ID: 10.33881/1657-2513.art.22209

ĬbērAM

Artículo Invitado | Invited Article

Modos de vida de personas autistas del centro medicina integral (Cartagena Colombia)

Ways of life of autistic people from the integral medicine center (Cartagena Colombia)

CC BY NC SA

Antonio Carlos **Dominguez Meza**

Photo By/Foto:**Elaboración propia

IBERO
Planeta Formación y Universidades

ART Volumen 22 #2 junio - diciembre

Revista ARETÉ Fonoaudiología

ISSN-l: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252

Revista ARETÉ
ISSN-l: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252 Fonoaudiología

ID: 10.33881/1657-2513.art.22209

Title: Ways of life of autistic people from the integral medicine center (Cartagena Colombia)

Título: Modos de vida de personas autistas del centro medicina integral (Cartagena Colombia)

Author (s) / Autor (es):

Dominguez Meza

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Autism Spectrum Disorder; Social Epidemiology; Public Health; Quality of Life; Child Behavior; Child Health

[es]: Trastorno del Espectro Autista; Epidemiología Social; Salud Colectiva; Calidad de Vida; Comportamiento Infantil; Salud del Niño

Submited: 2022-09-03

Acepted: 2022-12-12

Resumen

Objetivo: Caracterizar los modos de vida de las personas autistas del centro Medicina Integral en la ciudad de Cartagena-Colombia, a través de la epidemiología crítica en su vertiente de la determinación social de la salud. Metodología: Se realizó utilizando técnicas cuali-cuantitativas como la encuesta, la entrevista, la revisión bibliográfica-documental y la observación natural. La muestra estuvo constituida por 105 familias de personas autistas asistentes al centro Medicina Integral en la ciudad Cartagena Colombia y los resultados fueron procesados mediante el software de procesamiento de datos SPSS STATISTICS 25. Resultados: a nivel de los modos de vida de las familias de las personas autistas, las categorías del dominio general determinan la dinámica de los modos de vida. En las categorías de este dominio como la etnia, la clase social y el género del responsable familiar, predominaron la raza mestiza, la inserción social baja y el género masculino. A nivel educativo-laboral, hubo mayor tendencia a trabajos del nivel medio, bajo subordinación e informalidad. El acceso a salud es bueno, pues más del 90 % goza de este servicio en la cobertura. A nivel de exposiciones, son variados los procesos, se evidencian pocos apoyos, contaminación ambiental socioespacial en las familias, inequidad en el territorio, patologización y mitos acerca de la condición de autismo. Conclusiones: se pudo concluir que el autismo en Cartagena Colombia no es una condición aislada, pues se encuentra subsumido bajo sistemas del orden general, particular y singular, que condicionan al individuo y a sus familias.

Abstract

Goal: This work focused its objective on characterizing the ways of life of autistic people at the Integral Medicine Center in the city of Cartagena-Colombia, through critical epidemiology in its aspect of social determination of health. Methodology: It was carried out using qualitative-quantitative techniques such as the survey, the interview, the bibliographical-documentary review and natural observation. The sample consisted of 105 families of autistic people attending the Integral Medicine Center in the city of Cartagena, Colombia, and the results were processed using the SPSS STATISTICS 25 data processing software. Results: at the level of the lifestyles of the families of the autistic people, it is seen how the categories of the general domain determine the dynamics of lifestyles. In the characterization of categories of a particular order such as ethnicity, social class and the gender of the family leader, the mestizo race, low social insertion and the male gender prevailed. At the educational-labor level, the tendency to work at the middle level under subordination and informality with technical and basic studies predominates in more than 60%. Access to health is good, since more than 90% enjoy this service. At the level of exhibitions, the processes are varied, few supports are evident, socio-spatial environmental contamination in families, inequity in the territory, pathologization and myths about the condition of autism. Conclusions: it was possible to conclude that autism in Cartagena Colombia is not an isolated condition, but is subsumed under systems of the general, particular and singular order, which condition the individual and their families.

andodmz7694@gmail.com

Citar como:

Dominguez Meza, A. C. (2022). Modos De Vida De Personas Autistas Del Centro Medicina Integral (Cartagena Colombia). Areté , 22 (2), 79-85 Obtenido de: https://arete.ibero.edu.co/article/view/22209

Antonio Carlos **Dominguez Meza**, xx sp
ORCID: *https://orcid.org/0000-0002-7058-6778*

Source | Filiacion:
Universidad de San Buenaventura-Cartagena

BIO:
Fonoaudiólogo, Especialista en Audiología, Magister en Trastornos del Desarrollo Infantil Mención Autismo

City | Ciudad:
Cartagena-Col

e-mail:

Para su más amplia difusión, esta obra y sus contenidos se distribuyen bajo licencia: **Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 International** Se autoriza cualquier tipo de reproducción y sus diferentes usos, siempre y cuando se preserve la integridad del contenido y se cite la fuente.

Modos de vida de personas autistas del centro medicina integral (Cartagena Colombia)

Ways of life of autistic people from the integral medicine center (Cartagena Colombia)

Antonio Carlos **Dominguez Meza**

Areté

ISSN-L: 1657-2513

Introducción

La presente investigación buscó conocer los procesos que influían en los modos de vida de las personas autistas del centro Medicina Integral en Cartagena Colombia, a través de la caracterización de los procesos de la epidemiología crítica en su vertiente de la determinación social de la salud. Este paradigma difiere con la vertiente empírico-asociativa, es alternativa opuesta al reduccionismo, a la concepción causalista tradicional y al empirismo. Se enfoca en los procesos de las diferentes esferas de la realidad como un movimiento encausado y dialéctico, que integra componentes de la determinación no solo a vínculos causales sino a leyes sociales *(Breilh, 1977)*. Mediante este modelo, se buscó describir la realidad del trastorno del espectro autista, visto como un objeto multidimensional, complejo, jerárquico y no aplanado, nutrido por concepciones ontológicas, epistemológicas, y praxiológicas envuelto en los dominios generales, particular (modos de vida) y singular (estilos de vida) de la salud.

Dimensión general

La dimensión general de la determinación social de la salud (DSS) se ocupa del estudio de la influencia de los sistemas del orden general para mantener los modos de reproducción social. Los procesos políticos, económicos, ambientales y de salud pueden afectar el desenvolvimiento social y personal de las personas autistas *(Breilh, 2013)*. Para algunos estudios las alteraciones en el comportamiento del espectro pueden estar reguladas por falencias en los procesos bioquímicos, interdependientes de la vulnerabilidad biológica y genética de cada uno, y la influencia ambiental *(Bogdashina, 2006)*, que se desprenden de aspectos generales como los socioculturales, de salud y económicos que también determinarán la presencia de la condición.

Se evidencia la existencia de políticas públicas que salvaguardan los derechos de la niñez y sus trastornos, aunque muchas pueden invisibilizar y discriminar la condición y no ofrecer garantías ante la falta de recursos de familias vulnerables, generando con ello, inequidades en el acceso, diagnóstico y atención de la salud, desigualdades sociales y culturales *(Lopez, et.al, 2020)*, *(Durkin, et.al., 2010)*.

Dimensión particular

La dimensión particular de la determinación social de la salud comprende los modos de vida de los grupos y los conglomerados en donde la persona autista y su familia se desenvuelve con sus inequidades y desigualdades, interaccionan el género, la etnia y la clase social, la inserción a los sistemas económicos con sus accesos y formas de consumo, así como los apoyos sociales. Al respecto, acerca de la condición del autismo se han documentado procesos malsanos en los modos de vivir como pobreza extrema, condiciones precarias de vivienda, invasiones y alta tasa de exposiciones ambientales en las familias, con pocos accesos a servicios dignos de salud y alcantarillado *(Lopez, et.al., 2020)*.

Dimensión singular

La dimensión singular incluye los estilos de vida y las características individuales (fenotipos y genotipos) en donde decantan la influencia de los dominios general y particular. Aterrizando este dominio al espectro del autismo, los sistemas generales y particulares patologizan las diferencias sensoperceptivas del individuo lo que invisibilizaría sus formas diversas de funcionamiento *(Bogdashina, 2006)*. Asimismo, trastocan el acceso a los servicios de salud como el diagnóstico, forma de singularidad del individuo, procesos que se ven influenciados por las clases sociales, la cual define el goce de estos, siendo proporcional a la tenencia de recursos *(Kelly, y otros, 2019)*.

El panorama anterior demostró que el manejo de la condición del autismo está ligado a sistemas económicos que condicionan los modos de vida de sus familias y el individuo, razón por la cual, se consideró factible e innovador abordar esta temática de investigación, pues en la actualidad son muy pocos los recursos académicos disponibles que inserten los modelos críticos en salud con el autismo en el mundo. Representa también una proyección importante en materia social, porque permite visibilizar los modos de vida y las condiciones sociales y ambientales de la población objeto de estudio en un espacio geográfico con altas demandas de ayudas sociales y de política pública.

Metodología

El presente estudio se enmarcó en una tipología observacional, con alcance descriptivo de enfoque transversal. Se llevó a cabo en las instalaciones de la institución prestadora de salud (IPS) Medicina Integral dependencia Cisadde (sede) en la ciudad de Cartagena en el semestre I-2021. La muestra estuvo constituida por 105 familias, las cuales fueron definidas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, como niños con diagnóstico definido, pertenecientes a la ciudad de Cartagena y al centro terapéutico, mediante muestreo simple en el programa Epidat 4.2.

Para el levantamiento de datos se hizo uso de instrumento estructurado (validado previamente bajo muestra piloto) adaptado del INSOC (Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: fundamentos teóricos y explicativos), la técnica de entrevista, revisión documental y la observación natural no participante. Para el procesamiento y análisis de datos se contó con la herramienta Excel para el registro de los datos numéricos, conteo, selección y demás, asimismo, con apoyo del software estadístico SPSS STATISTICS 25 se permitió el cruce de variables y la técnica de análisis de contenido para las entrevistas.

Principios de ética

Posterior a la aprobación del comité de ética, se tuvieron en cuenta los siguientes principios importantes: Confidencialidad, consentimiento informado a los participantes, principio de legalidad, entre otros.

Resultados

En lo que respecta a la dimensión general del territorio, el Distrito de Cartagena de Indias tiene una población de 1.013.38924 habitantes (2018), cuenta con una extensión de 623 km2, de los cuales 76 km2 son de suelo urbano, 547 km2 de suelo rural con un porcentaje de asentamiento urbano del **95,6 %** y rural del **4.4 %** (DANE, 2018). El porcentaje, a 2015, para la población entre 0-14 años era de **24,3 %** *(Alcaldia Mayor de Cartagena, 2020)*.

Es un espacio geográfico que, desde la historia antigua, estuvo subordinada a la presencia de invasiones y esclavitud de varias culturas hegemónicas como la española, inglesa y francesa. La fusión de esta diversidad cultural y étnica constituyó la categoría de "mestizaje social" producto de la movilidad social, la segregación sociocultural y espacial *(Aguilera & Meisel, 2009)* procesos generados con miras al aprovechamiento de los recursos minerales del subsuelo, propiciando con ello, la construcción de defensas y baluartes para salvaguardarlos.

A partir de estas construcciones se empezaron a definir las clases sociales y las ocupaciones de la sociedad de ese entonces, evidenciándose los niveles de desigualdad en recursos, accesos y viviendas de los obreros menos calificados. La fuerza laboral se desplazó al hombre y el cuidado del hogar a la mujer *(Solano, 2018)*, sin muchas consideraciones en aquellas personas con discapacidad.

Cartagena está constituida por una variedad étnica que se esparce por todo el territorio, sobresaliendo la mezcla de mestizaje social. Estas variables hacen que la estructura social de la población, marque sus formas geográficas de posicionamiento en el territorio, estando en las zonas más apartadas aquellas comunidades raizales puras que aun intentan conservar su identidad cultural. Sin embargo, la dependencia a la economía acumulativa los sumerge en la lucha de clases por la pervivencia en el territorio, generando que los asentamientos étnicos minoritarios -numéricamente hablando-, se incorporen a tradiciones más comunes, como una forma de encadenamiento social que deriva en la pérdida de identidad cultural y social *(Solíz, Cepeda, & Maldonado, 2012)*, pues los condiciona a desplazar sus costumbres a cambio de la supervivencia en el territorio, aspecto del que no escapan las familias de las personas autistas.

Esta dinámica de procesos del orden general subsume los modos de vida de las familias de las personas autistas del centro Medicina Integral. El territorio como aspecto general está condicionando los modos de vivir de los conjuntos o conglomerados de las familias del individuo autista. De acuerdo con el análisis del territorio (tabla 1) en la categoría de ubicación de la vivienda y entorno, el **93 %** de las familias evaluadas se ubican en la zona urbana del Distrito de Cartagena de Indias y un **7 %** en la zona rural.

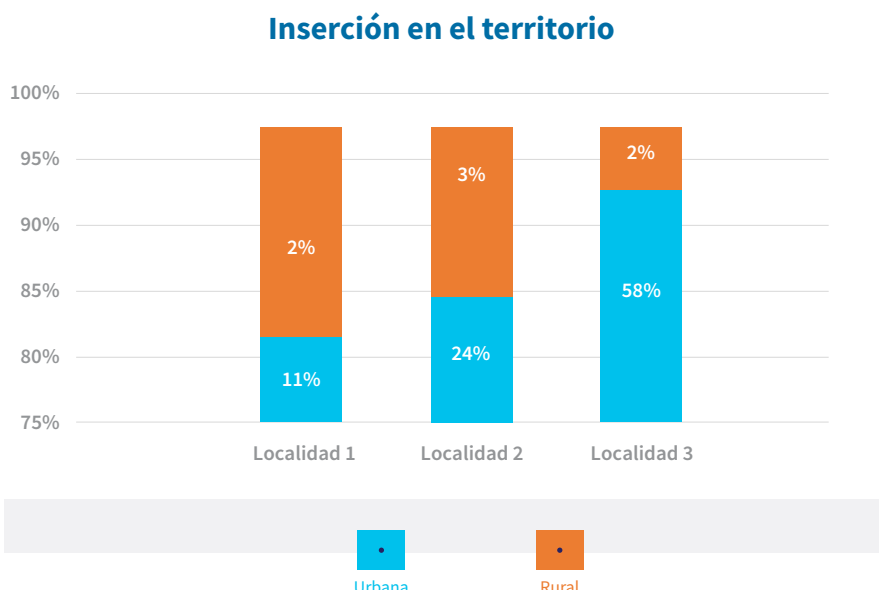


Ilustración 1. Inserción en el territorio

Fuente: Encuesta epidemiológica y de modos de vida de familias de personas autistas del centro Medicina Integral Cartagena, 2021. Elaboración propia

La etnia, el género y la inserción social *(Breilh, 2003)* fueron categorías analizadas en este estudio; En los hallazgos se evidencia el predominio de una inserción social y laboral baja, referida a trabajos independientes e informales sobre todo en estratos 1 y 2; la identidad étnica de mayor presencia fue la mestiza, así como el género masculino como responsable familiar.

Respecto a los accesos y el consumo, a nivel educativo en las familias evaluadas (tabla 2), sobresale el nivel medio o técnico superior **(43,8 %)**, seguido del nivel escolar secundaria **(26,6 %)**, pregrado universitario **(15,2 %)**, posgrado universitario **(7,6 %)** y primaria **(2,8 %)**. En la tenencia de la vivienda y servicios públicos, más del **98 %** de las familias goza de la estadía en una vivienda del tipo casa o apartamento siendo proporcional en todos los niveles socioeconómicos y con acceso a los servicios públicos. La tenencia de la vivienda es baja y está estrechamente ligada a la inserción laboral cualificada y la estratificación social media y alta.

En el consumo alimenticio de las familias, la adquisición de alimentos se realiza mayormente en tiendas y almacenes de cadena **(96,2 %)** dejando un porcentaje casi nulo al autoconsumo.

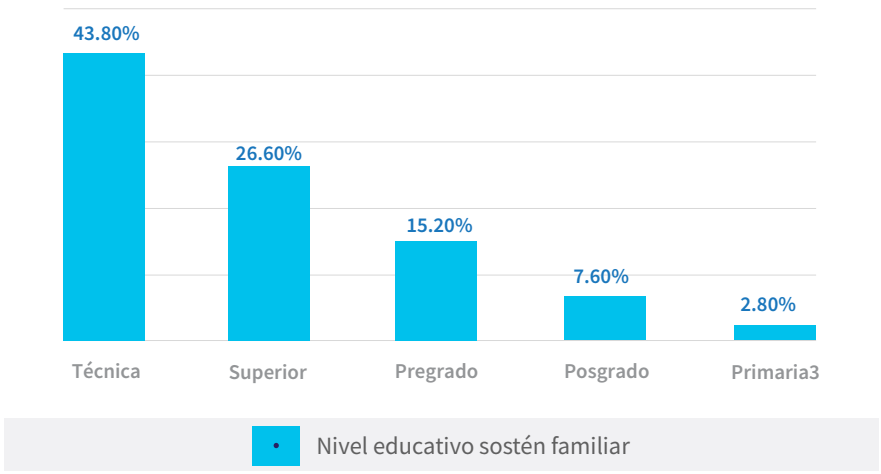


Ilustración 2. Inserción educativa por nivel educativo

Fuente: Encuesta epidemiológica y de modos de vida de familias de personas autistas del centro Medicina Integral Cartagena, 2021. Elaboración propia

En cuanto al acceso a salud más del **95 %** de las familias tiene acceso a los servicios de salud indistintamente del nivel social al cual pertenecen esto obedece a que en la institución prestadora de servicios de salud aceptan ambos regímenes: contributivo y subsidiado. Para el caso del profesional de diagnóstico un alto porcentaje concuerda en que el especialista en neuropediatría quien realizó la identificación o diagnóstico, otras refieren en menor proporción que fue el pediatra, el neurólogo y el psicólogo.

En lo referido a los resultados de la dimensión singular o estilos de vida de la persona autista, al analizar los procesos del orden general como la estratificación social, con la edad, el género, los fenotipos de la condición y las comorbilidades, se pudo establecer que el mayor porcentaje de la edad (entre 6 y 9 años) se ubica en la clase social baja junto al género masculino, contrario a las características fenotípicas como las estereotipias del tipo motoras, corporales y verbales, y las comorbilidades como hiperactividad, las cuales se ubican en las capas medias. El acceso educativo del niño autista es bueno, más del **65 %** se encuentran escolarizados. En lo que se refiere a los fenotipos de la condición, comorbilidades y exposiciones de las personas autistas de la muestra, el mayor porcentaje lo tienen las estereotipias motoras, corporales y verbales, seguido de la dificultad en la comunicación, como no mirar a los ojos, no hablar, y dificultades en la interacción social como comportamientos en solitario y poco establecimiento de relaciones con los demás.

Discusiones

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la dimensión general los procesos sociohistóricos como la colonización, la segregación y la construcción de fortificaciones atraídos por la defensa de los recursos naturales, han marcado las formas y organizaciones de la estructura social del territorio, ambos en concordancia con el espacio geográfico de Cartagena, pues ésta, concentra su mayor población en una pequeña parte del territorio dejando ver una sobrecarga urbana del espacio.

Esta desigualdad a nivel de estructura y organización territorial se marca no solo por las atracciones laborales o la necesidad de convivir en una sociedad más civilizada, (geográficamente hablando), sino por los determinados accesos que se ofrecen a nivel urbano que en la ruralidad son insuficientes. Vemos como este dinamismo urbanístico de la movilidad social está condicionando a los accesos del espacio urbano que de una u otra forma obligan a la sociedad a adecuarse a los grandes monopolios y, por ende, condicionar sus modos de vida.

Las familias de las personas autistas evaluadas no son ajenas a estos procesos, pues el territorio está determinando los modos de coexistir de la mayoría de las personas autistas y sus familias del centro Medicina Integral en Cartagena Colombia, haciendo evidente el nivel de desigualdad territorial y social entre las localidades que la componen, como proceso destructivo en materia de equidad territorial y sus formas de territorializaciones *(Borde, 2017)*, producto de una lógica acumulativa de lo urbano, el crecimiento urbanístico irregular por la movilidad social, el acceso a los servicios y las fuentes de empleo, procesos malsanos para la condición del autismo *(Kelly, y otros, 2019)*.

El género, la etnia y el estrato social son categorías estructurales en los modos de vida de los colectivos, porque envuelven a muchas otras categorías y las influencian *(Breilh, 2010)*. Los resultados en nuestro estudio replican los hallazgos encontrados en otros espacios geográficos. López, et al, *(2020)*, encontraron, que los niños autistas y neurotípicos provenían de familias de capas medias y pobres, resaltando algunas diferencias territoriales significativas, Asimismo, (*Hrdlicka, y otros, 2016)* mostraron que, el **96,7 %** de la muestra de familias de personas autistas se encontraba en situación socioeconómico familiar media (**65,0 %**) y baja (**29,2 %**), y solo el **3,3 %** se ubicaba en el nivel elevado.

ART 22 (2) pág. 1-85
Areté
ISSN-L: 1657-2513

Estos resultados se contraponen, en tanto, a lo encontrado por *(Durkin, y otros, 2010)* en los que se halló una prevalencia del TEA asociado con un aumento de la situación socioeconómica familiar, es decir a mayores y mejores condiciones socioeconómicas, más prevalente era el diagnóstico de autismo, yendo en concordancia con los hallazgos de *(Culma & Giraldo, 2019)*, en los que se encontró que más del 80 % de los padres de niños, niñas y adolescentes autistas en Bogotá pertenecían a las capas media y altas. Sin embargo, algunos autores *(Wing, 1980)*, describen que estas asociaciones pueden ser consecuencias de sesgos de verificación, asociado al nivel educativo y adquisitivo de las familias.

En cuanto a la etnia, predomina del tipo mestizo, lo cual permite comprender como los procesos sociohistóricos como los fenómenos de la movilidad humana y la confluencia de etnias atraídas por la acumulación del capital de los recursos naturales, propiciaron la combinación de diversas etnias puras formando la categoría de mestizaje social *(Aguilera & Meisel, 2009)*, la cual predomina actualmente en los modos de vida de las personas autistas del centro Medicina Integral. Estos hallazgos se asocian con aquellos encontrados por *(Culma & Giraldo, 2019)*, en los que un 13,3% de los acudientes de las personas autistas eran mestizos, pero contrastan con lo reportado por *(Christensen et al. 2012)*, en el que la prevalencia estimada de autismo fue significativamente mayor entre los niños blancos no hispanos, en comparación con los niños negros no hispanos, sin mencionarse la categoría de mestizo.

Continuando con las categorías de la matriz de poder, el género del responsable familiar que predominó en el estudio de las familias de las personas autistas fue el masculino. Este dato no es ajeno a la influencia de los procesos históricos que han definido al territorio foco de este estudio, ya que históricamente y por la construcción de fortificaciones y defensas, tanto la ocupación como el sustento de los hogares de la época fue representado por la población masculina con fuerza y edad laboral, esto sin duda, propició a nivel cultural el arraigo de la fuerza al hombre *(Solano, 2018)*, desmeritando las labores o capacidades femeninas. Al respecto, en Colombia se encontró que el 80 % de los cuidadores de la muestra de niños, niñas y adolescentes con autismo evaluadas, era la madre *(Culma & Giraldo, 2019)*, distando un poco de *(Lopez, et.al., 2020)* en el que se registró un mayor porcentaje de familias biparentales encargadas del cuidado y la asistencia de su hijo con autismo.

En cuanto a la inserción laboral, el panorama mostró como la estratificación social determina las desigualdades a nivel laboral y trastocan a las familias, pues a mayor estrato social mejor es la inserción en el aparato productivo y viceversa. Estas desigualdades también se han hecho presente en estudios similares *(Lopez, et.al., 2020)* en los que se arrojó que la ocupación de la mayoría de las familias de los niños y niñas con autismo residentes en espacios no urbanos pertenecían a trabajos no calificados, actividades informales y pequeño comercio, sin cobertura de seguridad social ni medios de producción propios. En el caso de nuestro estudio predominó con un valor importante la actividad del turismo, actividad que se subordina a la lógica de la política económica hegemónica de los últimos años centrado en la dinámica libre de fuerzas de mercado y la acumulación de capital, a lo que las familias de las personas autistas del estudio no escapan.

Esta problemática del dominio general marcado por relaciones de poder y capitalismo concentrador de riquezas mantiene las clases sociales y las domina bajo un modelo hegemónico de subordinación y aceptación del dominio *(Breilh, 2010)*, por ende, define asimismo los modos de vivir de las familias de las personas autistas del centro Medicina Integral, tanto en su reproducción social como en su dinámica laboral.

En la categoría de los accesos y consumo a los que tienen poder las familias en educación, tenencia de la vivienda, servicios públicos, consumo y servicios de salud, existen desigualdades a nivel educativo que están en consonancia con la inserción social, a menores recursos menor tasa de educación en las familias. En otros espacios geográficos se han reportado diferencias significativas entre poblaciones de familias de niños autistas, en cuanto al tipo de educación en relación con la estratificación social *(Lopez, et.al., 2020).* Esta problemática socioeducativa de poca profesionalización no solo deslinda sus dificultades en el acceso, sino que también, condiciona a las familias de las personas autistas a una inserción social de menor rango y salario, lo cual se constituye como un proceso degradante en materia de consumo, más aún cuando es minoría étnica.

En el consumo, los hallazgos se remontan a la adquisición de alimentos más allá de su autoconsumo, aspecto consecuente de las lógicas de los sistemas económicos generales referido a la explotación del turismo y sus derivados. Lógica que ha desplazado las actividades productivas locales producto de la inserción a los mercados turísticos, generando con ello pérdida de identidad cultural y de inserción laboral que pueden atentar con la sostenibilidad alimentaria de las personas autistas y sus familias.

En lo que respecta al acceso a la salud, esta categoría no se desliga del dominio de lo general pues está ligada al sistema general de seguridad social colombiano lo cual permite una buena cobertura a las familias que contribuyen o cotizan. Estos hallazgos replican en cierta forma los resultados de *(Lopez,et.al., 2020)* en los que mayoritariamente los servicios de salud y de diagnóstico se realizaron en los sistemas privados, dejando ver la disparidad social en los servicios, pues para aquellos niños procedentes de capas bajas, el tiempo en el diagnóstico fue mayor y la presencia de estudios para la condición muy limitados, contrario a los niños autistas de las capas medias, en los que hubo mayor existencia de estudios y mejores condiciones de accesos. Asimismo, primó una ruta larga y compleja de diagnóstico desde el acceso hasta la valoración por los distintos especialistas *(Crane, et.al., 2015)*.

En lo que respecta al dominio singular de la determinación social de la salud, las categorías de los dominios general y particular, están determinando la presencia de condiciones individuales, fenotípicas y genotípicas de las personas autistas del estudio. En nuestros hallazgos se encontró relación de predominio de las características individuales de similar edad y género masculino con la estratificación social baja. Contrario, a los fenotipos de la condición, como las estereotipias y comorbilidades como la hiperactividad, las cuales fueron más evidentes en niños pertenecientes a capas medias. Estos resultados distaron de otros estudios en los que se encontraron mayores embodimets de la condición del autismo como déficits cognitivos y de memoria descendientes de familias en extrema pobreza *(Zapata, et.al., 2012)*, *(Lopez, et-al., 2020)*.

Otros autores afirman que la relación de la estratificación social con la edad y el género masculino del niño autista pueden estar mayormente sujetos a la prevalencia del autismo en varones, pues se ha demostrado que tanto en clases sociales de bajos recursos como en aquellas de mayores ingresos, predominan el género masculino *(Kanner, 1943)*, *(Kelly, y otros, 2019)*.

Finalmente, en los hallazgos del proceso diagnóstico y terapéutico como singularidad de la persona autista, la gran afluencia de usuarios al sistema contributivo de salud deja ver que a nivel del régimen subsidiado son mayores los obstáculos por los que atraviesa la familia para el goce de los servicios. Asimismo, permite relacionar como las cotizaciones laborales producto de la inserción al aparato productivo, condiciona el acceso de las familias a este servicio básico, reflejo de lo que se ve a

nivel de otras esferas sociales como Ecuador y Reino Unido, países en los que más del 75 % de las familias de personas autistas tuvieron que acudir a sistemas privados ante la ausencia de respuestas en medios públicos *(Lopez, et.al., 2020)*, (Kelly, et.al., 2019). Estos indicadores nos muestran como el proceso diagnóstico como condición individual, se ha visto determinado por los sistemas generales en salud que condicionan el acceso a servicios de diagnóstico y acompañamiento, y como el poder adquisitivo de algunas familias define en gran medida el goce de estos a los que tiene derecho el individuo con autismo y su núcleo familiar.

Conclusiones

El trastorno del espectro autista es un trastorno complejo y multidimensional que se requiere abordar integralmente desde aspectos praxiológicos, epistemológicos y sociales. Los procesos de la determinación social de la salud en sus dimensiones nos permiten conocer ampliamente sobre este trastorno y visibilizar sus realidades en el espacio geográficos estudiado.

La condición del autismo se desenvuelve en diversos procesos que jerárquicamente van a definir su forma de ser y estar en el mundo. A nivel general ejerce gran determinación las políticas públicas en salud, el orden de los sistemas económicos y la cultura. Estas dinámicas globales que involucran no solo al contexto nacional sino también al mundial, trastocan la forma en cómo se desenvuelven los conglomerados de familias en el espacio geográfico de Cartagena. Asimismo, es factible afirmar que aquellos procesos sociohistóricos aun marcan gran relevancia en la temática.

Los modos de vivir de las familias estudiadas son complejos, partiendo desde un territorio desigual, una inserción social de predominio baja, accesos a los sistemas limitados y fuentes educativas condicionadas a la estratificación socio-laboral. Procesos que decantan en la dimensión singular del individuo con autismo, determinando incluso sus características individuales, formas de consumo, cosmovisiones de la sociedad y produciendo discriminaciones, exclusiones e invisibilizando a esta población de grandes diversidades neurológicas.

Referencias

Aguilera, M., & Meisel, A. (2009). Tres siglos de historia demográfica de Cartagena de Indias. Cartagena de indias: Banco de la república.

Alcaldia Mayor de Cartagena. (2020). Plan de desarrollo Cartagena 2020-2023. Diagnostico base para la formulación de líneas bases del plan de desarrollo. Cartagena. Recuperado el 12 de febrero de 2021, de Plan de desarrollo Cartagena 2020-2023. Diagnostico base para la formulación de líneas bases del plan de desarrollo. Cartagena: *https://www.cartagena.gov.co/Documentos/2020/Transparencia/TyALaIP/Planeacion/PlanesDeDesarrollo/2020-2023/1.Diagnostico.pdf*

Bogdashina, O. (2006). Sensory perceptual issues in autism: why we should listen to those who experience them. studia Psychologica IV, 145-160. Obtenido de *www.ceeol.com*

Borde, E. (2017). Hacia una comprension historico-territorial de la determinacion social de los procesos salud-enfermedad y las desigualdades en salud. Universidad nacional de Colombia.

Breilh, J. (1977). Critica a la interpretacion capitalista de la epidemiologia: un ensayo de desmitificacion del proceso salud-enfermedad. Tesis de maestria. Universidad Autonoma Metropolitana de Xochimilco.

Breilh, J. (2003). Epidemiologia Critica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2010). Operacionalizacion de la clase social. Seminario consolidacion metodologica . Ecuador: Universidad Andina Simon Bolivar .

Breilh, J. (2013). Determinacion social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Seminario internacional de la salud publica: saberes en epidemiologia en el siglo XXI. Bogotá, Colombia: Doctorado en salud publica. Universidad nacional de Colombia .

Crane, L., Chester, J., & Gorddar, L. (2015). Experiences of autism diagnosis: a survey of over 1000 parents in the United Kingdom. Autism 20(2): 153–162. doi:*https://doi.org/10.1177/1362361315573636*

Culma, P., & Giraldo, B. (2019). Relacion entre factorees sociodemográficos crianza e IDEA en niños, niñas y adolescentes con autismo. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Obtenido de *https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/2413/RAI_902151163.pdf?sequence=1&isAllowed=y*

DANE. (2018). Departamento nacional de estadisticas. Censo Nacional de poblacion y vivienda 2018 Colombia. Recuperado el 12 de noviembre de 2020, de *https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/herramientas/mapas-tematicos-cnpv*

Durkin, M., Maenner, M., Meaney, J., Levy, S., DiGuiseppi, C., Nicholas, J., . . . Schieve, L. (2010). Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: evidence from a US cross-sectional study. PLoS ONE 5(7): e11551. doi:. doi:10.1371/journal.pone.0011551

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact nervous child. Revista española de discpacidad intelectual , *www.feaps.org.*

Kelly, B., Stefan, W., Sylvie, C., Mushtad, F., Mon-Willians, M., Wright, B., . . . John, W. (2019). The association between socioeconomic status and autism diagnosis in the United Kingdom for children aged 5–8years of age: Findings from the Born in Bradford cohort. Autism, Vol. 23(1) 131–140, *doi.org/10.1177/1362361317733182*.

Lopez, C., Larrea, M., Breilh, J., & Tillería, Y. (2020). La determinacion social del Autismo en Población infantil Ecuatoriana. Rev cienc Salud, 18:1-27. doi:*https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8993*

Solano, S. (2018). El costo social de la república: los trabajadores de los sistemas defensivos de Cartagena de Indias, 1750-1850. Historia y memoria, pag. 243-287.

Solíz, M. F., Cepeda, P., & Maldonado, A. (2012). En tiempos de petroleo. Salud psicosocial en niños, niñas y adolescentes de las comunidades en las que operó Texaco. Área de la salud de la Universidad Andina Simon Bolivar: Primera ed. Quito-Ecuador.

Wing, L. (1980). Childhood autism and social class. s. Br J Psychiatry 137: , 410-417.

Zapata, M., Marta, A., Aguirre, D., & Cadavid, M. (2012). Coheficiente intelectual y factores asociados en niños escolarizados en la ciudad de Medellín, Colombia. Rev. salud pública. 14 (4):, 543-557. Obtenido de *https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n4/543-557/es*

ART 22 (2) pág. 1-85

Areté

ISSN-L: 1657-2513