomas en el nivel 2 (10,8 meses antes que el nivel 1) ($p = 0.036$). Entre los otros pares de niveles no hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 122. Análisis de la relación entre edad de inicio de los signos de autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test			
Nivelde~a	Obs	Rank Sum	
1	73	5633.00	
2	55	3550.50	
3	16	1256.50	

chi-squared = 3.243 with 2 d.f.
 probability = 0.1976

chi-squared with ties = 3.328 with 2 d.f.
 probability = 0.1894

- En el análisis de Kruskal-Wallis, el valor de $p > 0.05$ indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de síntomas de autismo entre los niveles de ayuda.

Tabla 123. Análisis de la relación entre edad de diagnóstico de autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	144	R-squared =	0.1154		
Root MSE =	41.6172	Adj R-squared =	0.1028		
<hr/>					
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	31846.79	2	15923.395	9.19	0.0002
Niveldeay~a	31846.79	2	15923.395	9.19	0.0002
Residual	244210.2	141	1731.9873		
Total	276056.99	143	1930.4685		

- El análisis de varianza muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la edad de diagnóstico de autismo según el nivel de ayuda requerido por la persona ($p=0.0002$).

Tabla 124. Análisis de la relación entre edad de diagnóstico de autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	Analysis of Variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	31846.7896	2	15923.3948	9.19	0.0002
Within groups	244210.204	141	1731.98726		
Total	276056.993	143	1930.46848		
Bartlett's test for equal variances: chi2(2) = 15.4344 Prob>chi2 = 0.000					
Comparison of 23. Edad de diagnóstico by 24. Nivel de ayuda (Bonferroni)					
Row Mean- Col Mean	1	2			
2	-31.5831 0.000				
3	-19.8365 0.259	11.7466 0.966			

- El análisis post hoc indica que la diferencia estadísticamente significativa se da solo entre Nivel de ayuda 1 y Nivel de ayuda 2 ($p=0.000$), con un diagnóstico considerablemente más temprano (31,6 meses antes) en el grupo que requiere nivel de ayuda 2. Asimismo, y si bien, no es estadísticamente significativo, se observa una tendencia de diagnóstico más temprano entre los pacientes entre nivel 1 y nivel 3, siendo 19,8 meses antes en los pacientes de nivel 3 de ayuda ($p=0.259$).
- No se encontraron diferencias significativas en la edad de diagnóstico entre los niveles 3 y 2.

Tabla 125. Análisis de la relación entre encontrarse en el Registro Nacional de Discapacidad y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	93	R-squared =	0.2152		
Root MSE =	16.8663	Adj R-squared =	0.1888		
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	6943.4118	3	2314.4706	8.14	0.0001
Niveldeay~a	6943.4118	3	2314.4706	8.14	0.0001
Residual	25318.021	89	284.47214		
Total	32261.432	92	350.66774		

- El modelo ANOVA es estadísticamente significativo: $F(3, 89) = 8.14$, $p < 0.001$, lo que indica que existen diferencias significativas en el porcentaje de discapacidad según el nivel de ayuda requerido por los NNA autistas. Esto significa que el nivel de ayuda (1, 2 o 3) se asocia con variaciones significativas en el porcentaje de discapacidad otorgado.
- Este ANOVA demuestra que el nivel de ayuda requerido en el contexto del TEA sí tiene una relación significativa con el porcentaje de discapacidad otorgado, lo que valida que los grados funcionales reconocidos clínicamente se ven reflejados en los puntajes oficiales de calificación de discapacidad por el Registro Nacional de Discapacidad.

Tabla 126. Análisis de la relación entre encontrarse en el Registro Nacional de Discapacidad y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Carné de discapacida d	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
Si	33	39	16	88
No	40	16	0	56
Total	73	55	16	144
Fisher's exact =				0.000

- A medida que aumenta el nivel de ayuda requerido, la proporción de personas con carné de discapacidad es mayor, llegando al 100 % en el nivel 3. Esta asociación es altamente significativa ($p=0.000$), lo que sugiere que el reconocimiento formal de la discapacidad (mediante el carné) está fuertemente vinculado con el grado de apoyo que requiere la persona autista.

Tabla 127. Análisis de la relación entre nivel socioeconómico y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	144
Spearman's rho =	-0.1067
Test of Ho: NSE and Niveldeayuda are independent	
Prob > t =	0.2031

- El coeficiente rho negativo indica que existe una relación inversa débil entre el nivel socioeconómico y el nivel de ayuda del TEA: a medida que aumenta el nivel socioeconómico, tiende a disminuir ligeramente el nivel de ayuda requerido. Sin embargo, el valor de $p > 0.05$ indica que esta correlación no es estadísticamente significativa.

Tabla 128. Análisis de la relación entre nivel socioeconómico y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Nivel de escolaridad					Total
	Básica incompleta	Media incompleta	Media completa	Técnico completo	Universit. completo	
1	1	1	28	16	27	73
2	1	3	19	13	19	55
3	0	0	4	2	10	16
Total	2	4	51	31	56	144
Fisher's exact =						0.637

- De acuerdo con la Tabla 128, no se observa relación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad de la cuidadora principal y el nivel de ayuda del TEA ($p=0,637$).

Tabla 129. Análisis de la relación entre porcentaje de los ingresos familiares mensuales destinados a terapias asociadas al autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	% dinero dedicado a terapias				Total
	<25%	25-50%	51-75%	>75%	
1	56	15	2	0	73
2	30	21	1	3	55
3	10	5	1	0	16
Total	96	41	4	3	144
Fisher's exact =					
0.046					

- Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de severidad del TEA y el porcentaje del ingreso mensual familiar dedicado al tratamiento (Test exacto de Fisher, $p = 0.046$).

En el grupo de ayuda 1, la mayoría (56 de 73) destina el menor porcentaje de sus ingresos al tratamiento. En cambio, en los grupos de mayor necesidad (niveles 2 y 3), aumenta progresivamente la proporción de familias que destinan más recursos económicos al tratamiento (25% a >75%). Por ejemplo, en el nivel 3, 6 de 16 familias destinan ≥25% de sus ingresos al tratamiento, comparado con solo 2 de 73 en el nivel 1.

A mayor severidad del diagnóstico de TEA, mayor es la carga económica asumida por las familias en tratamientos, terapias y apoyos. Esta relación evidencia cómo los grados más altos de dependencia o necesidades de apoyo pueden traducirse en un mayor esfuerzo financiero familiar, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas de apoyo económico y cobertura.

Tabla 130. Análisis de la relación entre trabajo del cuidador principal y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Trabajo del cuidador principal	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	31	25	11	67
Si	42	30	5	77
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 3.6854 Pr = 0.158
 Cramér's V = 0.1600

No hay evidencia estadísticamente significativa de asociación entre el hecho de que el cuidador principal trabaje (sí/no) y el nivel de ayuda del TEA. El valor de p=0.158 indica que las diferencias observadas podrían deberse al azar. El V de Cramér refiere una asociación débil (V=0.1600).

Aunque los datos muestran que la distribución de niveles de ayuda varía ligeramente según si el cuidador principal trabaja o no (por ejemplo, en el nivel 3 hay proporcionalmente más cuidadores que no trabajan), las diferencias no alcanzan significancia estadística. La fuerza de asociación, medida por el V de Cramer, es baja, lo que refuerza que no existe una relación sustancial entre estas dos variables en la muestra analizada.

Tabla 131. Análisis de la relación entre trabajo del cuidador principal y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Trabajo del cuidador principal	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	31	25	11	67
Sí, de tiempo parcial	14	15	2	31
Sí, de tiempo completo	28	15	3	46
Total	73	55	16	144

Fisher's exact = 0.255

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 131, no se observa relación estadísticamente significativa entre el trabajo y el tipo de trabajo que poseen los cuidadores principales de NNA autistas de acuerdo al nivel de apoyo requerido (p=0.255).

Tabla 132. Análisis de la relación entre formalidad del trabajo del cuidador principal y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Formalidad del trabajo	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
Informal	12	10	2	24
Formal	30	19	3	52
Total	42	29	5	76
Fisher's exact =				0.734

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 132, no se observa relación estadísticamente significativa entre la formalidad del trabajo de los cuidadores principales de NNA autistas y el nivel de apoyo requerido ($p=0.734$).

Tabla 133. Análisis de la relación entre actividades de autocuidado del cuidador principal y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Autocuidado		Total
	No	Si	
1	45	28	73
2	38	17	55
3	11	5	16
Total	94	50	144
Pearson chi2(2) =		0.8632	Pr = 0.649
Cramér's V =		0.0774	

- No hay evidencia estadísticamente significativa de asociación entre el hecho de que el cuidador principal realice autocuidado y el nivel de ayuda del TEA. El valor de $p=0.649$ indica que las diferencias observadas podrían deberse al azar. El V de Cramér refiere una asociación débil ($V=0.0774$).
- Aunque los datos muestran que los cuidadores principales de NNA TEA con nivel de ayuda de tipo 1 realizan más actividades de autocuidado que los niveles 2 y 3, las diferencias no alcanzan significancia estadística.

Tabla 134. Análisis de la relación entre presencia de alergia alimentaria y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Alergia alimentaria	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	62	51	15	128
Si	11	4	1	16
Total	73	55	16	144
Fisher's exact =				0.412

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 134, no se observa relación estadísticamente significativa entre la presencia de alergia alimentaria y el nivel de apoyo requerido ($p=0.412$).

Tabla 135. Análisis de la relación entre el consumo de frutas y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Frutas	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	31	28	7	66
Si	42	27	9	78
Total	73	55	16	144
Pearson chi2(2) = 0.9322 Pr = 0.627				

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 135, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de 2 a 3 frutas al día y el nivel de apoyo requerido ($p=0.627$).

Tabla 136. Análisis de la relación entre consumo de verduras y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Verduras	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	43	26	5	74
Si	30	29	11	70
Total	73	55	16	144
Pearson chi2(2) = 4.6212 Pr = 0.099				

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 136, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de 2 porciones de verduras al día y el nivel de apoyo requerido ($p=0.099$).

Tabla 137. Análisis de la relación entre consumo de lácteos y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Lácteos	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	15	16	7	38
Si	58	39	9	106
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 3.9714 Pr = 0.137

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 137, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de 2-3 porciones de lácteos al día y el nivel de apoyo requerido ($p=0.137$).

Tabla 138. Análisis de la relación entre consumo de vacuno y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Vacuno	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	31	20	8	59
Si	42	35	8	85
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 1.0895 Pr = 0.580

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 138, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de 2 porciones de vacuno a la semana y el nivel de apoyo requerido ($p=0.580$).

Tabla 139. Análisis de la relación entre consumo de legumbres y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Legumbres	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	34	28	10	72
Si	39	27	6	72
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 1.3606 Pr = 0.506

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 139, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de 2 porciones de legumbres a la semana y el nivel de apoyo requerido ($p=0.506$).

Tabla 140. Análisis de la relación entre consumo de pescado y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Pescado	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	51	37	7	95
Si	22	18	9	49
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 4.0534 Pr = 0.132

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 140, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de 2 porciones de pescado a la semana y el nivel de apoyo requerido ($p=0.132$).

Tabla 141. Análisis de la relación entre consumo de snacks dulces y salados, y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Snacks	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	42	33	9	84
Si	31	22	7	60
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 0.1106 Pr = 0.946

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 141, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo a diario de snacks dulces y salados y el nivel de apoyo requerido ($p=0.132$).

Tabla 142. Análisis de la relación entre consumo de frituras y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Frituras	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	67	48	14	129
Si	6	7	2	15
Total	73	55	16	144

Fisher's exact = 0.669

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 142, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo a diario de frituras y el nivel de apoyo requerido ($p=0.669$).

Tabla 143. Análisis de la relación entre consumo de bebidas azucaradas y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Bebidas azucaradas	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	58	38	13	109
Si	15	17	3	35
Total	73	55	16	144

Fisher's exact = 0.365

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 143, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo a diario de bebidas azucaradas y el nivel de apoyo requerido ($p=0.365$).

Tabla 144. Análisis de la relación entre consumo de agua y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Agua	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	30	26	6	62
Si	43	29	10	82
Total	73	55	16	144

Pearson chi2(2) = 0.7147 Pr = 0.700

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 144, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de al menos 4 vasos de agua al día y el nivel de apoyo requerido ($p=0.700$).

Tabla 145. Análisis de la relación entre preferencias de colores en alimentos y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Color	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	54	36	12	102
Si	19	19	4	42
Total	73	55	16	144

Fisher's exact = 0.543

- De acuerdo con los resultados de la Tabla 145, no se observa relación estadísticamente significativa entre el consumo de la preferencia de alimentos por colores y el nivel de apoyo requerido ($p=0.543$).

Tabla 146. Análisis de la relación entre recepción de atenciones de salud asociadas al autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Atenciones de salud	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	8	1	1	10
	65	54	15	134
Total	73	55	16	144
Fisher's exact =				0.105

De acuerdo con los resultados de la Tabla 146, no se observa relación estadísticamente significativa entre la recepción de atenciones de salud asociadas al autismo y el nivel de apoyo requerido ($p=0.543$), desprendiéndose que todos los niveles de apoyo requieren de igual manera atenciones de salud asociadas al autismo.

Tabla 147. Análisis de la relación entre forma de subvención de atenciones de salud asociadas al autismo y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Tipo de prestaciones	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
Privada	20	16	3	39
	22	20	9	51
	23	18	3	44
Total	65	54	15	134
Fisher's exact =				0.523

De acuerdo con los resultados de la Tabla 147, no se observa relación estadísticamente significativa entre la forma de subvención de las atenciones de salud asociadas al autismo y el nivel de apoyo requerido ($p=0.523$), desprendiéndose que todos los niveles de apoyo acuden de manera similar a terapias en el sistema de atención de salud público-privado.

Tabla 148. Análisis de la relación entre horas destinadas a terapia y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs	=	144	R-squared	=	0.0034
Root MSE	=	1.23213	Adj R-squared	=	-0.0107
<hr/>					
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	.73263121	2	.3663156	0.24	0.7859
Niveldeay~a	.73263121	2	.3663156	0.24	0.7859
Residual	214.05831	141	1.5181441		
Total	214.79094	143	1.5020346		

El análisis de varianza no muestra una diferencia significativa en la cantidad de horas dedicadas a terapia semanal entre los distintos niveles de severidad del TEA ($p = 0.7859$). El valor de R^2 indica que solo un 0.34% de la variación en las horas de terapia puede explicarse por el grado de ayuda requerido.

Tabla 149. Análisis de la relación entre horas destinadas a terapia y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs	=	144	R-squared	=	0.0770
Root MSE	=	43.9681	Adj R-squared	=	0.0639
<hr/>					
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	22727.715	2	11363.858	5.88	0.0035
Niveldeay~a	22727.715	2	11363.858	5.88	0.0035
Residual	272579.84	141	1933.1904		
Total	295307.56	143	2065.0878		

El resultado indica que existe una diferencia estadísticamente significativa en la edad de inicio de la atención terapéutica según el nivel de ayuda requerido ($p = 0.0035$). Es decir, las personas autistas con distinto grado de apoyo (1, 2 o 3) comienzan la atención terapéutica a edades significativamente distintas. Estos resultados sugieren que el nivel de severidad del diagnóstico podría influir en la oportunidad de acceso a intervenciones, posiblemente por una mayor visibilidad de signos o síntomas en casos moderados o severos, lo que podría facilitar una derivación más temprana, invisibilizando así las necesidades de aquellos con necesidad de apoyo tipo 1.

El R^2 de 0.077 indica que el nivel de severidad explica aproximadamente el 7.7% de la variabilidad en la edad de primera atención. Aunque no es un efecto muy grande, sí es relevante clínicamente, considerando la importancia del acceso temprano a terapias.

Tabla 150. Análisis de la relación entre tipo de profesional y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Profesional	Test aplicado	Significancia estadística
Terapia Ocupacional	Pearson Chi-2	p=0.130
Fonoaudiología	Pearson Chi-2	p=0.053
Kinesiología	Test de Fisher	p=0.376
Neurología	Test de Fisher	p=0.058
Psiquiatría	Test de Fisher	p=0.426
Psicopedagogía	Pearson Chi-2	p=0.543
Educación Diferencial	Pearson Chi-2	p=0.542
Nutrición	Test de Fisher	P=0.198
Psicología	Pearson Chi-2	p=0.661

De acuerdo a los resultados de la Tabla 150, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de profesional que acuden los NNA autistas de acuerdo al nivel de ayuda, desprendiéndose que todos requieren a los equipos de salud y educación de maneras similares.

Tabla 151. Análisis de la relación entre Integración familiar a las terapias y el nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Integra familia		Total
	No	Si	
1	31	34	65
2	21	33	54
3	6	9	15
Total	58	76	134

Pearson chi2(2) = 1.0054 Pr = 0.605

De acuerdo a los resultados de la Tabla 151, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la integración familiar a las terapias asociadas al autismo de acuerdo a los niveles de ayuda ($p=0.605$).

Tabla 152. Análisis de la relación entre Integración del cuidador principal a las terapias de acuerdo al nivel de ayuda requerido en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Cuidador participa en terapia		Total
	No	Si	
1	20	45	65
2	17	37	54
3	5	10	15
Total	42	92	134

Pearson chi2(2) = 0.0380 Pr = 0.981

De acuerdo a los resultados de la Tabla 152, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la integración del cuidador principal a las terapias asociadas al autismo de acuerdo a los niveles de ayuda ($p=0.981$).

Tabla 153. Análisis de la relación entre seguimiento de indicaciones de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

		Number of obs = 130	R-squared = 0.0122		
		Root MSE = 1.15875	Adj R-squared = -0.0034		
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	2.0985348	2	1.0492674	0.78	0.4599
Niveldeay~a	2.0985348	2	1.0492674	0.78	0.4599
Residual	170.52454	127	1.3427129		
Total	172.62308	129	1.3381634		

El análisis no muestra una diferencia estadísticamente significativa en la medida en que las familias siguen las indicaciones terapéuticas en casa, según el nivel de ayuda requerido por la persona TEA ($p = 0.4599$). Es decir, la severidad del diagnóstico no se asocia con diferencias relevantes en la adherencia familiar a las pautas terapéuticas domiciliarias. El valor de $R^2 = 0.0122$ indica que solo el 1.22% de la variabilidad en la respuesta puede explicarse por el nivel de ayuda.

Tabla 154. Análisis de la relación entre la percepción del progreso de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile

	Number of obs =	143	R-squared =	0.0267
	Root MSE =	.784215	Adj R-squared =	0.0128
Source	Partial SS	df	MS	F
Model	2.3625762	2	1.1812881	1.92 0.1503
Niveldeay~a	2.3625762	2	1.1812881	1.92 0.1503
Residual	86.098962	140	.61499259	
Total	88.461538	142	.62296858	

El análisis ANOVA de la Tabla 154, no muestra una diferencia estadísticamente significativa en la evaluación del progreso en terapias entre los distintos niveles de ayuda requeridos por personas TEA ($p = 0.1503$). En otras palabras, el grado de severidad del diagnóstico no parece estar relacionado con cómo las familias o cuidadores evalúan el avance logrado a través de las terapias.

Tabla 155. Análisis de la relación entre relación con compañeros de clase de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile

	Number of obs =	142	R-squared =	0.0030
	Root MSE =	.791561	Adj R-squared =	-0.0113
Source	Partial SS	df	MS	F
Model	.26617225	2	.13308612	0.21 0.8089
Niveldeay~a	.26617225	2	.13308612	0.21 0.8089
Residual	87.092983	139	.62656822	
Total	87.359155	141	.61956847	

- De acuerdo a la Tabla 155, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la relación con los compañeros entre los distintos niveles de ayuda del TEA ($p = 0.8089$). Esto indica que, en esta muestra, la percepción sobre cómo se relacionan las personas autistas con sus pares no varía según la severidad del diagnóstico. El valor de $R^2 = 0.0030$ señala que el modelo solo explica un 0.3% de la variabilidad.
- Esto podría indicar que las relaciones sociales entre pares son influenciadas por factores distintos al nivel de ayuda clínica, como el entorno escolar, la mediación docente o las habilidades individuales de comunicación.

Tabla 156. Análisis de la relación entre la participación en actividades dentro del aula escolar de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile

Participa en act dentro del aula	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	5	9	2	16
Si	68	44	14	126
Total	73	53	16	142
Fisher's exact =			0.188	

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 156, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la participación en actividades dentro del aula escolar de acuerdo a los niveles de ayuda del NNA autista ($p=0.188$).

Tabla 157. Análisis de la relación entre la participación en actividades extraescolares de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile

Participa en act extraescol ares	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	40	36	11	87
Si	33	17	5	55
Total	73	53	16	142
Pearson chi2(2) = 2.6562 Pr = 0.265				

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 157, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la participación en actividades extraescolares de acuerdo a los niveles de ayuda del NNA autista ($p=0.265$).

Tabla 158. Análisis de la relación entre la participación en actividades curriculares de libre elección de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile

ACLE	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	47	41	12	100
Si	26	12	4	42
Total	73	53	16	142
Fisher's exact =				0.293

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 158, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la participación en actividades curriculares de libre elección (ACLE) de acuerdo a los niveles de ayuda del NNA autista ($p=0.293$).

Tabla 159. Análisis de la relación entre la necesidad de adaptación sensorial de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile

Adaptación sensorial	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	30	30	10	70
Si	43	23	6	72
Total	73	53	16	142
Pearson chi2(2) =				4.2123 Pr = 0.122

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 159, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la necesidad de adaptación sensorial de acuerdo a los niveles de ayuda del NNA autista ($p=0.122$).

Tabla 160. Análisis de la relación entre la derivación a evaluación profesional desde el colegio y de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nivel de ayuda	Derivación desde colegio		Total
	No	Si	
1	40	33	73
2	39	15	54
3	12	4	16
Total	91	52	143

Pearson chi2(2) = 5.0793 Pr = 0.079
 Cramér's V = 0.1885

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 160, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre la derivación a evaluación profesional desde el colegio y de acuerdo a los niveles de ayuda del NNA autista ($p=0.079$). Lo anterior se corrobora con la evaluación de Cramér ($V=0.1885$).

Tabla 161. Análisis de la relación entre la evaluación del apoyo recibido por el equipo escolar de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	143	R-squared =	0.0133
Root MSE =	.963882	Adj R-squared =	-0.0008
<hr/>			
Source	Partial SS	df	MS F Prob>F
Model	1.7485471	2	.87427356 0.94 0.3927
Niveldeay~a	1.7485471	2	.87427356 0.94 0.3927
Residual	130.06963	140	.92906882
Total	131.81818	142	.92829706

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 161, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del apoyo recibido por el equipo de aula, según el nivel de ayuda requerido por el NNA autista ($p = 0.3927$). Además, el valor R^2 (1.33%) indica que el nivel de ayuda explica una fracción muy pequeña de la variabilidad total en la evaluación del apoyo, lo que refuerza la conclusión de ausencia de relación relevante.
- Lo anterior sugiere que la percepción del apoyo escolar no varía de manera significativa entre quienes tienen un diagnóstico leve, moderado o severo. Esto podría reflejar que el apoyo percibido depende más de factores institucionales o personales del equipo docente, que del nivel de ayuda que requiere el estudiante.

Tabla 162. Análisis de la relación entre la evaluación del progreso dentro del sistema escolar de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

	Number of obs =	143	R-squared =	0.0114
	Root MSE	= 1.05114	Adj R-squared	= -0.0027
Source	Partial SS	df	MS	F
Model	1.7914491	2	.89572457	0.81 0.4466
Niveldeay~a	1.7914491	2	.89572457	0.81 0.4466
Residual	154.68408	140	1.1048863	
Total	156.47552	142	1.1019403	

- El análisis ANOVA no encontró diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del progreso educativo según el nivel de ayuda del NNA autista ($p = 0.4466$). Además, el valor de $R^2 = 0.0114$ indica que el modelo explica solo el 1.14% de la variabilidad total.

Tabla 163. Análisis de la relación entre haber sido víctima de bullying de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Bullying	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	38	34	11	83
Si	29	16	4	49
Total	67	50	15	132
Fisher's exact =				0.301

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 163, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre haber sido víctima de bullying de acuerdo a los niveles de ayuda de NNA autista ($p=0.301$).

Tabla 164. Análisis de la relación entre sanciones de matrícula de acuerdo al nivel de ayuda, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Sanciones de matrícula	Nivel de ayuda			Total
	1	2	3	
No	25	24	9	58
Si	48	30	7	85
Total	73	54	16	143

Pearson chi2(2) = 3.1787 Pr = 0.204
 Cramér's V = 0.1491

- De acuerdo a los resultados de la Tabla 164, no se observa diferencias estadísticamente significativas entre haber recibido sanciones de matrícula de acuerdo a los niveles de ayuda de NNA autista ($p=0.204$). Lo anterior se corrobora con el análisis de Cramér ($V=0.1491$).

Análisis bivariado: Nivel socioeconómico como factor de riesgo

Tabla 165. Análisis de la relación entre realización de actividad física programada de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	160
Spearman's rho =	0.0490
Test of Ho: NSE and Actividadfísica are independent	
Prob > t =	0.5380

- De acuerdo a la tabla 165, no existe una correlación significativa entre el nivel socioeconómico y actividad física en la comunidad infantil autista de Valdivia. El coeficiente de Spearman indica que la relación es baja ($\rho = 0.049$), y el valor $p=0.538$ confirma que esta leve asociación positiva no es significativa.

Tabla 166. Análisis de la relación entre realización de actividad física programada de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression	Number of obs	=	160		
	LR chi2(1)	=	0.41		
	Prob > chi2	=	0.5229		
Log likelihood = -97.534182	Pseudo R2	=	0.0021		
<hr/>					
Actividadfísica	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE	1.104909	.1729518	0.64	0.524	.812995 1.501639
_cons	.36286	.1147847	-3.20	0.001	.1951981 .674532

- De acuerdo con la tabla 166, el nivel socioeconómico no se asocia de manera significativa con la práctica de actividad física. Aunque el OR es >1 (sugiere una ligera tendencia a mayor probabilidad de hacer actividad física en niveles socioeconómicos más altos), el efecto no es significativo ($p = 0.524$) y el intervalo de confianza es amplio e incluye 1. El modelo, en general, no explica la variación en la práctica de actividad física (Pseudo R² = 0.0021).

Tabla 167. Análisis de la relación entre vacunas de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	160
Spearman's rho =	-0.0018
Test of Ho: NSE and Vacunasaldía are independent	
Prob > t =	0.9817

- De acuerdo con los resultados de la tabla 167, no existe relación entre el nivel socioeconómico y el hecho de tener las vacunas al día. La correlación observada es prácticamente nula ($\rho \approx -0.0018$) y no significativa ($p = 0.9817$).

Tabla 168. Análisis de la relación entre vacunas de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression	Number of obs	=	160		
	LR chi2(1)	=	0.00		
	Prob > chi2	=	0.9491		
Log likelihood = -34.641495	Pseudo R2	=	0.0001		
<hr/>					
Vacunasaldía	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE	.980412	.3038784	-0.06	0.949	.5340463 1.799858
_cons	17.33601	10.74495	4.60	0.000	5.144816 58.41554

- De acuerdo con los resultados de la tabla 168, no se encontró una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y el hecho de tener las vacunas al día. El OR cercano 0.98 indica que el nivel socioeconómico prácticamente no modifica la probabilidad de estar vacunado al día, y la prueba estadística confirma que la relación no es significativa ($p = 0.949$).

Tabla 169. Análisis de la relación entre cantidad de fármacos de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	160
Model	.19819854	1	.19819854	F(1, 158)	=	0.10
Residual	311.995551	158	1.97465539	Prob > F	=	0.7518
Total	312.19375	159	1.9634827	R-squared	=	0.0006
				Adj R-squared	=	-0.0057
				Root MSE	=	1.4052
Cantidadde~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
NSE	-.0317435	.100196	-0.32	0.752	-.2296398	.1661528
_cons	1.258428	.1986624	6.33	0.000	.8660518	1.650805

- De acuerdo con tabla 169, la regresión lineal indica que el nivel socioeconómico no predice la cantidad de fármacos administrados en NNA autistas. El coeficiente (-0.03) es muy pequeño, no significativo ($p = 0.75$) y con un intervalo de confianza amplio (que incluye el 0). El modelo global no es significativo y su capacidad explicativa es baja ($R^2 = 0.0006$).

Tabla 170. Análisis de la relación entre estado nutricional de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	143
Model	43.0645796	3	14.3548599	F(3, 139)	=	0.52
Residual	3810.87393	139	27.4163592	Prob > F	=	0.6668
Total	3853.93851	142	27.1404121	R-squared	=	0.0112
				Adj R-squared	=	-0.0102
				Root MSE	=	5.2361
Q	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
NSE						
\$586.228-\$856.247	-.4486766	1.298605	-0.35	0.730	-3.016249	2.118896
\$856.248-\$1.335.450	.0711207	1.342443	0.05	0.958	-2.583127	2.725369
≥\$1.335.451	-1.249602	1.246854	-1.00	0.318	-3.714853	1.21565
_cons	21.73138	.9723126	22.35	0.000	19.80894	23.65381

- De acuerdo con la Tabla 170, el nivel socioeconómico (NSE) no se asocia significativamente con el estado nutricional. Ninguna categoría de NSE mostró diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de menor ingreso, y el modelo en conjunto tampoco fue significativo ($p = 0.667$). Aunque se observan pequeñas variaciones en los coeficientes (ej. el grupo más alto de NSE tiene en promedio -1.25 puntos de IMC respecto al más bajo), estas diferencias son estadísticamente no significativas.

Tabla 171. Análisis de la relación entre talla de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	160
Model	1443.90974	3	481.303246	F(3, 156)	=	0.96
Residual	78594.4903	156	503.810835	Prob > F	=	0.4155
Total	80038.4	159	503.386164	R-squared	=	0.0180
				Adj R-squared	=	-0.0008
				Root MSE	=	22.446

Talla	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
NSE					
\$586.228-\$856.247	-6.884527	5.29454	-1.30	0.195	-17.34277 3.573712
\$856.248-\$1.335.450	-2.435497	5.35372	-0.45	0.650	-13.01063 8.139639
≥\$1.335.451	.640625	5.122514	0.13	0.901	-9.477813 10.75906
_cons	137.6406	3.967882	34.69	0.000	129.8029 145.4783

- De acuerdo a la tabla 171, el nivel socioeconómico no muestra asociación significativa con la estatura. Las diferencias observadas en los coeficientes (entre -6.9 cm y +0.6 cm según la categoría) son pequeñas, inconsistentes y no significativas estadísticamente. El modelo tiene un poder explicativo muy bajo ($R^2 < 2\%$), lo que indica que la variabilidad en la estatura no se debe al nivel socioeconómico sino a otros factores.

Tabla 172. Análisis de la relación entre circunferencia de cintura de acuerdo al nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Ordered logistic regression	Number of obs	=	143
	LR chi2(1)	=	4.00
	Prob > chi2	=	0.0454
Log likelihood = -151.08205	Pseudo R2	=	0.0131
InterpretaciónCirccintura	Coef.	Std. Err.	z P> z [95% Conf. Interval]
NSE	-.2829331	.1423011	-1.99 0.047 -.5618381 -.0040281
/cut1	-.692709	.2953719	-1.271627 -.1137908
/cut2	.526332	.2930232	-.047983 1.100647

- De acuerdo con la tabla 172, el análisis muestra que el nivel socioeconómico se asocia significativamente con la obesidad central en esta muestra. El coeficiente negativo (-0.282) indica que a medida que aumenta el NSE, disminuye la probabilidad de presentar obesidad central o riesgo de obesidad central. Aunque el efecto es estadísticamente significativo ($p = 0.047$), la magnitud del modelo es pequeña (Pseudo $R^2 = 0.0131$).

Tabla 173. Análisis de la relación entre edad de inicio de síntomas y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	Analysis of Variance				
	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	1017.00499	3	339.001662	0.49	0.6890
Within groups	107692.239	156	690.334864		
Total	108709.244	159	683.705936		
Bartlett's test for equal variances: chi2(3) = 15.4818 Prob>chi2 = 0.001					
Comparison of 22. Edad (meses) by NSE (Bonferroni)					
Row Mean- Col Mean	≤586.227	\$586.228	\$856.248		
≤586.228	-.128811 1.000				
\$856.248	-4.54407 1.000	-4.41526 1.000			
≥\$1.335.	2.26042 1.000	2.38923 1.000	6.80449 1.000		

- De acuerdo con la tabla 173, y según el análisis post hoc de Bonferroni, el nivel socioeconómico no constituye un factor de riesgo significativo para la edad de inicio de síntomas de autismo en tu muestra. Solo se observan ligeras tendencias descriptivas (inicio más temprano en NSE medio y más tardío en NSE alto), pero sin respaldo estadístico.

Tabla 174. Análisis de la relación entre edad de inicio de síntomas y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test		
NSE	Obs	Rank Sum
≤586.227	32	2389.50
\$586.228-\$856.247	41	3143.00
\$856.248-\$1.335.450	39	2870.00
≥\$1.335.451	48	4477.50

chi-squared = 5.308 with 3 d.f.
 probability = 0.1506

chi-squared with ties = 5.439 with 3 d.f.
 probability = 0.1423

- De acuerdo con la tabla 174, como había problemas de homogeneidad de varianzas (Bartlett significativo en la tabla 148), se realizó análisis Kruskal-Wallis. Sin embargo, ambos análisis apuntan al mismo resultado: el nivel socioeconómico no es un factor de riesgo significativo para la edad de inicio de síntomas en tu muestra, aunque se observa una tendencia a identificarse de manera más tardía en NSE más altos.

Tabla 175. Análisis de la relación entre edad de diagnóstico y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	Analysis of Variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	2210.20452	3	736.734841	0.40	0.7560
Within groups	290195.295	156	1860.22625		
Total	292405.5	159	1839.0283		

Bartlett's test for equal variances: $\chi^2(3) = 2.3026$ Prob>chi2 = 0.512

Comparison of 23. Edad de diagnóstico by NSE
(Bonferroni)

Row Mean- Col Mean	≤ 586.227	\$586.228	\$856.248	
\$586.228	-8.03277 1.000			
\$856.248	.40625 1.000	8.43902 1.000		
$\geq \$1.335.$.802083 1.000	8.83486 1.000	.395833 1.000	

- De acuerdo con los resultados de la tabla 175, el NSE no constituye un factor que determine diferencias en la edad de diagnóstico de autismo. Esto sugiere que la detección no depende significativamente de la condición socioeconómica. Se destaca que el supuesto de homogeneidad de varianzas sí se cumple (Bartlett $\chi^2(3) = 2.30$, p = 0.512).

Tabla 176. Análisis de la relación entre poseer carné de discapacidad y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Carné de discapacida d	NSE				Total
	≤ 586.227	\$586.228-	\$856.248-	$\geq \$1.335.4$	
Si	23	31	21	18	93
No	9	10	18	30	67
Total	32	41	39	48	160

Pearson chi2(3) = 16.3178 Pr = 0.001

- De acuerdo con la tabla 176, el valor p = 0.001 indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la posesión de carné de discapacidad $\chi^2(3) = 16.3178$.

Tabla 177. Análisis de la relación entre escolaridad del cuidador principal y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	160
Spearman's rho =	0.4780
Test of Ho: Niveldeescolaridad and NSE are independent	
Prob > t =	0.0000

- De acuerdo con los resultados de la tabla 177, existe una correlación positiva y significativa entre el NSE y la escolaridad del cuidador principal ($\rho = 0.478$, $p < 0.001$). Esto implica que cuidadores en contextos socioeconómicos más altos tienden a tener mayor nivel educativo, un factor que puede influir indirectamente en la comprensión, búsqueda y gestión del diagnóstico de autismo.

Tabla 178. Análisis de la relación dinero dedicado a terapias de autismo y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test			
NSE	Obs	Rank Sum	
≤586.227	32	2714.50	
\$586.228-\$856.247	41	3203.50	
\$856.248-\$1.335.450	39	3299.00	
≥\$1.335.451	48	3663.00	

chi-squared = 1.082 with 3 d.f.
probability = 0.7814

chi-squared with ties = 1.089 with 3 d.f.
probability = 0.7797

- De acuerdo con los resultados de la tabla 178, no existen diferencias estadísticamente significativas en el dinero mensual dedicado a terapias de autismo según el NSE ($p = 0.7797$). Esto podría indicar que las familias, independientemente de su nivel socioeconómico, destinan montos similares a terapias, posiblemente reflejando la alta prioridad que estas tienen en el manejo del autismo.

Tabla 179. Análisis de la relación entre dinero dedicado a terapias de autismo y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	159		
		LR chi2(3)	=	10.45		
		Prob > chi2	=	0.0151		
Log likelihood = -104.27681		Pseudo R2	=	0.0477		
Trabajodelcuidadorprincip2		Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE						
\$586.228-\$856.247	-.0194181	.4826684	-0.04	0.968	-.9654309	.9265947
\$856.248-\$1.335.450	.6883279	.4883205	1.41	0.159	-.2687627	1.645418
≥\$1.335.451	1.212726	.483031	2.51	0.012	.2660021	2.159449
_cons	-.3254224	.3639761	-0.89	0.371	-1.038803	.3879577

- De acuerdo con los resultados de la tabla 179, se identificó una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la empleabilidad del cuidador principal ($LR \chi^2(3) = 10.45$; $p = 0.0151$). Los participantes pertenecientes al estrato socioeconómico más alto ($\geq \$1.335.451$) presentaron una probabilidad significativamente mayor de estar empleados en comparación con el estrato más bajo ($OR = 3.36$; $IC95\%: 1.30-8.67$; $p = 0.012$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los estratos intermedios respecto al estrato más bajo.

Tabla 180. Análisis de la relación entre tipo de trabajo del cuidador principal (formal/informal) y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Number of obs =	87
Spearman's rho =	0.3944
Test of Ho: Si respuesta anterior~í and NSE are independent	
Prob > t =	0.0002

- De acuerdo con los resultados de la tabla 180, existe una correlación positiva y significativa ($\rho = 0.39$, $p < 0.001$) entre NSE y formalidad del trabajo del cuidador principal. Esto implica que en niveles socioeconómicos más altos se observa mayor proporción de empleo formal, lo que refuerza la asociación entre estabilidad laboral y posición socioeconómica en la muestra.

Tabla 181. Análisis de la relación entre autocuidado del cuidador principal y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	3.06
		Prob > chi2	=	0.0801
		Pseudo R2	=	0.0149
Log likelihood = -101.42768				
Autocuidado	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.305231	.201042	1.73	0.084 .9651144 1.76521
_cons	.3334401	.1058207	-3.46	0.001 .1790112 .6210913

- De acuerdo con los resultados de la tabla 181, aunque el modelo no fue globalmente significativo ($LR\ chi^2(1) = 3.06$, $p = 0.080$; $Pseudo\ R^2 = 0.015$), el análisis mostró que, por cada incremento en un nivel del NSE, la probabilidad de autocuidado aumentó en un 30% (OR = 1.31; IC95%: 0.97 – 1.77). Sin embargo, esta asociación no alcanzó significancia estadística al nivel del 5% ($p = 0.084$), indicando que la evidencia es insuficiente para concluir una relación clara. Estos hallazgos sugieren una tendencia positiva entre NSE y autocuidado, que debería explorarse con una muestra mayor e incorporando variables de control adicionales.

Tabla 182. Análisis de la relación entre consumo de frutas y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.22
		Prob > chi2	=	0.6363
		Pseudo R2	=	0.0010
Log likelihood = -109.77709				
Frutas	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.9343198	.1343321	-0.47	0.637 .7048777 1.238447
_cons	1.402072	.4011571	1.18	0.238 .800252 2.456483

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció de manera significativa con el consumo de frutas (OR = 0.93, IC95%: 0.70–1.23, $p = 0.637$). El modelo explicó una proporción mínima de la varianza ($Pseudo\ R^2 = 0.001$), indicando que la variable socioeconómica no constituye un predictor relevante del consumo de frutas en la muestra estudiada.

Tabla 183. Análisis de la relación entre consumo de verduras y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	4.68
		Prob > chi2	=	0.0306
Log likelihood = -108.36587		Pseudo R2	=	0.0211
Verduras	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.367309	.2003865	2.13	0.033 1.025932 1.822279
_cons	.5391249	.1576693	-2.11	0.035 .3039149 .9563719

- El análisis de regresión logística mostró que el nivel socioeconómico se asocia significativamente con el consumo de verduras ($OR = 1.37$, IC95%: 1.03–1.82, $p = 0.033$). Esto implica que, por cada incremento en una categoría de NSE, las probabilidades de consumo de verduras aumentan en un 36.7 %. El modelo explicó un 2.1 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.021$), lo que sugiere que el NSE, aunque no es el único determinante, constituye un factor relevante en el patrón alimentario observado.

Tabla 184. Análisis de la relación entre consumo de lácteos y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.77
		Prob > chi2	=	0.3788
Log likelihood = -90.668291		Pseudo R2	=	0.0043
Lácteos	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.15449	.1886481	0.88	0.379 .838109 1.590303
_cons	2.306141	.7211213	2.67	0.008 1.249448 4.256506

- El análisis de regresión logística binaria indicó que el nivel socioeconómico no se asocia significativamente con el consumo de lácteos ($OR = 1.15$, IC95%: 0.84–1.59, $p = 0.379$). El modelo explicó solo el 0.4 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.004$), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de lácteos en la muestra estudiada.

Tabla 185. Análisis de la relación entre consumo de vacuno y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression			Number of obs	=	160
			LR chi2(1)	=	2.66
			Prob > chi2	=	0.1027
Log likelihood = -106.35002			Pseudo R2	=	0.0124
<hr/>					
Vacuno	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE	1.269612	.1868484	1.62	0.105	.9514808 1.694112
_cons	1.020078	.2904656	0.07	0.944	.5837874 1.782426

- El análisis de regresión logística binaria indicó que el nivel socioeconómico no se asocia significativamente con el consumo de carne de vacuno (OR = 1.26, IC95%: 0.95–1.69, p = 0.105). El modelo explicó solo el 1,2 % de la varianza (Pseudo R² = 0.012), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de carne de vacuno en la muestra estudiada.

Tabla 186. Análisis de la relación entre consumo de legumbres y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression			Number of obs	=	160
			LR chi2(1)	=	1.38
			Prob > chi2	=	0.2409
Log likelihood = -110.16583			Pseudo R2	=	0.0062
<hr/>					
Legumbres	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE	.8454692	.1214376	-1.17	0.243	.6380238 1.120363
_cons	1.253024	.3559958	0.79	0.427	.718001 2.186723

- El análisis de regresión logística binaria indicó que el nivel socioeconómico no se asocia significativamente con el consumo de legumbres (OR = 0.84, IC95%: 0.36–1.12, p = 0.243). El modelo explicó solo el 0.6 % de la varianza (Pseudo R² = 0.0062), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de legumbres en la muestra estudiada.

Tabla 187. Análisis de la relación entre consumo de pescados y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.08
		Prob > chi2	=	0.7755
Log likelihood =	-101.569	Pseudo R2	=	0.0004
<hr/>				
Pescado	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.044189	.1584547	0.28	0.776 .7755507 1.40588
_cons	.4611635	.1397387	-2.55	0.011 .2546417 .8351806

- El análisis de regresión logística binaria indicó que el nivel socioeconómico no se asocia significativamente con el consumo de pescado (OR = 1.04, IC95%: 0.77–1.40, p = 0.776). El modelo explicó solo el 0.04 % de la varianza (Pseudo R² = 0.0004), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de pescado en la muestra estudiada.

Tabla 188. Análisis de la relación entre consumo de snacks y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.26
		Prob > chi2	=	0.6107
Log likelihood =	-108.31132	Pseudo R2	=	0.0012
<hr/>				
Snacks	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.076628	.1563228	0.51	0.611 .8099794 1.431058
_cons	.6215141	.1800422	-1.64	0.101 .3522672 1.096553

- El análisis de regresión logística binaria indicó que el nivel socioeconómico no se asocia significativamente con el consumo de snacks (OR = 1.07, IC95%: 0.80–1.43, p = 0.611). El modelo explicó solo el 0.1 % de la varianza (Pseudo R² = 0.0012), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de snacks en la muestra estudiada.

Tabla 189. Análisis de la relación entre consumo de frituras y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.42
		Prob > chi2	=	0.5191
Log likelihood = -51.805427		Pseudo R2	=	0.0040
<hr/>				
Frituras	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.167557	.2826593	0.64	0.522 .7264514 1.876504
_cons	.0851296	.0432672	-4.85	0.000 .0314381 .2305181

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con el consumo de frituras ($OR = 1.17$, IC95%: 0.73–1.88, $p = 0.522$). El modelo explicó un 0.4 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.004$), lo que indica que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de frituras en la muestra estudiada.

Tabla 190. Análisis de la relación entre consumo de bebidas azucaradas y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	1.32
		Prob > chi2	=	0.2502
Log likelihood = -88.197031		Pseudo R2	=	0.0074
<hr/>				
Bebidasazucaradas	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.212941	.2052818	1.14	0.254 .8705216 1.69005
_cons	.2319372	.0814877	-4.16	0.000 .1164966 .4617719

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con el consumo de bebidas azucaradas ($OR = 1.21$, IC95%: 0.87–1.69, $p = 0.254$). El modelo explicó solo un 0.7 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.007$), lo que indica que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de bebidas azucaradas en la población estudiada.

Tabla 191. Análisis de la relación entre consumo de agua y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	1.99
		Prob > chi2	=	0.1582
Log likelihood = -108.10085		Pseudo R2	=	0.0091
<hr/>				
Agua	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.226705	.1784234	1.40	0.160 .9224303 1.631349
_cons	.9705662	.275551	-0.11	0.916 .5563687 1.69312

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con el consumo de agua (OR = 1.23, IC95%: 0.92–1.63, p = 0.160). El modelo explicó solo un 0.9 % de la varianza (Pseudo R² = 0.009), lo que indica que el NSE no constituye un predictor relevante del consumo de agua en la población estudiada.

Tabla 192. Análisis de la relación entre recibir atenciones de salud y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.18
		Prob > chi2	=	0.6693
Log likelihood = -44.998669		Pseudo R2	=	0.0020
<hr/>				
Atencionesdesalud	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.8937926	.236104	-0.43	0.671 .5325784 1.499995
_cons	13.68776	7.491723	4.78	0.000 4.682136 40.01479

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con la probabilidad de recibir atenciones de salud tras el diagnóstico de autismo (OR = 0.89, IC95%: 0.53–1.50, p = 0.671). El modelo explicó solo un 0.2 % de la varianza (Pseudo R² = 0.002), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del acceso a atenciones en la muestra analizada.

Tabla 193. Análisis de la relación entre horas dedicadas a terapia y nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	160
Model	.494325279	1	.494325279	F(1, 158)	=	0.33
Residual	234.492194	158	1.48412781	Prob > F	=	0.5647
Total	234.986519	159	1.47790264	R-squared	=	0.0021
				Adj R-squared	=	-0.0042
				Root MSE	=	1.2182
CD	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
NSE	.0501315	.0868641	0.58	0.565	-.1214331	.2216962
_cons	1.538659	.1722288	8.93	0.000	1.198491	1.878826

- La regresión lineal simple mostró que el nivel socioeconómico no predijo significativamente la cantidad de horas semanales dedicadas a terapias asociadas al autismo (Coef. = 0.05, IC95%: -0.12 – 0.22, p = 0.565). El modelo explicó solo el 0.2 % de la varianza ($R^2 = 0.002$), indicando que el NSE no constituye un factor relevante en la determinación de las horas de terapia recibidas.

Tabla 194. Análisis de la relación entre edad de primera atención relacionadas al autismo y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	160
Model	2445.76843	3	815.256142	F(3, 156)	=	0.40
Residual	314363.332	156	2015.14956	Prob > F	=	0.7499
Total	316809.1	159	1992.51006	R-squared	=	0.0077
				Adj R-squared	=	-0.0114
				Root MSE	=	44.89
Edaddeprimeraatención	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
NSE						
\$586.228 – \$856.247	-11.18293	10.58883	-1.06	0.293	-32.09892	9.733065
\$856.248 – \$1.335.450	-3.858974	10.70719	-0.36	0.719	-25.00875	17.2908
≥\$1.335.451	-4.229167	10.24479	-0.41	0.680	-24.46557	16.00724
_cons	64.5	7.93558	8.13	0.000	48.82495	80.17505

- El análisis de regresión lineal con dummies mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la edad de primera atención relacionada al autismo según nivel socioeconómico ($F(3,156) = 0.40$, $p = 0.750$, $R^2 = 0.008$). Aunque los grupos de NSE más altos presentaron una tendencia a recibir la primera atención algunos meses antes que el grupo de menor ingresos económicos, estas diferencias no fueron significativas. En promedio, los niños del grupo de referencia (NSE más bajo) recibieron la primera atención a los 64.5 meses.

Tabla 195. Análisis de la relación entre atenciones por Terapia Ocupacional y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	1.04
		Prob > chi2	=	0.3082
		Pseudo R2	=	0.0064
Log likelihood = -80.91214				
ATerapeutaocupacional	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.8340089	.1497436	-1.01	0.312 .5865974 1.185772
_cons	5.248305	1.963021	4.43	0.000 2.521417 10.9243

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con la probabilidad de recibir atenciones clínicas de un terapeuta ocupacional ($OR = 0.83$, IC95%: 0.59–1.19, $p = 0.312$). El modelo explicó un 0.6 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.006$), lo que sugiere que el NSE no constituye un predictor relevante del acceso a terapia ocupacional en la población estudiada.

Tabla 196. Análisis de la relación entre atenciones por Fonoaudiología y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.02
		Prob > chi2	=	0.9001
		Pseudo R2	=	0.0001
Log likelihood = -108.77377				
BFono	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.9820122	.141972	-0.13	0.900 .7397015 1.303699
_cons	1.430146	.41054	1.25	0.213 .8147664 2.510312

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con la probabilidad de recibir atenciones clínicas de fonoaudiología ($OR = 0.98$, IC95%: 0.74–1.30, $p = 0.900$). El modelo explicó menos del 0.1 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.0001$), indicando que el NSE no constituye un predictor relevante de este tipo de atención en la población estudiada.

Tabla 197. Análisis de la relación entre atenciones por Kinesiología y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	1.00
		Prob > chi2	=	0.3179
Log likelihood = -68.845004		Pseudo R2	=	0.0072
<hr/>				
CKine	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.8220266	.1617429	-1.00	0.319 .558988 1.208841
_cons	.2514568	.09147	-3.80	0.000 .1232622 .5129757

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con la probabilidad de recibir atenciones de kinesiología (OR = 0.82, IC95%: 0.56–1.21, p = 0.319). El modelo explicó un 0.7 % de la varianza (Pseudo R² = 0.007), lo que indica que el NSE no constituye un predictor relevante del acceso a kinesiología en la población estudiada.

Tabla 198. Análisis de la relación entre atenciones por Neurología y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.04
		Prob > chi2	=	0.8411
Log likelihood = -85.286106		Pseudo R2	=	0.0002
<hr/>				
DNeurologo	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	1.034807	.1764905	0.20	0.841 .7407698 1.445557
_cons	3.257363	1.091341	3.52	0.000 1.6892 6.281325

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con la probabilidad de recibir atenciones clínicas de neurología (OR = 1.03, IC95%: 0.74–1.45, p = 0.841). El modelo explicó solo un 0.02 % de la varianza (Pseudo R² = 0.0002), lo que indica que el NSE no constituye un predictor relevante del acceso a atenciones neurológicas en la población estudiada.

Tabla 199. Análisis de la relación entre atenciones por Psiquiatría y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.00
		Prob > chi2	=	0.9853
Log likelihood =	-69.34365	Pseudo R2	=	0.0000
EPsiquiatra	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.9963919	.195629	-0.02	0.985 .6781214 1.46404
_cons	.1862877	.072431	-4.32	0.000 .0869414 .3991554

- El análisis de regresión logística binaria mostró que el nivel socioeconómico no se asoció con la probabilidad de recibir atenciones clínicas de psiquiatría (OR = 1.00, IC95%: 0.68–1.46, p = 0.985). El modelo no explicó variación alguna en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.000), lo que indica que el NSE no constituye un predictor del acceso a psiquiatría en la población estudiada.

Tabla 200. Análisis de la relación entre atenciones por Nutrición y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Nutricionista	NSE				Total
	≤\$586.22	\$586.228	\$856.248	≥\$1.335.4	
No	25	36	28	46	135
Si	7	5	11	2	25
Total	32	41	39	48	160
Fisher's exact =				0.009	

- Existe una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la atención por nutricionista. Los estudiantes de NSE bajo y medio presentan mayor probabilidad de recibir atención, mientras que en NSE alto esta atención es mucho menos frecuente.

Tabla 201. Análisis de la relación entre atenciones por Psicopedagogía y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.52
		Prob > chi2	=	0.4722
Log likelihood = -106.56027		Pseudo R2	=	0.0024
<hr/>				
GPsicopedagoga	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.9001134	.1318746	-0.72	0.473 .6754429 1.199515
_cons	.7509857	.2155899	-1.00	0.319 .427831 1.31823

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la probabilidad de recibir atenciones psicopedagógicas (OR = 0.90, IC95%: 0.67–1.19, p = 0.473). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.0024), lo que indica que el NSE no constituye un predictor del acceso a psicopedagogía en la población estudiada. En términos prácticos, la atención psicopedagógica parece distribuirse de forma similar en todos los estratos socioeconómicos de la muestra.

Tabla 202. Análisis de la relación entre atenciones por Educación Diferencial y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.12
		Prob > chi2	=	0.7312
Log likelihood = -104.13779		Pseudo R2	=	0.0006
<hr/>				
HDiferencial	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.9500785	.1417254	-0.34	0.731 .7092246 1.272727
_cons	1.966628	.5858272	2.27	0.023 1.096889 3.525994

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la probabilidad de recibir atenciones de educación diferencial (OR = 0.95, IC95%: 0.70–1.27, p = 0.731). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.0006), lo que indica que el NSE no constituye un predictor del acceso a educación diferencial en la población estudiada.

Tabla 203. Análisis de la relación entre atenciones por Psicología y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	160
		LR chi2(1)	=	0.17
		Prob > chi2	=	0.6837
		Pseudo R2	=	0.0007
Log likelihood = -110.80806				
IPsicóloga	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z
NSE	1.059847	.1512735	0.41	0.684
_cons	.9319109	.2636259	-0.25	0.803
				[95% Conf. Interval]
				.8012166 1.401962
				.5352789 1.62244

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la probabilidad de recibir atenciones por psicología (OR = 1.05, IC95%: 0.80–1.40, p = 0.684). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.0007), lo que indica que el NSE no constituye un predictor del acceso a psicología en la población estudiada.

Tabla 204. Análisis de la relación entre integración familiar a terapias sobre autismo y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	147
		LR chi2(1)	=	0.31
		Prob > chi2	=	0.5759
		Pseudo R2	=	0.0015
Log likelihood = -100.96952				
Integrafamilia	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z
NSE	1.086947	.162105	0.56	0.576
_cons	1.071551	.3144269	0.24	0.814
				[95% Conf. Interval]
				.8114499 1.455978
				.6028975 1.904506

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la participación familiar en terapias sobre autismo (OR = 1.08, IC95%: 0.81–1.45, p = 0.576). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.0015).

Tabla 205. Análisis de la relación entre participación del cuidador principal en terapias sobre autismo y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	147
		LR chi2(1)	=	0.89
		Prob > chi2	=	0.3448
Log likelihood = -90.902682		Pseudo R2	=	0.0049
<hr/>				
Cuidadorparticipaenterapi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.8591205	.1387199	-0.94	0.347 .6260556 1.17895
_cons	2.828539	.9273517	3.17	0.002 1.487617 5.378153

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la participación del cuidador principal en terapias sobre autismo (OR = 0.85, IC95%: 0.62–1.17, p = 0.347). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.0049).

Tabla 206. Análisis de la relación entre seguimiento de indicaciones de las terapias sobre autismo y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Ordered logistic regression		Number of obs	=	143
		LR chi2(1)	=	0.14
		Prob > chi2	=	0.7042
Log likelihood = -198.48044		Pseudo R2	=	0.0004
<hr/>				
Siguenindicaciones	Coef.	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	-.0518056	.1364455	-0.38	0.704 -.3192339 .2156228
/cut1	-5.043506	1.030085		-7.062435 -3.024577
/cut2	-3.930943	.6283045		-5.162398 -2.699489
/cut3	-3.406033	.5117577		-4.409059 -2.403006
/cut4	-2.478594	.3816866		-3.226686 -1.730502
/cut5	-.5574695	.2877465		-1.121442 .0065032
/cut6	.7246914	.2901394		.1560287 1.293354

- El modelo de regresión logística ordinal no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de seguimiento de indicaciones terapéuticas en el hogar (Coef. = -0.05, IC95%: -0.32–0.22, p = 0.704). El modelo explicó menos del 0.1 % de la varianza (Pseudo R² = 0.0004), lo que indica que el NSE no constituye un predictor relevante de la adherencia percibida a las indicaciones terapéuticas.

Tabla 207. Análisis de la relación entre percepción del progreso por terapias y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Ordered logistic regression					
		Number of obs = 159			
		LR chi2(1) = 0.07			
		Prob > chi2 = 0.7865			
Log likelihood = -163.5704		Pseudo R2 = 0.0002			
Progreso	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE	-.0366798	.1354801	-0.27	0.787	-.302216 .2288564
/cut1	-4.423544	.7462499			-5.886167 -2.960921
/cut2	-1.943437	.3251194			-2.58066 -1.306215
/cut3	.0275055	.2746196			-.5107391 .56575

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción del progreso por las terapias en autismo (IC95%: -0.302–0.227, p = 0.787). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo R² = 0.0002).

Tabla 208. Análisis de la relación entre modalidad de escolarización y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Multinomial logistic regression					
		Number of obs = 160			
		LR chi2(4) = 5.46			
		Prob > chi2 = 0.2429			
Log likelihood = -111.95824		Pseudo R2 = 0.0238			
Escolarización	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
No_escolarizado					
NSE	-.594524	.6976963	-0.85	0.394	-1.961984 .7729356
_cons	-3.321786	1.004461	-3.31	0.001	-5.290494 -1.353078
Sí__educación_regular	(base outcome)				
Sí__educación_especial					
NSE	-.2805497	.1915034	-1.46	0.143	-.6558894 .09479
_cons	-1.051271	.3443951	-3.05	0.002	-1.726273 -.3762693
Sí__exámenes_libres					
NSE	.1131378	.3875511	0.29	0.770	-.6464484 .872724
_cons	-3.220313	.8224452	-3.92	0.000	-4.832276 -1.60835
Sí__home_school					
NSE	14.87665	1902.909	0.01	0.994	-3714.757 3744.51
_cons	-48.28764	5708.727	-0.01	0.993	-11237.19 11140.61

El análisis de regresión logística multinomial mostró que el nivel socioeconómico no se asoció significativamente con la modalidad de escolarización (LR $\chi^2(4) = 5.46$, p = 0.243; Pseudo R² = 0.024). Comparado con la educación regular, ninguna de las categorías alternativas de escolarización (no escolarizado, educación especial, exámenes libres, home school) presentó diferencias significativas en relación con el NSE. Esto sugiere que la modalidad de escolarización en la población estudiada no depende del nivel socioeconómico.

Tabla 209. Análisis de la relación entre tipo de educación y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	159
		LR chi2(1)	=	0.31
		Prob > chi2	=	0.5774
Log likelihood = -106.60564		Pseudo R2	=	0.0015
Tipodeeducación	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.921327	.1356837	-0.56	0.578 .6903311 1.229618
_cons	1.74649	.5157319	1.89	0.059 .9790604 3.115464

- No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el tipo de educación (pública o privada) que recibe el NNA autista ($OR = 0.92$, IC95%: 0.69–1.22, $p = 0.578$). El modelo no explicó variación en la variable dependiente (Pseudo $R^2 = 0.0015$).

Tabla 210. Análisis de la relación entre relación con compañeros y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Ordered logistic regression		Number of obs	=	158
		LR chi2(1)	=	0.57
		Prob > chi2	=	0.4504
Log likelihood = -180.97109		Pseudo R2	=	0.0016
Relaciónconcompañeros	Coef.	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	.1036	.137336	0.75	0.451 -.1655737 .3727736
/cut1	-4.892149	1.025638		-6.902363 -2.881934
/cut2	-2.64214	.4046646		-3.435268 -1.849012
/cut3	-.4852637	.2796718		-1.03341 .0628829
/cut4	2.052687	.3339693		1.398119 2.707255

- El modelo de regresión logística ordinal no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de la relación con compañeros (Coef. = 0.10, IC95%: -0.17–0.37, $p = 0.451$). El NSE explicó menos del 0.2 % de la varianza (Pseudo $R^2 = 0.0016$), lo que sugiere que la calidad de la relación con los pares no depende del nivel socioeconómico en la población estudiada.

Tabla 211. Análisis de la relación entre participación en actividades dentro del aula y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	158	
		LR chi2(3)	=	3.22	
		Prob > chi2	=	0.3585	
Log likelihood = -52.338654		Pseudo R2	=	0.0299	
Participaenactdentrodel	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	
NSE				[95% Conf. Interval]	
\$586.228 - \$856.247	.9910714	.796611	-0.01	0.991	.2050783 4.789501
\$856.248 - \$1.335.450	.4744898	.3500188	-1.01	0.312	.1117681 2.014355
≥\$1.335.451	1.607143	1.368058	0.56	0.577	.3030267 8.523699
_cons	9.333333	5.669934	3.68	0.000	2.837513 30.69981

- La regresión logística binaria no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la participación en actividades dentro del aula ($\text{LR } \chi^2(3) = 3.22$, $p = 0.359$; Pseudo $R^2 = 0.030$). Ninguna de las categorías de NSE presentó odds significativamente diferentes al grupo de referencia ($p > 0.05$ en todos los casos), lo que sugiere que la participación escolar en la muestra estudiada no depende del nivel socioeconómico.

Tabla 212. Análisis de la relación entre participación en actividades extraescolares y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	158	
		LR chi2(3)	=	1.52	
		Prob > chi2	=	0.6781	
Log likelihood = -105.49507		Pseudo R2	=	0.0071	
Participaenactextraescola	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	
NSE				[95% Conf. Interval]	
\$586.228 - \$856.247	.9807692	.4733864	-0.04	0.968	.3808191 2.525893
\$856.248 - \$1.335.450	.6390533	.3222461	-0.89	0.375	.237856 1.716959
≥\$1.335.451	1.076923	.5018216	0.16	0.874	.4320601 2.684264
_cons	.7222222	.2628717	-0.89	0.371	.3538782 1.473967

- La regresión logística binaria no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la participación en actividades extraescolares ($\text{LR } \chi^2(3) = 1.52$, $p = 0.678$; Pseudo $R^2 = 0.0071$). Ninguna categoría de NSE presentó odds significativamente distintas respecto al grupo de referencia, lo que sugiere que la participación extraescolar en la muestra estudiada no depende del nivel socioeconómico.

Tabla 213. Análisis de la relación entre participación en actividades de libre elección y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression						
		Number of obs = 158				
		LR chi2(3) = 3.98				
		Prob > chi2 = 0.2639				
Log likelihood = -92.406568		Pseudo R2 = 0.0211				
		Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
NSE						
\$586.228 – \$856.247		.831169	.4845272	-0.32	0.751	.2651455 2.60552
\$856.248 – \$1.335.450		1.782857	.9788631	1.05	0.292	.6078149 5.229519
≥\$1.335.451		1.880184	.9870617	1.20	0.229	.6719478 5.260964
_cons		.2916667	.125289	-2.87	0.004	.1256732 .67691

- La regresión logística binaria no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la participación en actividades de libre elección ($LR \chi^2(3) = 3.98$, $p = 0.264$; Pseudo $R^2 = 0.021$). Aunque se observó una tendencia a mayor participación en los niveles socioeconómicos altos (OR = 1.78 y OR = 1.88), estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.

Tabla 214. Análisis de la relación entre adaptación sensorial y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression						
		Number of obs = 158				
		LR chi2(3) = 1.11				
		Prob > chi2 = 0.7739				
Log likelihood = -108.96073		Pseudo R2 = 0.0051				
		Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Adaptaciónsensorial						
\$586.228 – \$856.247		.6237373	.2995009	-0.98	0.326	.2433767 1.598544
\$856.248 – \$1.335.450		.7222222	.3521467	-0.67	0.505	.2777381 1.878046
≥\$1.335.451		.6644444	.308775	-0.88	0.379	.2672363 1.652045
_cons		1.384615	.503967	0.89	0.371	.6784411 2.825831

- La regresión logística binaria no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la utilización de adaptaciones sensoriales ($LR \chi^2(3) = 1.11$, $p = 0.774$; Pseudo $R^2 = 0.0051$). Aunque se observó una tendencia a menor utilización en los niveles socioeconómicos más altos (OR entre 0.62 y 0.72), estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.

Tabla 215. Análisis de la relación entre haber sido derivado desde el colegio para evaluación neurológica/psiquiátrica y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	159
Log likelihood = -102.99912		LR chi2(3)	=	0.32
		Prob > chi2	=	0.9563
		Pseudo R2	=	0.0015
Derivación desde colegio	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z
NSE				
\$586.228 - \$856.247	1.088889	.5510301	0.17	0.866
\$856.248 - \$1.335.450	1.3125	.6640165	0.54	0.591
≥\$1.335.451	1.151613	.5626435	0.29	0.773
_cons	.4761905	.1829582	-1.93	0.053
		[95% Conf. Interval]		

La regresión logística binaria no mostró asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la derivación desde el colegio para evaluación neurológica o psiquiátrica ($LR \chi^2(3) = 0.32$, $p = 0.956$; Pseudo $R^2 = 0.0015$). Aunque los niveles socioeconómicos medios y altos presentaron odds ligeramente mayores de derivación (OR entre 1.09 y 1.31), estas diferencias no fueron significativas.

Tabla 216. Análisis de la relación entre encontrarse en el Programa de Integración Escolar y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Logistic regression		Number of obs	=	159
Log likelihood = -91.41685		LR chi2(3)	=	6.62
		Prob > chi2	=	0.0849
		Pseudo R2	=	0.0350
PIE2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z
NSE				
\$586.228 - \$856.247	.4453125	.2349318	-1.53	0.125
\$856.248 - \$1.335.450	.9895833	.4891168	-0.02	0.983
≥\$1.335.451	.3653848	.1908124	-1.93	0.054
_cons	.631579	.2328848	-1.25	0.213
		[95% Conf. Interval]		

La regresión logística binaria muestra que, aunque no se alcanza significancia global ($\chi^2(3) = 6.62$; $p = 0.0849$), existe una tendencia a que los estudiantes de mayor nivel socioeconómico tengan menor probabilidad de estar en el Programa de Integración Escolar (PIE). En particular, quienes pertenecen al nivel socioeconómico más alto presentan un 64% menos de probabilidades de estar en PIE respecto al grupo más bajo (OR = 0.37; $p = 0.054$).

Tabla 217. Análisis de la relación entre percepción del apoyo recibido por el equipo de aula y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Ordered logistic regression		Number of obs	=	159
		LR chi2(1)	=	3.91
		Prob > chi2	=	0.0481
Log likelihood = -197.00233		Pseudo R2	=	0.0098
<hr/>				
Evaluación de escuela	Coef.	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	-.2593824	.1321278	-1.96	0.050 -.518348 -.0004167
/cut1	-4.833521	.7536987		-6.310743 -3.356298
/cut2	-3.174619	.4110775		-3.980316 -2.368922
/cut3	-1.54863	.3015926		-2.139741 -.9575194
/cut4	-.0811258	.2705239		-.6113429 .4490913

La regresión logística ordinal mostró que existe una relación negativa y significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de apoyo recibido por el equipo de aula ($\rho = -0.16$; $p = 0.044$). Esto implica que las familias de NSE más bajo reportan en promedio una percepción ligeramente mayor de apoyo, mientras que a medida que aumenta el NSE la percepción tiende a ser menos favorable.

Tabla 218. Análisis de la relación entre percepción del progreso dentro del sistema escolar y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Ordered logistic regression		Number of obs	=	159
		LR chi2(1)	=	0.68
		Prob > chi2	=	0.4096
Log likelihood = -225.14409		Pseudo R2	=	0.0015
<hr/>				
Evaluación del progreso	Coef.	Std. Err.	z	P> z [95% Conf. Interval]
NSE	-.1040716	.1263959	-0.82	0.410 -.3518031 .1436598
/cut1	-3.116369	.4242343		-3.947853 -2.284885
/cut2	-1.719692	.3009163		-2.309477 -1.129907
/cut3	-.0353566	.2644688		-.553706 .4829927
/cut4	1.658643	.3077826		1.0554 2.261886

El modelo de regresión logística ordinal no encontró una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de progreso dentro del sistema educativo (Coef = -0.10; $p = 0.41$). Esto sugiere que la evaluación del progreso educativo percibido por las familias es independiente del NSE, es decir, se distribuye de manera similar en los distintos estratos socioeconómicos.

Tabla 219. Análisis de la relación entre bullying y el nivel socioeconómico familiar, en niños, niñas y adolescentes autistas de Valdivia-Chile.

Multinomial logistic regression				Number of obs	=	159
				LR chi2(6)	=	6.38
				Prob > chi2	=	0.3819
Log likelihood = -138.01105				Pseudo R2	=	0.0226
Bullying		Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
No	(base outcome)					
No_estoy_seguro						
NSE						
\$586.228 - \$856.247	.7129498	1.196728	0.60	0.551	-1.632593	3.058493
\$856.248 - \$1.335.450	.4818381	1.267455	0.38	0.704	-2.002328	2.966005
≥\$1.335.451	1.411828	1.111829	1.27	0.204	-.7673169	3.590972
_cons	-2.833213	1.028992	-2.75	0.006	-4.85	-.816427
Si						
NSE						
\$586.228 - \$856.247	-.3856625	.5026626	-0.77	0.443	-1.370863	.5995381
\$856.248 - \$1.335.450	-.0036697	.4958484	-0.01	0.994	-.9755148	.9681753
≥\$1.335.451	-.6141252	.5035501	-1.22	0.223	-1.601065	.3728149
_cons	-.268264	.3684381	-0.73	0.467	-.9903893	.4538613

- De acuerdo con los resultados de la tabla 190, ninguno de los coeficientes de NSE resulta significativo (todos $p > 0.20$). Sin embargo, al comparar la respuesta “No estoy seguro” y “No”, en el grupo con NSE más alto ($\geq \$1.335.451$), el coeficiente es 1.41 ($p = 0.204$), lo que sugiere una mayor probabilidad de responder “no estoy seguro” frente a “no”, pero la asociación no alcanza significancia estadística (IC95% incluye el 1). Tampoco hay asociaciones significativas entre las respuestas “Si” y “No” (todos $p > 0.22$). Se observa que en el NSE más alto ($\geq \$1.335.451$), el coeficiente es -0.61 ($p = 0.223$), indicando una menor probabilidad de reportar bullying frente a “no”, pero nuevamente sin significancia estadística. No se observa evidencia estadísticamente significativa de que el NSE se asocie con la percepción de bullying (sí/no/no sé). Aunque hay tendencias (por ejemplo, NSE alto podría asociarse con mayor probabilidad de dudar “no estoy seguro” y menor probabilidad de contestar “sí”), estas no son robustas ni concluyentes.



IX. Conclusiones

El presente estudio constituye un aporte inédito a la comprensión del autismo infantil en Chile desde una perspectiva ecobiopsicosocial y de salud pública, respondiendo a una necesidad expresada directamente por la comunidad autista de contar con datos que reflejen su realidad. Los resultados obtenidos evidencian una alta heterogeneidad en las condiciones de vida, desarrollo y acceso a servicios, así como importantes brechas estructurales en diagnóstico, atención sanitaria y acompañamiento familiar.

El retraso promedio de casi tres años entre la aparición de los primeros signos y el diagnóstico formal pone de manifiesto la urgencia de fortalecer la detección temprana y la capacitación profesional en los distintos niveles del sistema de salud y educación. Asimismo, la sobrecarga de las cuidadoras principales —mayoritariamente mujeres— y la destinación significativa de recursos familiares a terapias, refuerzan la necesidad de políticas de apoyo integral y corresponsabilidad estatal.

Desde el punto de vista nutricional y clínico, los altos niveles de malnutrición por exceso y el consumo extendido de fármacos alertan sobre la necesidad de estrategias intersectoriales que integren la salud física, mental y social de los niños y niñas autistas. En el ámbito educativo, los hallazgos sobre bullying y acorte de jornada escolar reflejan persistentes barreras de inclusión y discriminación que limitan el desarrollo pleno de esta población.

En conjunto, estos hallazgos evidencian la urgencia de profundizar la implementación de la Ley N°21.545 (“Ley TEA”), incorporando evidencia territorial y participación activa de las familias y comunidades autistas. La información generada por este estudio puede orientar futuras intervenciones públicas y académicas, promoviendo una respuesta estatal más equitativa, informada y respetuosa de la diversidad neurobiológica, consolidando así el compromiso del país con una inclusión real y sostenida.

X. Referencias bibliográficas

1. Alsayouf, H.A., Talo, H., Biddappa, M.L., Qasaymeh, M., Qasem, S., Reyes, E.D.L. Pharmacological Intervention in Children with Autism Spectrum Disorder with Standard Supportive Therapies Significantly Improves Core Signs and Symptoms: A Single-Center, Retrospective Case Series. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16(1):2779–2794. doi: 10.2147/NDT.S277294
2. DeVane, L., Jane, C., Abramson, R., Williams, J., Carpenter, L., Raven, S., et al. Pharmacotherapy of Autism Spectrum Disorder: Results from the Randomized BAART Clinical Trial. *Pharmacotherapy.* 2019;39(6):626–635. doi: 10.1002/phar.2271.
3. Christensen, D., Zubler, J. From the CDC: Understanding Autism Spectrum Disorder: An evidence-based review of ASD risk factors, evaluation, and diagnosis. *Am J Nurs.* 2020;120(10):30–37. doi: 10.1097/01.NAJ.0000718628.09065.1b
4. Johnson, C.R., Smith, T., DeMand, A., Lecavalier, L., Evans, V., Gurka, M., et al. Exploring Sleep Quality of Young Children with Autism Spectrum Disorder and Disruptive Behaviors. *Sleep Med.* 2018; 1(44):61–6. doi: 10.1016/j.sleep.2018.01.008.
5. Kirsch, A., Huebner, A., Mehta, S., Howie, F., Weaver, A., Myers, S., et al. Association of Comorbid Mood and Anxiety Disorders with Autism Spectrum Disorder. *JAMA Pediatr.* 2019;174(1):63–70. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.4368.
6. Schonhaut, L., Buron, V., Aguilera, R., Vargas, L. Detección temprana de Trastorno del Espectro Autista: revisión de las herramientas de tamizaje validadas en Chile. *Andes pediatr.* 2023;94(4):425–435. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i4.4901>.
7. Fernández, M., Espinoza, A. Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Rev. psicol.* 2019;37(2):643–682. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201902.011>
8. Posar, A., Visconti, P. Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. *J Pediatr.* 2018;94(4):342–50. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.008>
9. Budisteanu, M., Linca, F., Andrei, L.E., Mateescu L., Glangher, A., Ioana, D., et al. Recognition of early warning signs and symptoms – the first steps on the road to Autism Spectrum Disorder diagnosis. *Ann Ist Super Sanità.* 2022;58(3):183–191. doi: 10.4415/ANN_22_03_07
10. Saint-Georges, C., Pagnier, M., Ghattassi, Z., Hubert-Barthelemy, A., Tanetb, A., Clement, M.N., et al. A developmental and sequenced one-to-one educational intervention (DS1-EI) for autism spectrum disorder and intellectual disability: A three- year randomized, single-blind controlled trial. *E Clinical Medicine.* 2020; 26:100537. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100537>
11. Sape, R.M., Shead, D.A., Maseko, B.C. Global pharmaceutical care approaches to autism spectrum disorder: a scoping review protocol. *JBI Evid Synth.* 2024;22(17):1371–8. doi: 10.11124/JBIES-23-00247

12. Lampert-Grassi MP. Trastorno del Espectro Autista: epidemiología, aspectos psicosociales y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional; 2018. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=73170
13. Chile. Diario Oficial de la República de Chile. Establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación. Santiago: Ministerio de Justicia; 2023. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190123>
14. Melo, C., Ribeiro, T.P., Prior, C., Gesta, C., Martins, V., Oliveira, G., et al. Motor stereotypies in autism spectrum disorder: Clinical randomized study and classification proposal. *Autism*. 2023;27(2):456–471. doi: 10.1177/13623613221105479.
15. Matos, M.B., Cordeiro, M.L. Autism Spectrum Disorder Diagnoses: A Comparison of Countries with Different Income Levels. *Clin Epidemiol*. 2022; 14(1):959–69. doi: 10.2147/CLEP.S373186
16. Okoye, C., Obialo-ibeawuchi, C.M., Obajeun, O.A., Sarwar, S., Tawfik, C., Waleed, M.S. et al. Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Review and Analysis of the Risks and Benefits. *Cureus*. 2023;15(8): e43226. doi: 10.7759/cureus.43226
17. Ferre, G., Sánchez, J., Vicens, P., Camps, M., Torrente, A. & Morales, F. A systematic review of instruments for early detection of autism spectrum disorders. *IJP&PT*. 2019;19(1): 29–38.
18. Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M.A. Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediatr*. 2021; 92(4):519–525. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>
19. Chile. Ministerio de Salud. Reporte breve de Evidencia ¿Qué término se utiliza a nivel internacional para referirse al diagnóstico de personas del espectro autista? Santiago: MINSAL; 2022. Disponible en: https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/03/RBE_-Utilizaci%C3%B3n-concepto-de-trastorno-y-condici%C3%B3n-en-TEA-y-sus-implicancias-1.pdf
20. McDonald, C.A., Donnelly, J.P., Feldman-Alguire, A.L., Rodgers, J.D., Lopata, C., Thomeer, M.L. Special Education Service Use by Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2019;49: 2437–2446. doi: 10.1007/s10803-019-03997-z
21. Momtazmanesh, S., Amirmoghaddam-Yazdi, Z., Moghaddam, H.S., Mohammadi, M.R., Shahin, A. Sulforaphane as an adjunctive treatment for irritability in children with autism spectrum disorder: A randomized, double- blind, placebo-controlled clinical trial. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(1):398–405. <https://doi.org/10.1111/pcn.13016>
22. Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., Moyano, A. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86(2):126–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>

23. World Health Organization. Autismo [Internet]. WHO; 2023. [citado 2025 ago 30]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
24. Øien, R.A., Vambheim, S.M., Hart, L., Nordahl, A., Craig, H., Logan, E. et al. Sex-Differences in Children Referred for Assessment: An Exploratory Analysis of the Autism Mental Status Exam (AMSE). *J Autism Dev Disord*. 2018; 48(7):2286–2292. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3488-y>
25. Astudillo, C., Mondaca, A. El interés superior en la trayectoria educativa de los niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista en Chile. *Rev Direito*. 2022;18(1):1–26. <https://doi.org/10.1590/2317-6172202207>
26. Chile. Ministerio de Educación. Preguntas Frecuentes Ley N°21.545. Santiago: MINEDUC; 2023. Disponible en: https://ayuda-mineduc.cl/sites/default/files/preguntas_frecuentes_ley_tea_21.545.pdf
27. Nadeem, M.S., Murtaza, B.N., Al-Ghamdi, M.A., Ali, A., Zamzami, M.A., Khan, J.A., et al. Autism: A comprehensive array of prominent signs and symptoms. *Current Pharmaceutical Design*. 2021;27(11): 1418–1433. <https://doi.org/10.2174/1381612827666210120095829>
28. Castro, K., Frye, R.E., Silva, E., Vasconcelos, C., Hoffmann, L., Riesgo, R., et al. Feeding-Related Early Signs of Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review. *J Pers Med*. 2024;14(8):823. doi: 10.3390/jpm14080823.
29. Scahill, L., Jeon, S., Boorin, S.J., McDougle, C.J., Aman, M.G., Dziura, J., et al. Weight Gain and Metabolic Consequences of Risperidone in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;55(5):415–23. doi: 10.1016/j.jaac.2016.02.016.
30. Alsayouf, H.A., Talo, H., Biddappa, M.L. Brain sciences Core Signs and Symptoms in Children with Autism Spectrum Disorder Improved after Starting Risperidone and Aripiprazole in Combination with Standard Supportive Therapies: A Large, Single-Center, Retrospective Case Series. *Brain Sci.*, 2022;12(5):618. doi: 10.3390/brainsci12050618.
31. Zwaigenbaum, L., Bauman, M.L., Yirmiya, N., Estes, A.M. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*. 2015;136(1): S10-40. doi: 10.1542/peds.2014-3667C.
32. Myers, S.M., Voigt, R.G., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Storlie, C.B., Stoeckel, R.E., et al. Autism Spectrum Disorder: Incidence and Time Trends Over Two Decades in a Population-Based Birth Cohort. *J Autism Dev Disord*. 2020;49(4):1455–1474. <https://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3834-0>
33. Irarrázaval, M. La Ley de Autismo en Chile: Desafíos para la Implementación y el Rol de los Pediatras. *Andes pediatr*. 2023; 94(4):419–420. <http://dx.doi.org/10.32641/andespaeatr.v94i4.4837>

XI. Anexos (Incluir los medios de verificación de las actividades de difusión de resultados)

CUESTIONARIO AUTIVA:

Nombre del profesional encuestador:

Folio identificador del paciente:

Fecha:

Ítem 1: Sobre salud pediátrica general

1. Fecha de nacimiento:			
2. ¿Quién es el cuidador principal de la persona autista?	Madre	Padre	Otro, ¿Quién?
3. ¿Existe algún grado de parentesco entre los padres de la persona autista?	Si	No	
4. ¿De cuántas semanas de gestación nació la persona autista que usted cuida?	>38 semanas	32-38 semanas	<32 semanas
5. ¿Su familiar autista dedica al menos 3 horas semanales de actividad física programada?	Si	No	
6. ¿Su familiar autista tiene las vacunas del programa de inmunización al día?	Si	No, razón _____	
7. ¿Qué fármacos al día ingiere su familiar autista? (No suplementos nutricionales). Nombre del fármaco.			
8. La persona autista, ¿tiene algún familiar en 1er grado con diagnóstico de autismo?	Si	NO	
Evaluación nutricional:			
9.1. Peso (en kilogramos):			
9.2. Talla (en centímetros):			
9.3. Circunferencia de cráneo (cms):			
9.4. Circunferencia de cintura (cms):			

De acuerdo a las deposiciones de la persona autista que usted cuida:

10. ¿Utiliza pañales?	Si	No																						
11. Si la respuesta es sí, ¿en qué momento ocupa?	Diurno	Nocturno	Ocasional																					
12.1 Si la respuesta es no, ¿a qué edad logró el control de esfínter diurno?																								
12.2. ¿A qué edad logró el control de esfínter nocturno?																								
13. ¿Cómo son las deposiciones? Elegir de acuerdo a la Escala de Bristol.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces en bolas duras y separadas, similar a un fruto seco.</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces con forma alargada, pero con relieves, como bolas unidas.</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces con forma alargada, con grietas en la superficie.</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces con forma alargada como una salchicha, lisa y blanda.</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces blandas y trozos separados o con bordes definidos.</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">6</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces blandas y trozos separados o con bordes pegados puré.</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">7</td><td style="text-align: center; padding: 5px;"></td><td style="padding: 5px;">Heces líquidas, sin trozos sólidos.</td></tr> </tbody> </table>	1		Heces en bolas duras y separadas, similar a un fruto seco.	2		Heces con forma alargada, pero con relieves, como bolas unidas.	3		Heces con forma alargada, con grietas en la superficie.	4		Heces con forma alargada como una salchicha, lisa y blanda.	5		Heces blandas y trozos separados o con bordes definidos.	6		Heces blandas y trozos separados o con bordes pegados puré.	7		Heces líquidas, sin trozos sólidos.		
1		Heces en bolas duras y separadas, similar a un fruto seco.																						
2		Heces con forma alargada, pero con relieves, como bolas unidas.																						
3		Heces con forma alargada, con grietas en la superficie.																						
4		Heces con forma alargada como una salchicha, lisa y blanda.																						
5		Heces blandas y trozos separados o con bordes definidos.																						
6		Heces blandas y trozos separados o con bordes pegados puré.																						
7		Heces líquidas, sin trozos sólidos.																						

Ítem 2: Sobre sexo y género

14. ¿Con qué género se identifica la persona autista que usted cuida?	Femenino	Masculino	Transgénero	No binario	Otro:
15. En caso de manifestar otro género al asignado ¿a qué edad la persona autista manifestó pertenecer a otro género?					

Ítem 3: Sobre el diagnóstico de autismo y concomitancias

16. ¿A qué edad y de qué forma comenzaron los signos del autismo?	Edad:	Primeros signos:
---	-------	------------------

17. ¿A qué edad se realizó el diagnóstico de autismo?				
18. ¿Qué nivel de ayuda requiere?	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	No lo sé
19. ¿Su familiar autista posee carné de discapacidad?	Si		No	
20. Si la respuesta anterior es sí, ¿qué porcentaje de discapacidad posee?				
21. Si la respuesta anterior es no, ¿cuál es la razón para no tenerlo?				
22. La persona autista que usted cuida, ¿presenta alguna(s) de las siguientes patologías concomitantes?				
22.1. Discapacidad intelectual	SI		No	
22.2. Epilepsia	SI		No	
22.3. Trastorno de integración sensorial (incluyendo selectividad alimentaria)	SI		No	
22.4. Trastorno del sueño	SI		No	
22.5. Dispraxia motora	SI		No	
22.6. Discapacidad auditiva	SI		No	
22.7. Alteraciones conductuales	SI		No	
22.8. Otras (¿cuáles?):				

Ítem 4: Sobre la situación socioeconómica familiar y el impacto del autismo en el NSE.

23. ¿Cuántas personas constituyen su núcleo familiar?						
24. ¿Cuál es el nivel de escolaridad de la persona cuidadora?	Enseñanza básica incompleta	Enseñanza básica completa	Enseñanza media incompleta	Enseñanza media completa	Grado técnico	Grado universitario
25. Considerando los ingresos fijos mensuales, ¿cuál es el ingreso familiar total?	<\$586.227	Entre \$586.228 y \$856.247	Entre \$856.248 y \$1.335.450	>\$1.335.451		
26. En relación al diagnóstico de autismo,						

¿cuánto dinero mensual destina su familia? (incluir terapias particulares, fármacos y otros apoyos)				
27. El/la cuidador(a) principal de la persona autista, ¿posee trabajo remunerado?	No	Si, de tiempo parcial	Sí, de tiempo completo	Jubilado
28. Si la respuesta a la pregunta anterior es sí, ¿qué tipo de trabajo posee?	Informal (Independiente)	Formal (Dependiente)		
29. Usted como persona cuidadora, ¿realiza actividades de autocuidado?	Si, frecuencia _____		No, porque _____	

Ítem 5: Sobre la alimentación de la persona autista.

30. ¿Quién se encarga de la preparación de la alimentación de la persona autista?		
31. ¿Quién alimenta a la persona autista?		
32. ¿Tiene alergia alimentaria?	Si	No
33. ¿Consume 2-3 veces al día frutas?	Si	No
34. ¿Consume 2 veces al día verduras?	Si	No
35. ¿Consume 2-3 veces al día productos lácteos?	Si	No
36. ¿Consume carne de vacuno 2 veces a la semana?	Si	No
37. ¿Consume legumbres 2 veces a la semana?	Si	No
38. ¿Consume pescado 2 veces a la semana?	Si	No
39. ¿Consume snacks dulces y salados todos los días?	Si	No
40. ¿Consume frituras/alimentos altos en colesterol todos los días?	Si	No

41. ¿Consumo bebidas azucaradas y jugos azucarados todos los días?	Si	No
42. ¿Consume al menos 4 vasos de 200 ml de agua al día?	Si	No
43. Posee alguna preferencia de colores de alimentos	Si	No
44. Si la respuesta anterior es sí, ¿cuál es color de preferencia?		

Ítem 6: Sobre terapias y escolarización

45. La persona autista que usted cuida, ¿recibe atenciones de personal de salud por el diagnóstico de autismo?	Si	No		
46. Si la respuesta anterior fue si, esta es de manera:	Particular	Público	Ambas	
47. Si la respuesta anterior fue si, ¿cuántas horas a la semana dedica?				
48. ¿A qué edad recibió la primera atención relacionada al autismo?				
49. ¿Qué profesionales intervienen a la persona autista que usted cuida, asociado a este diagnóstico?	a) Terapeuta Ocupacional b) Fonoaudiólogo c) Kinesiólogo d) Neurólogo e) Psiquiatra f) Nutricionista g) Psicopedagoga h) Educadora Diferencial i) Psicóloga		Si	No
50. El profesional que interviene a la persona autista, ¿integra a la familia en la terapia?	Si	No		
51. ¿La persona cuidadora principal ha participado en las sesiones de terapia?	Si	No		
52. La familia de la persona autista ¿sigue las indicaciones de la terapia para el hogar?	0	1	2	3
53. ¿Cómo percibe usted el progreso de la persona autista en la terapia?	Muy mal	Mal	Ni bien ni mal	Bien
				Muy bien



La persona autista que usted cuida:

54. ¿Se encuentra escolarizada?	Sí, educación regular	Sí, escuela hospitalaria	Sí, educación especial	Sí, para exámenes libres	Sí, modalidad home school	No
54.1. Si la respuesta es no, ¿cuál es la causa?						
54.2. Si la respuesta es no, ¿cuál ha sido la consecuencia de esta decisión?						
54.3. Si la respuesta es no, ¿hasta qué nivel cursó?						
55. La educación de la persona autista es:	Privada			Pública		
56. ¿En qué año escolar se encuentra?						
57. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	
58.1. ¿Participa en las actividades dentro del aula?	Si			No		
58.2. Fuera del contexto educativo, ¿participa en actividades extraescolares?	Si			No		
58.3. ¿Realiza actividades del ACLE?	Si			No		
59.1. ¿Utiliza alguna adaptación sensorial?	Si			No		
59.2. Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?						

59.3. ¿Fue derivado a evaluación por Neurólogo/psiquiatra desde el colegio?	Si		No	
59.4. ¿Se encuentra en Programa de Integración Escolar (PIE)?	Sí, con PACI	Sí, sin PACI	Sí, desconozco formato	No
60. ¿Cómo evalúa el apoyo recibido por el equipo de aula en la escuela?	Muy malo	Malo	Regular	Bueno
60.1. ¿Cómo evalúa el progreso en el sistema educativo?	Muy malo	Malo	Regular	Bueno
60.2. ¿Ha enfrentado a bullying escolar?	No	No estoy seguro	Sí, ¿qué medida tomó el colegio? _____	
60.3. ¿Ha enfrentado algunas de las siguientes situaciones?	Suspensión de clases	Condiciónalidad de la matrícula	Cancelación de la matrícula	Acorte de jornada escolar sugerido impuesto por el colegio
				N/A

Fotografías de las actividades:



Presentación y formalización de trabajo en conjunto con Organización “Amigo Autismo Valdivia”.



Actividad de inicio: Lanzamiento de la investigación con Directora Regional de Senadis.



Creación de instrumento entre investigadores USS, cuidadoras de personas autistas y persona autista.



Charla de sensibilización para invitación a participar de investigación.



Charla de sensibilización para invitación a participar de investigación.



Charla de sensibilización para invitación a participar de investigación.



INVITACIÓN

Cierre de proyecto

"Desentrañando los misterios del espectro autista: hacia una política pública inclusiva basada en evidencia"

Dr. Juan Andrés Vargas Braun, Vicerrector de la Universidad San Sebastián, sede Valdivia, y Javiera Flores Anderson, Directora Regional del Servicio Nacional de la Discapacidad, tienen el agrado de invitarle al cierre del proyecto de Vinculación con el Medio "Desentrañando los misterios del espectro autista: hacia una política pública inclusiva basada en evidencia".

Esta investigación se desarrolló en el marco del proyecto folio n°102480 del Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos, línea investigación y estudios, del Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS.

Esperamos contar con su valiosa participación en esta importante actividad académica.



Cuándo:

Martes 11
de noviembre
de 2025.



Horario:

9:00 a 12:30
horas



Dónde:

Aula Magna,
Universidad San Sebastián,
sede Valdivia,
Gral Legos #7163.

www.usc.cl

ID:3960

PROYECTO DE
CORPORACIÓN

Invitación para cierre de proyecto y presentación de resultados a autoridades.



Invitación para presentación de resultados en Organización “Amigo Autismo Valdivia”.