

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES DEL TRASTORNO ESPECTRO
AUTISTA EN FUNCIÓN A LA EDAD**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Salud y grupos vulnerables
Evaluación e intervención psicológica – educativa

Autora:

Jessica Mercedes Apunte Gutiérrez

Director:

Ps. Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

Ambato – Ecuador

Octubre 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO
HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

**MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES DEL TRASTORNO ESPECTRO
AUTISTA EN FUNCIÓN A LA EDAD**

Línea de Investigación:

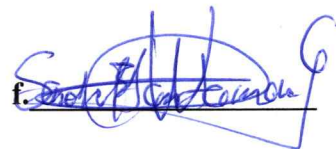
Salud y grupos vulnerables
Evaluación e intervención psicológica – educativa

Autora:

Jessica Mercedes Apunte Gutiérrez

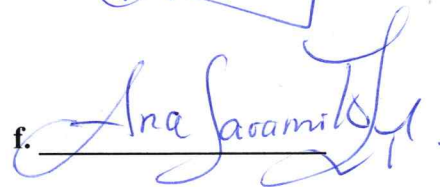
Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Narcisa de Jesús Villegas Villacrés, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, Mg. PhD.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

f. 
Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Octubre 2022

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **JESSICA MERCEDES APUNTE GUTIERREZ**, con CC. **1850652569**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES DEL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA EN FUNCIÓN A LA EDAD"**, previo a la obtención del título profesional de **PSICOLÓGA CLINICA**, en la Escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, octubre 2022



JESSICA MERCEDES APUNTE GUTIÉRREZ

CC.1850652569

AGRADECIMIENTO

“La gratitud es la memoria del corazón”

-Lao Tsé

El agradecimiento es un recuerdo del corazón, por esta razón, quiero agradecer primeramente a Dios, por no dejarme en cada tropiezo de mi vida y ayudarme a levantarme con más fuerza, pese a cada obstáculo que se me presenta. Luego a mis padres, porque gracias a ellos he llegado tan lejos, por su apoyo tanto económico como emocional, son los que me han impulsado a seguir y no desmayar en el camino, en especial a mi madre, la cual, me ha apoyado y me levantado con sus manos llenas de amor de cada mala experiencia de mi vida, a mi hermana que pese a los problemas, nunca me ha dejado y me ha demostrado amor, mi sobrina que con su sonrisa alegra mi vida; le doy gracias a un angelito que se me fue al cielo, sin duda él me enseñó a valorar y a luchar por mis sueños, él que cuida de mí desde el cielo, le debo estas ganas de seguir en mi camino y no derrumbarme pese a su pérdida, que me dio más ganas por seguir y demostrarle lo fuerte que soy. Asimismo, agradezco a mis abuelos que han estado conmigo con su amor incondicional; a mi tío Marco por inspirarme con su dedicación y empeño, motivarme a llegar alto y a conseguir las metas que nos proponemos, demostrarme con su vivencia que todo lo que se propone se puede lograr, pese a las caídas de la vida. Además, a María Fernanda Andrade, una mejor amiga y compañera que ha estado incondicionalmente en cada de mis caídas, con ánimos y hablando del amor de Dios. Por último, me agradezco a mí, por mi perseverancia, esfuerzo, amor, dedicación y coraje, ya me encuentro a un paso de cumplir un sueño tan grande que se forjó desde cuando era una niña y el mismo que demostré se puede hacer realidad.

Agradezco el apoyo de mi tutora Sandra Santamaría y el docente Rodrigo Jurado que me han ayudado y orientado durante esta investigación.

- Jessica Apunte

DEDICATORIA

A todos los futuros profesionales e investigadores espero que con este trabajo sus proyectos sean más factibles

- Jessica Apunte

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo comparar las manifestaciones psicosociales de niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista en función a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI). Esta investigación parte de un paradigma post- positivista, de tipo no experimental, de modalidad cuantitativa, de corte transversal y de alcance descriptivo y comparativo. En este estudio se describen los rasgos característicos que diferencian a un niño autista basado en la edad. Se realizó el estudio por medio de la aplicación del instrumento: Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2), se incluyó un consentimiento informado y una ficha sociodemográfica destinados para conocer datos de los niños y de los tutores a cargo. La población de estudio es de 50 niños y niñas entre 2 a 12 años de edad. Los resultados demostraron que existen diferencias en las manifestaciones psicosociales de los niños y niñas con trastorno del espectro autista en función a su edad, es medianamente significativos. De esta forma se contribuye a los padres con información de los rasgos que manifiestan los niños para la detección del autismo y al mismo tiempo se conoce que la sintomatología autista varía en cada cuadro. Por último, se encontraron varias comparaciones en función a los 2 grupos de edad (2-5 años y 6-12 años) y se recalca que el mayor número de afectación psicosocial es en el grupo de 2 a 5 años.

Palabras Clave: Autismo, Infancia, Afectación Social, Manifestaciones, Comorbilidades.

ABSTRACT

The objective of this research is to compare the psychosocial manifestations of children with Autism Spectrum Disorder according to their age at the Centro Neurocognitivo Integral (CENI). This research is based on a post-positivist, non-experimental, quantitative, crosssectional, descriptive, and comparative paradigm. This study describes the characteristic features that differentiate an autistic child based on age. The study was carried out by means of the application of the instrument: Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS-2), an informed consent form, and a sociodemographic form were included in order to obtain data on the children and the guardians in charge. The study population was 50 boys and girls between 2 and 12 years of age. The results showed that there are differences in the psychosocial manifestations of children with autism spectrum disorder according to their age, being moderately significant. In this way, parents are provided with information on the traits manifested by the children for the detection of autism and at the same time, it is known that autistic symptomatology varies in each case. Finally, several comparisons were found according to the 2 age groups (2-5 years and 6-12 years) and it is emphasized that the highest number of psychosocial affectations is in the group of 2 to 5 years.

Keywords: Autism, Childhood, Social Affectation, Manifestations, Comorbidities.

ÍNDICE

PRELIMINARES

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	5
1.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)	5
1.2. Autismo en función a la edad	21
1.3. Manifestaciones psicosociales en el autismo.....	22
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	23
2.1. Metodología de investigación.....	23
2.2. Técnicas y Herramientas	25
2.3. Instrumentos	27
2.4. Población y Muestra.....	31
2.5. Procedimiento Metodológico.....	37
CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	39
3.1. Análisis descriptivo.....	39
3.2. Análisis comparativo del autismo en función a la edad	43
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS.....	60

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enfoca en la línea de investigación de salud y grupos vulnerables evaluación e intervención psicológica – educativa. Su realización tiene como objetivo diferenciar las manifestaciones psicosociales del trastorno espectro autista en función a la edad del centro Neurocognitivo integral (CENI) por medio de un enfoque cuantitativo con una investigación de tipo descriptiva y comparativa con un corte transversal. El número de participantes está conformado por 50 niños de 2 a 12 años de edad que asisten al Centro Neurocognitivo Integral (CENI). Con respecto a la estructura que se empleó en la investigación, está organizada por: capítulo I el estado del arte, capítulo II marco metodológico, capítulo III resultados, conclusiones y recomendaciones.

Este proyecto de investigación parte de la problemática que se vivenció al realizar un acercamiento psicológico en el Centro Neurocognitivo Integral (CENI), por la variedad de casos de autismo y las diferencias de unos con otros. Las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) presentan manifestaciones clínicas y psicosociales específicas, cuyo origen no se ha determinado con certeza. Sin embargo, esta problemática se la ha relacionado con factores de orden genético, fisiológico (alteraciones neurológicas) y ambientales como: consumo de sustancias, edad de los padres, bajo peso al nacer, exposición fetal, factores teratogénicos, complicaciones obstétricas durante el parto, entre otras causas, las cuales, inciden en la forma como se manifiesta dicho trastorno y los síntomas que lo caracterizan. Es por ello que, a partir de observaciones preliminares no sistematizadas se identifica en un grupo de niños diagnosticados con TEA: fracaso para iniciar y mantener una conversación, dificultad para expresar sus emociones, compartir sus intereses, falta de contacto visual, desinterés en el juego compartido, resistencia a los cambios y a las situaciones nuevas.

Las manifestaciones que al parecer se presentan de manera diferente en función de la edad, puesto que se encuentran niños de edades tempranas socialmente más activos y con mejor desenvolvimiento que aquellos cronológicamente mayores. Situación que, al no ser identificada oportunamente podría desencadenar problemas en la comunicación verbal y no verbal, dificultades en el desenvolvimiento social relacionado con: carencia de habilidades empáticas, limitación de interacción social, dificultad para participar en juegos sociales, falta de respuesta a su nombre, incapacidad para seguir instrucciones entre otras dificultades que

pueden ser prevenidas si son tratadas tempranamente (niñez). Dado que, se obtendría una mejor evolución psicosocial, que cuando es detectado en la adolescencia puesto que, el proceso de adaptación se torna más lento. Dichas diferencias tienen relación con el manejo de su interacción social, el proceso de aprendizaje y su comunicación. Con el fin de profundizar el tema investigativo, es primordial conocer los antecedentes del estudio, es decir, realizar una búsqueda bibliográfica de temas relacionados al autismo y a las manifestaciones psicosociales de niños autistas con el fin de que ayude a entender mejor el estudio:

A nivel internacional se han encontrado estudios enfocados en el autismo y sus alteraciones que conlleva el diagnóstico. Según Málaga y otros (2019) se encontraron datos importantes en la población infantil de Dinamarca en 2011 analizando la importancia de la edad en el diagnóstico de TEA y las diferencias que se encuentran en función a la edad, asimismo, varios autores afirman que con la edad la prevalencia de TEA disminuye. Por lo tanto, esta investigación se relaciona al presente estudio, puesto que, la sintomatología diagnóstica varía en función a la edad y se diferencia de un caso a otro.

En torno a investigaciones realizadas en Europa donde se establece que el autismo tendrá un enfoque individualizado, cada diagnóstico de este trastorno es diferente en cada individuo. Como menciona Barthélémy, Fuentes, Howlin y Van der Gaag (2019) el autismo se considera un trastorno del desarrollo, el cual, varía en función a la edad, además, dura toda la vida. De igual manera, de acuerdo a López y Larrea (2010) en Estados Unidos prevalece el autismo en niños y niñas dependen de su nivel socioeconómico. Lo que muestra que esta condición puede variar de acuerdo a factores externos como la edad, la economía, el género.

Por otro lado, en el Ecuador no se han realizado estudios en función a la edad que estén relacionados con el autismo, sin embargo, se encontró un estudio relacionado a la afectación social del trastorno. Como menciona López & Larrea (2017) a nivel nacional al autismo se lo conoce como un espectro de condiciones multidiversas que repercuten en procesos de relaciones sociales y puede estar acompañado de comorbilidades que incrementan su complejidad en el diagnóstico. Es así como, se evidencia que prevalece la variable de afectación social en el autismo lo que repercute a una alteración en el desenvolvimiento de la persona en el entorno.

Tras las investigaciones presentadas se puede observar que la afectación social es parte importante para determinar el diagnóstico de autismo y que existen varios factores en donde se evidencian de manera frecuente rasgos del trastorno como es la edad. A raíz de presenciar datos incompletos parte la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias que se presentan en las manifestaciones psicosociales de los niños con Trastorno del Espectro Autista en función de la edad, del Centro Neurocognitivo Integral (CENI)? Por lo tanto, se plantea la siguiente hipótesis: existen diferencias en las manifestaciones psicosociales de los niños con Trastorno Espectro Autista en función a la edad, del Centro Neurocognitivo Integral (CENI).

Objetivos

Objetivo General

- Comparar las manifestaciones psicosociales de los niños con Trastorno del Espectro Autista en función de la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI).

Objetivos Específicos

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con las manifestaciones psicosociales que se presentan en los niños con Trastorno de Espectro Autista en función a la edad.
2. Diagnosticar las manifestaciones psicosociales que se presentan en los niños con Trastorno de Espectro Autista en función a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI).
3. Realizar un análisis estadístico descriptivo y comparativo de las manifestaciones psicosociales que se presentan en los niños con Trastorno de Espectro Autista en función a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI).

El cumplimiento de los objetivos ayudará a conocer la comparación de las manifestaciones psicosociales de los niños con trastorno del espectro autista en función a la edad del centro Neurocognitivo integral (CENI), dado que, durante la experiencia en este centro se observó

la necesidad de identificar estas manifestaciones que son diferentes en cada niño o niña. De esta manera tanto los profesionales en trastornos del desarrollo como los padres, tendrán información que será de utilidad en los casos de autismo. La presente investigación es significativa dado que en el Ecuador no se han encontrado investigaciones con el tema establecido. Debido a esto, si se comprueba o no la hipótesis de este estudio será un aporte de interés para futuras investigaciones o para ayudar con conocimiento del tema durante la práctica clínica, también, lo que se pretende con la investigación es dar a conocer los reactivos que son fiables para la detección de autismo.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Breve reseña histórica

A lo largo del tiempo, al autismo se le ha otorgado varios significados, atribuyéndoles dificultades en la socialización, comunicación y conducta. Según Pazmiño y Zurita (2018), “Eugen Bleuler, en 1911, fue el primero en establecer que el autismo es una enfermedad de psicosis esquizofrénica y que correspondían a un grupo de personas con comportamientos diferentes” (p. 12). Así es, que manifestaban rasgos de sintomatología esquizofrénica acompañados de alteraciones del lenguaje. Comenta el mismo autor, el vocablo autismo se divide en “auto” de sentido y “ismo” que alude a su ensimismamiento. Por tanto, estas personas no pueden controlarse o se encierran en sí mismas, tanto en sus emociones como en su socialización.

Durante una época el autismo fue incluido en los trastornos mentales esquizofrénicos. Menciona González y otros (2014) en 1943, Leo Kanner al estudiar cuatro casos de niños a los que se los denominaba como esquizofrénicos, descarta y explica un cuadro diferencial de neurodesarrollo de los mismos y los denomina, “autismo infantil”. De modo que se descartó el trastorno mental y se dio paso a un trastorno del desarrollo. Al autismo se lo ha categorizado en distintos trastornos según la trascendencia debido a sus varias interrogantes. Es por eso que Tabuenca García (2016):

Es en 1943 a 1963 que se consideró un trastorno emocional severo, luego en 1963 a 1983 paso a un trastorno cognitivo, pero no se encontró una alteración cognitiva específica, finalmente, ahora es categorizado como un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en un amplio espectro de trastornos. (p. 149)

Como se puede ver, se encuentran sintomatologías trascendentales de cada época en los problemas del neurodesarrollo, abarca alteraciones afectivas, cognitivas, de la comunicación y otras alteraciones de la conducta.

No obstante, existen casos donde no se encuentran afectaciones en la comunicación verbal. Según González y otros (2014), “Hans Asperger, en 1944, publicó casos que mostraban menor afectación en el lenguaje y un coeficiente intelectual menos deficiente, y lo denominó psicopatía autista” (p. 213-214). Por lo que a estas personas se las considera con un coeficiente intelectual más alto de lo promedio, muestran interés en lo que les llama la atención, aunque se conoce que presentan una resistencia a los cambios.

En la actualidad, el autismo es clasificado dentro de los trastornos de desarrollo neurológico en el DSM-V. Se estipulan problemas en cuanto a la interacción social, estereotipias que son propias del trastorno, una falta de contacto visual, entre otras características propias del mismo. Plantea Bonilla y Chaskel (2016) en su recorrido se han realizado investigaciones y ha crecido interés por el autismo y la importancia de reconocer esta condición de manera temprana para brindar una intervención. En tanto que, si se evidencian los síntomas del autismo en la niñez, y se realizan las intervenciones necesarias se permitirá estimular las áreas conductuales afectadas para llevar un adecuado manejo del caso.

Hoy en día se habla de variedad de sintomatologías que presentan los TEA, dado que un autista presenta distintas características que otra persona con este trastorno, a esto se lo denomina espectro, y así se da paso al conocido Trastorno Espectro Autista (TEA). Según Fowler (2012), “Al autismo se lo conoce como un desorden acompañado de un espectro por la variabilidad en que se manifiestan los síntomas en distintas áreas de desarrollo en diferentes personas” (p. 12). Es así como espectro permite diferenciar un caso de otro por su distintiva sintomatología.

Por otro lado, en investigaciones realizadas en Europa se ha encontrado que el autismo tendrá un enfoque individualizado, cada diagnóstico de autismo tiene diferentes afectaciones para cada persona con el trastorno. Como menciona Barthélémy y otros (2019) el autismo se ha considerado un trastorno del desarrollo, el cual, varía en función a la edad, además, el autismo dura toda la vida, es decir, este trastorno aún no ha presentado una cura permanente. Sin embargo, las necesidades del trastorno cambiarán en base al tipo de tratamiento y a las circunstancias ambientales en las que se encuentre la persona con autismo.

Las mismas investigaciones han demostrado que las personas con autismo han aumentado significativamente en las últimas décadas, se reconoce que la prevalencia es al menos del 1% - 1.5 %. Sin embargo, establecer cifras exactas de prevalencia es difícil debido a las modificaciones en los criterios de diagnóstico al pasar del tiempo. Dado, los criterios que prevalecen en las afectaciones del autismo parte la base para la gravedad de este trastorno, esto varía en cada persona y tienen marcadores más intensos o significativos a cierta edad.

A la persona con autismo se la conoce como las poseedoras de dificultades primordiales en la interacción social. Además, estas sintomatologías se acompañan de patrones restringidos y repetitivos, con inflexibilidad en sus rutinas diarias, las cuales, se encuentran incluidas de diferentes comorbilidades del autismo. Como menciona López y Larrea (2017), “el Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó en el 2016 a 1258 personas diagnosticadas con algún trastorno del Espectro Autista. Así mismo, López y Larrea mencionan que un estudio del 2010 en EE. UU, concluyó que la prevalencia en niños con autismo aumenta según el nivel socioeconómico” (p. 204). Por lo que, se puede demostrar la prevalencia del trastorno de espectro autista en los últimos años.

Definición

El Trastorno Espectro Autista (TEA), es considerado un trastorno del neurodesarrollo, el cual, hasta el momento se desconoce su origen. Sin embargo, durante investigaciones que se han realizado desde su aparición han previsto que pueden ser debido a factores genéticos, ambientales, edad de los padres, entre otros factores. El TEA está caracterizado por dificultades sociales, problemas en la comunicación, y en la conducta que afectan en su diario vivir. Según Morales y otros (2013) el TEA presenta manifestaciones como es la escasa interacción social, soledad emocional, déficit en la comunicación verbal y no verbal, intereses anormales, movimientos estereotipados. Se predice que su dificultad en la comunicación crea un problema social.

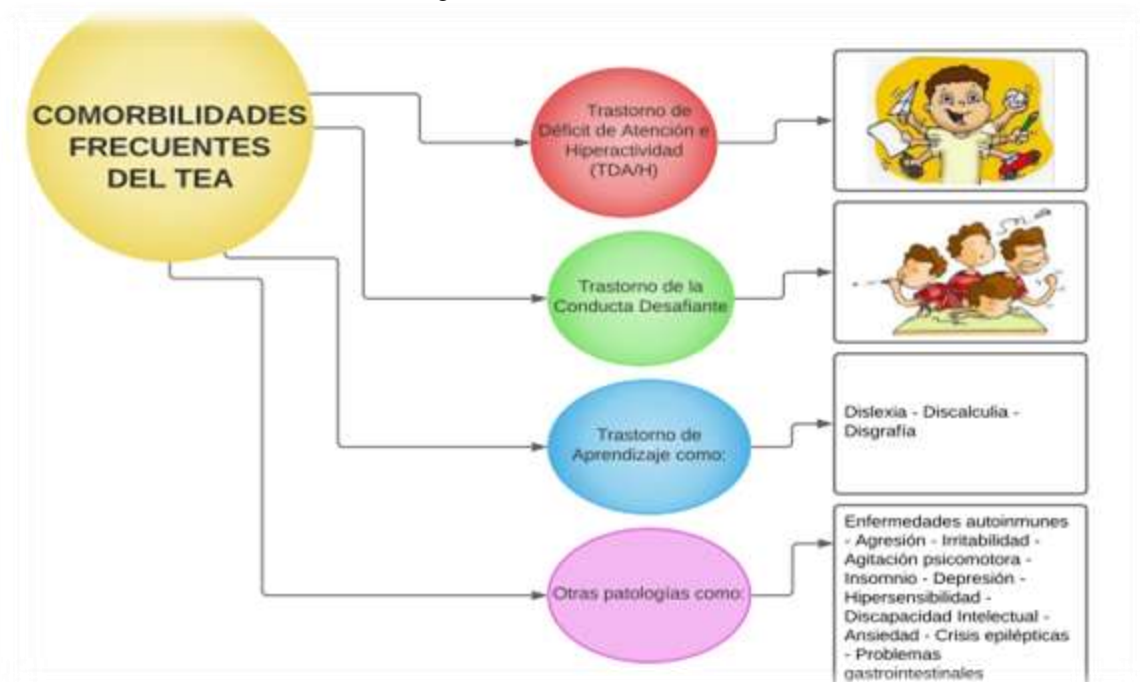
Aunque su origen no se encuentre definido con ciencia cierta un factor prevalente puede ser una disfunción neuronal. El Sistema Neuronal Espejo (SNE) parece desempeñar las mismas funciones que se encuentran alteradas en el autismo, como son, las habilidades sociales. Según Cornelio (2009) “en estudios realizados se encontraron dificultades del SNE en niños

y niñas con autismo en la aplicación de magneto encefalografía, se evidencio una reducción de la actividad de las neuronas espejo en la corteza pre frontal de personas con este trastorno” (p. 28). En consecuencia, los autistas presentan un inadecuado funcionamiento del SNE y esto repercute en sus habilidades sociales, en su falta empática, déficit del lenguaje y pobre imitación.

De acuerdo a las investigaciones que se han prolongado hasta el tiempo actual. Se ha determinado que si el autismo es detectado a una edad temprana su evolución y su sintomatología no serán tan intensa en la gravedad. Lo que se podrá controlar sus conductas con técnicas terapéuticas. Según Tobon (2012) es importante denotar que los padres o tutores que se encuentren a cargo de niños con estos casos evidenciar su sintomatología a partir de los 18 meses, aunque a los 3 años se pueden dar un diagnóstico valido. Por lo que, a la edad de 3 años el diagnóstico de TEA ya es confiable, estimado por el equipo profesional.

Por otro lado, se ha encontrado que existe mayor incidencia de autistas, en niños que en niñas. Según Montagut y otros (2018) mediante investigaciones realizadas se ha demostrado que prevalece el TEA hasta tres o cuatro veces más en hombres que en mujeres, dado que las niñas son consideradas más propensas a padecer dificultades cognitivas. Por lo cual, puede pasar desapercibido la sintomatología de TEA por su relación con las dificultades de las niñas lo que se puede llegar a confundir su diagnóstico. Así mismo el TEA tiene comorbilidad con otros trastornos. Según Nuño (2020) a la comorbilidad se la conoce como una enfermedad primaria (autismo), la cual, puede estar acompañada de una o varios trastornos. Es así, como el TEA puede estar asociado a otros trastornos, los cuales, retrasan su evolución, debido a que tendrán que intervenir en los dos diagnósticos y tratar al más demandante con mayor sutileza, sin embargo, sin descuidar al autismo. Las comorbilidades se observan en la figura 1.

Figura 1. Comorbilidades TEA



Fuente: Comorbilidades Frecuentes del TEA. Tomado de Lara, 2016, Trastorno del espectro autista, su comorbilidad y estrategias de atención, Educación Inclusiva, 9(2), 202-203, <https://bit.ly/3iRUfDT>

Como se pudo observar, el TEA al tener comorbilidad con otros trastornos presenta una mayor dificultad en su pronóstico, así mismo, para presentar su diagnóstico con las comorbilidades pertinentes a cada caso, tomara más tiempo y más reactivos a aplicar, sin embargo, no es imposible tratar estos padecimientos acompañantes al trastorno espectro autista (TEA), aun así, necesitará mayor frecuencia en su terapia con el profesional especializado.

En tal sentido se conoce que su nivel de gravedad varía según la intensidad de cada caso, el cual, se presenta desde el grado 1 problemática leve, grado 2 una dificultad moderada y grado 3 una deficiencia avanzada o grave. Menciona López y otros (2019):

De acuerdo con el grado 1(se necesita ayuda): la persona es capaz de hablar y establecer comunicación, pero dicha conversación resulta fallida su socialización es poco exitosa. Grado 2 (necesita ayuda notable): los pacientes tienen un inicio limitado de interacciones sociales y hay una reducción en las respuestas o estas no son normales. Grado 3 (necesita ayuda muy notable): presenta aptitudes de comunicación verbal y no verbal, sus interacciones sociales son muy limitadas pues tiene una respuesta mínima a la apertura social. (p. 154)

Esto indica que es importante conocer los grados de dificultad del paciente, se sabrá si se necesita ayuda, ayuda notable o ayuda muy notable para una intervención favorable.

Características o Rasgos en el Autismo

En el TEA se encuentran implicadas varias características que lo hace un niño diferente y a estos se los conocen como niños atípicos. Las características del autismo se encuentran notables desde que son bebés, por ello, no se desarrollan de la misma manera que los niños típicos. Según Correira (2013) se conoce que los autistas presentan características muy variables y sus principales afectaciones se encuentran manifestadas en áreas de habilidades sociales, intereses, cognitivo y comunicación. Así es, que las afectaciones de las áreas ya se pueden denotar desde una edad temprana.

En cuanto a las deficiencias en la cognición del autista presentan bajo nivel atencional, una memoria afectada en la organización o codificación de información. Sin embargo, existe el asperger, el cual, presenta características similares al autismo, en cuanto a sus dificultades sociales, pero se diferencia por presentar un alto funcionamiento intelectual. Según Páez y Ayala (2012):

El autismo está relacionado con la dificultad de entender conceptos abstractos, por ejemplo, algunos no logran entender el concepto “sala” entienden lo que es un sillón y una mesa, pero no necesariamente que juntos son considerados una sala; para ellos no hay un cambio de sala sino de sillón o mesa. (p. 7)

Es así, como el autista no comprende el conjunto de las cosas, sino lo unifica, al contrario del asperger que lo lleva más allá de su conjunto y lo conceptualiza.

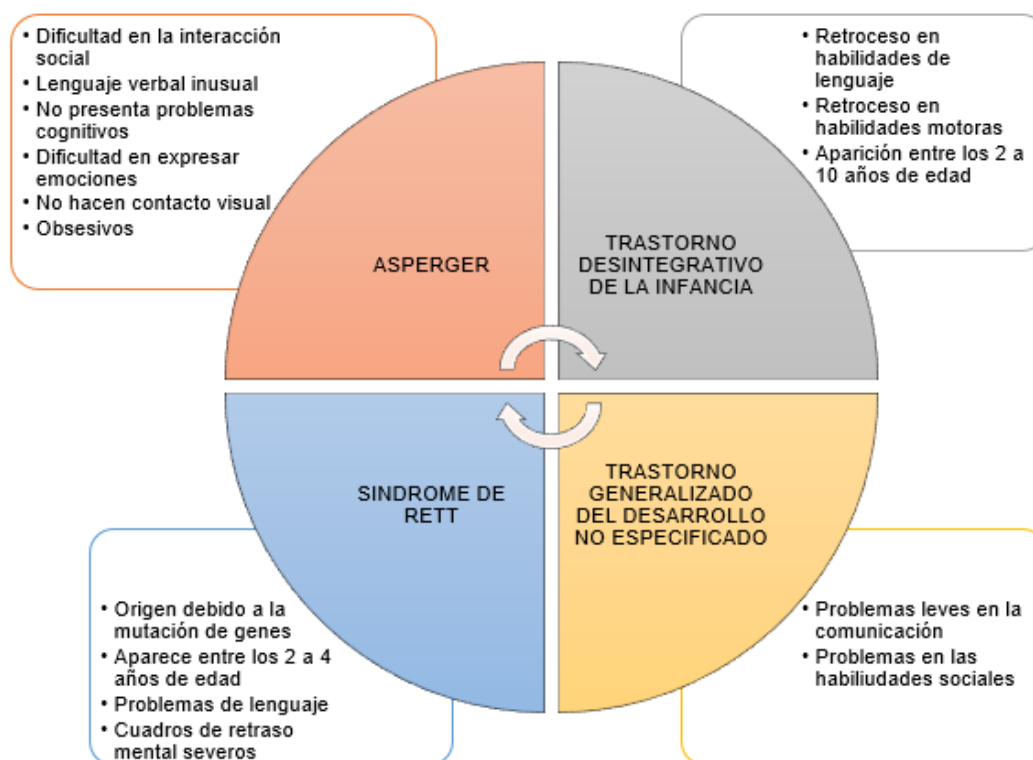
Por otro lado, se encuentran dificultades en el lenguaje de los TEA, no presentan una conversación fluida, se manifiestan casos, en los cuales, no presentan comunicación verbal, presentan ecolalias, suelen ser poco expresivos en su interacción verbal. Según Correira (2013) presentan dificultades en la comunicación tanto verbal y no verbal, mantiene una pobre expresión corporal, además, de un escaso vocabulario, conversación sin sentido, suelen utilizar las mismas frases, el tono de voz, la fluidez en el diálogo y la acentuación

suelen ser anormales. Por lo tanto, las conversaciones con los TEA son de escasa continuación, presentan problemas en las expresiones faciales y comprensión en literal.

Tipos de autismo

El TEA presenta similitud de características con otros trastornos del neurodesarrollo, los mismos que pueden ser confundidos a la hora de realizar un diagnóstico de autismo. Como menciona Yañez (2016) los trastornos del neurodesarrollo (TND) son conocidos por tener su origen en la etapa de desarrollo, y se caracterizan por presentar alteraciones cognoscitivas, conductuales y sociales que son evidenciados en la primera infancia y repercuten en la adolescencia, adultez o incluso pueden durar toda la vida. Es así, que a los TND se atribuyen a considerarlos como tipos de autismo. Dado que, se encuentran en relación con el espectro, además, todos los trastornos que se expondrán con llevan una problemática en el área de habilidades sociales y comunicativas. A continuación, en la figura 2, se presentan otros trastornos del neurodesarrollo con los que se encuentran una similitud y son confundidos con autismo.

Figura 2. Tipos de Autismo



Fuente: Otros Trastornos del Neurodesarrollo. Tomado de Páez y Ayala, 2012, Rompecabezas pon tu pieza por el autismo, Universidad San Francisco de Quito. <https://bit.ly/3v1VwNB>

En la figura presentada se observan los trastornos del neurodesarrollo que se relacionan con características propias del trastorno del espectro autista (TEA), mediante los rasgos similares de los tipos de autismo presentados, al momento de emitir un diagnóstico de autismo se puede confundir de trastorno y realizar un diagnóstico no válido. Por ello, es importante que los profesionales que se encuentran involucrados con los temas, realicen pruebas con las herramientas necesarias para que su diagnóstico presuntivo, pase a ser confiable.

Factores predisponentes para el Autismo

En la actualidad se conocen que el sexo masculino es un factor predisponente a padecer el TEA. Según Toapanta (2016), “El autismo se produce en una mayor proporción en los varones que lo padecen de 5 o 4 a 1, en la relación con las mujeres” (p. 2). Dado que, por la poca proporción de niñas con autismo se destaca que el cerebro masculino es más propenso a este padecimiento.

En tal sentido, se encuentran factores ambientales que dan origen al autismo, sin embargo, no se establece a ciencia cierta un origen fiable. En cuanto a los factores ambientales se estima que puede ser la edad de los padres o las enfermedades que la madre pudo obtener durante su etapa gestacional. Cabe mencionar que esto puede darse por contaminación ambiental, parto prematuro o por falta de oxigenación del cerebro del bebé. Sin embargo, se encuentran factores ambientales importantes como los menciona Aragón (2010):

- **Origen contacto viral:** A estas se les atribuyen las infecciones que se presentan durante el embarazo, como es la rubéola, la cual, provoca numerosas anomalías congénitas.
- **Intoxicación por metales:** Se encuentra que la exposición de mercurio es predisponente para la sintomatología autista
- **Estrés:** tensiones en la embarazada o situaciones preocupantes pueden ocasionar síntomas de autismo
- **Ácido fólico:** El consumo en exceso de ácido fólico afecta la producción de células, incluidas las neuronas. A esto se le puede relacionar con la afectación a las neuronas espejo, el cual, se asocia al aumento de riesgo de TEA

Es así como, los factores mencionados pueden originar el autismo por su variedad de problemáticas, a las cuales, se encuentran expuestas las personas en su embarazo cabe mencionar que no es un origen determinado con certeza, pero es considerado uno de los precursores de las sintomatologías del autismo.

Por otro lado, se encuentran factores genéticos y cromosómicos que prevalecen para dicho diagnóstico. La heredabilidad se encuentra como un precursor más, pero que, también, no es un origen confiable. Sin embargo, se menciona que el trastorno del espectro autista está dado por factores múltiples no comprobados. Según Aragón (2010) tras investigaciones se ha evidenciado que si uno de los gemelos es autista la probabilidad que otro lo sea es alta, también, se ha encontrado que el cerebro de los autistas es más grande y pesado que los niños normales. Así es, como se han encontrado afectaciones en el cerebro autista en varias regiones del mismo.

Las áreas afectadas están relacionadas con las características sintomatológicas del autismo. Según Aguaded y Almeida (2016) presentan disfunciones cerebrales principalmente en el lóbulo frontal el mismo que es encargado de las funciones ejecutivas, las cuales, participan en los procesos cognitivos, integración, atención, responsables del control, también, el lóbulo frontal en cuanto a los marcadores somáticos influencia en la emoción, comportamiento social y toma de decisiones. Es por ello, que debido a estar afectada esta área del cerebro en los niños autistas muestran habilidades perjudicadas a diferencia que un niño normal o típico, en cual, se puede desenvolver con facilidad en el medio en el que se encuentre.

Criterios diagnósticos

Al TEA se lo ha clasificado tanto en el DSM-V como en el CIE-10 dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, dado que su inicio se presenta desde una edad temprana y se desarrolla al pasar el tiempo. A continuación, en la tabla 1 se presentará la sintomatología persistente del TEA, tanto del DSM-V como del CIE-10.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos DSM-V Y CIE-10

Trastorno espectro autista DSM-V	Autismo infantil CIE-10
Deficiencias persistentes en la comunicación social <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia comunicación verbal y no verbal - Acercamiento social anormal - Disminución de intereses, emociones o afectos 	Desarrollo anormal desde antes de los tres años en las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje expresivo - Desarrollo de lazos sociales o interacción social Juego simbólico y funcional
Dificultades para compartir juegos imaginarios y hacer amigos	
Patrones repetitivos de comportamiento <ul style="list-style-type: none"> - Movimientos estereotipados - Alineación de juguetes o cambio de lugar de objetos - Ecolalia - Angustia frente a cambios pequeños - Necesidad de tomar el mismo camino o comer lo mismo - Fuerte apego por objetos inusuales - Indiferencia aparente al dolor Fascinación visual por las luces o el movimiento	Presentes al menos 6 síntomas <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteraciones en la interacción social <ol style="list-style-type: none"> a) Inadecuado contacto visual, postura corporal y gestos b) Fracaso en interacción de personas de su edad, intereses y emociones c) Falta de modulación del comportamiento d) Falta de interés en compartir alegrías 2. Alteraciones en la comunicación <ol style="list-style-type: none"> a) Ausencia del desarrollo hablado b) Fracaso para iniciar o mantener un dialogo c) Uso estereotipado de lenguaje d) Juego social imitado
Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo	Patrones de comportamientos, intereses <ol style="list-style-type: none"> a) Manierismos motores estereotipados que consisten en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos b) Preocupaciones por partes u objetos carentes de funcionalidad
Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento	El cuadro clínico está acompañado de comorbilidades como es del retraso mental o trastornos emocionales
El autismo y el retraso mental coinciden para tener comorbilidades, así mismo que con otros trastornos	

Fuente: American Psychological Association, 2014, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Editorial Médica Panamericana. <https://bit.ly/3HOhwjA>.

World Health Organization, 2000, Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://bit.ly/36UInha>

De modo que, todos los síntomas que se identifican antes de los 3 años, predominan la falta de habilidades sociales, emocionales, comunicativas y de la cognición. Además, estos síntomas presentan las variabilidades, las cuales, son pertenecientes a cada caso de autismo.

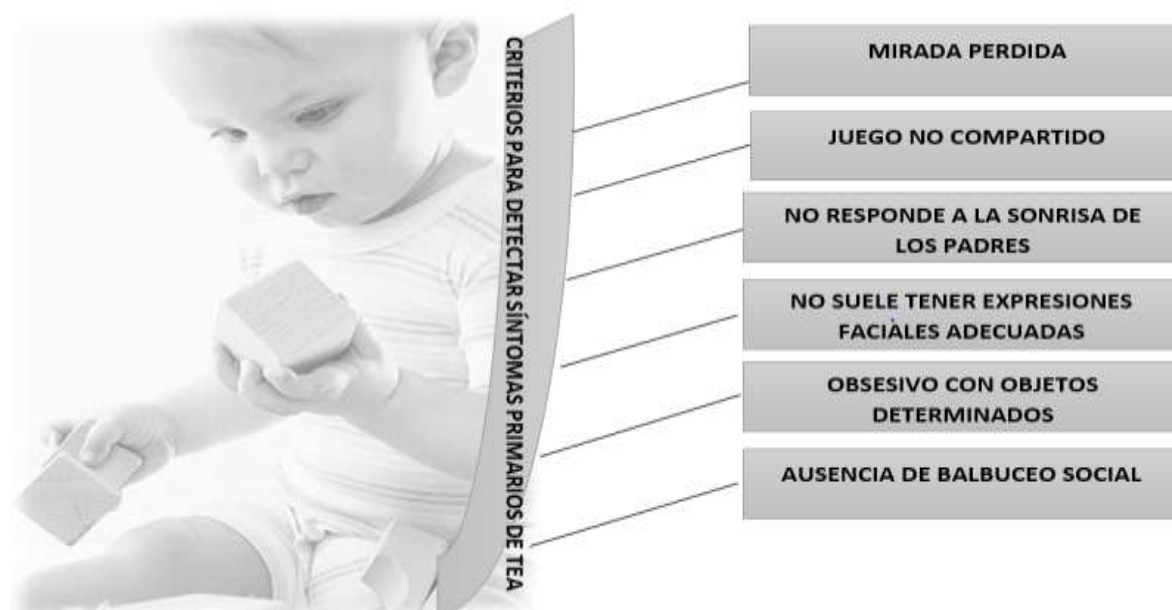
Detección temprana del TEA

El TEA puede ser detectado antes de los tres años, sus sintomatologías ya se empiezan a pronunciar a los 18 meses. Los tutores a cargo estarán pendientes de cualquier presencia de

sintomatología TEA. Cabe mencionar que es importante dicha detección para una intervención inmediata y así destacar cualquier tipo de comorbilidades que vuelven severo al trastorno. Por otra parte, también, mediante terapias tempranas se puede mejorar los aspectos sintomatológicos que se encuentre en cada caso. Afirma Tobon (2011) que sí el diagnóstico es detectado antes de los 2 años y se establece la intervención necesaria y remite participación de inclusión para obtener más ayuda de estos niños, incrementan los logros en la comunicación y en los funcionamientos que se encuentren afectados. Por tanto, se puede alcanzar que a los 9 años no se desarrollen más sintomatologías pertenecientes al autismo.

Es por ello, que al intervenir de manera temprana se puede controlar síntomas para que no se desarrollen y aumenten su gravedad. Además, manejar con técnicas de acuerdo a cada sintomatología que se ha desarrollado en cada caso. Los síntomas que fueron observados en los niños de edades tempranas en el Centro Neurocognitivo Integral (CENI) por la autora de la presente investigación se esquematizan en la figura 3.

Figura 3. Criterios para detectar TEA



Nota: La imagen fue tomada de Rovati, L., 2021, La forma de jugar del bebé, un indicio de autismo. Bebés y más. <https://bit.ly/3618GST>

Autismo en la sociedad y cultura

A lo largo del tiempo y debido a la cultura y contextos descritos han adquirido el conocimiento que las personas con discapacidades del neurodesarrollo son personas

incapaces de sobrellevar su vida, las han catalogado como seres poco orientados en su entorno. Menciona Tamarin (2005):

En nuestra cultura, tiene la visión del ser humano aristotélica, por la cual, el ser humano racional es el peldaño más elevado en una escala de valoración de los seres vivos. Aquellos que no alcanzan el nivel de raciocinio esperado y propio del ser humano no son considerados tales, y son, por lo tanto, y en el mejor de los casos, seres merecedores de atención y cuidados, pero desde la perspectiva de un ser menor e incompleto en su ascenso a lo esencialmente humano. (p. 182)

Dado que, por las creencias que se han creado a lo largo de los años en la cultura, atribuyen al autismo como una discapacidad, en la cual, el que la padece no se va a poder manejar por sí solo.

Por otro lado, en la sociedad se ha presentado críticas hacia las personas con Trastorno Espectro Autista debido a las crisis que suelen manifestarse en público. Como menciona Estrella (2015) la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró que el 2 de abril del 2008 es el Día Mundial de la concienciación sobre el autismo y desde ese año hasta la actualidad se celebra esta fecha, todo esto con el fin de promover ayudar y mejorar la calidad de vida de los niños y niñas que presentan esta problemática y para esto, se han impartido diversas campañas de información, con el objetivo que la sociedad se encuentre familiarizada con el tema.

Es así, como las personas buscan informarse de todo lo que engloba el TEA, con el propósito de resolver dudas a que alguien de sus familiares o conocidos se encuentren afectados con este padecimiento, lo que muestra interés por la importancia de esta ayuda temprana, para que la sintomatología no aumente su severidad y no sea objeto de críticas por el medio que aún desconoce del tema.

Autismo y problemas orgánicos

Los niños o niñas que padecen TEA tienen problemas intestinales. Según Rowlands (2018) tras investigaciones realizadas se han encontrado que los derivados de péptidos como la

gliadomorfina y la casomorfina influyen a que se desarrolle de manera avanzada la sintomatología del trastorno. Se conoce que las personas con autismo son intolerantes a la lactosa, cafeína, gluten. Además, las personas con este padecimiento suelen presentar estreñimiento, diarrea o dolores intestinales. Al restringir alimentos que conllevan estos derivados se han encontrado mejorías en las habilidades sociales y en la capacidad para enfocarse. Por lo que, al suspender en su dieta los alimentos como la cafeína, azúcar refinada, gluten ayuda en el mejoramiento de las sintomatologías que se presentan en cada caso.

De la misma forma presentaban vómitos, alergias, intolerancias alimenticias, dado que se presenta la sospecha de una relación en la enfermedad intestinal y el autismo. Según Rowlands (2018) esta enfermedad es la llamada intestino permeable, la cual, se filtra a la corriente sanguínea y la parte que no expulsa se puede introducir en el cerebro y provocar el desencadenante del autismo, es por eso que en la actualidad se encuentran en investigaciones para saber a ciencia cierta si este es el origen confiable o desencadenante del llamado Trastorno Espectro Autista o tan solo es un precursor más. Por lo tanto, es importante conocer que todos los autistas presentan problemas intestinales.

Es posible, que se encuentren otros tipos de bacterias susceptibles a presentar las personas con TEA, las cuales, dificultan su progreso. Plantea Rowlands (2018):

Los niños que padecen autismo suelen presentar, con respecto a niños no autistas, niveles más altos de bacterias clostridiales que provocan la disminución del número de bacterias, sobre todo de bifidobacterias, y que producen ácido propiónico, tóxico para el cerebro. (s.n)

De manera que, al exponerse a estas bacterias los TEA no presentan avances en sus intervenciones y por ende se necesita de una intervención más drástica acompañada de una dieta equilibrada.

Importancia del cuidador primario en el Autismo

Se conoce que para todo niño sea típico o atípico es importante la presencia de su cuidador primario, para el desarrollo de distintas habilidades que adquirirán al pasar el tiempo. Según Fernández (2019) a lo típico en un niño, adolescente o adulto se lo define como el desarrollo

normal de habilidades intelectuales, sociales, emocionales y su físico, en cambio, a lo atípico se lo conoce como un niño, adolescente o adulto que no encaja en lo establecido o no cumple con su proceso de desarrollo normal. Es así, como al autismo se lo conoce como un desarrollo atípico, del cual, es más importante el tutor o cuidador primario, este inserta al niño o niña en la sociedad. Así mismo, será quien acompañe a lo largo de sus etapas, obviamente con la guía del profesional especializado, en la mejora de la sintomatología que se encuentren pertinentes a cada caso.

Por otro lado, se encuentra necesario que los cuidadores primarios intervengan en las terapias o intervenciones en las que se encuentran sus niños, al estar presentes con sus niños llena de conocimiento al cuidador. La posibilidad de que los niños autistas establezcan una forma de apego es comprobada. Aunque no sea de la forma en la que los niños normales lo hacen, es una manera de apego que ellos realizan. Según Venturini (2016) los niños autistas desarrollan un apego de una manera no convencional, lo hacen de una forma extraña, pero se puede denotar que si existe una manera de apego, al estar en contacto con extraños o en una situación de separación tienen a la preferencia de su cuidador primario antes que a un extraño y si pueden establecer apegos seguros. Por lo cual, se evidencia que establecer un apego seguro en niños autistas si es posible, si demuestra su afecto, aunque de una manera diferente.

Por último, los TEA encuentran una forma extraña de comunicación con sus cuidadores primarios. Los autistas no verbales lo realizan mediante actos simbólicos, expresiones faciales o movimientos corporales. Sin embargo, los que presentan un coeficiente dentro de lo normal desarrollan un apego seguro expresivo no totalmente afectivo, pero si encuentran una manera más explícita de dar a conocer lo que requieren o lo que les perturba en el entorno en el que se encuentran.

Cambios de Conducta en la sintomatología Autista debido a la Depresión

El autismo se encuentra en relación con la depresión dado su carga emocional que ya se tiene por el mismo trastorno. Sin embargo, la depresión en los pacientes con autismo se detecta de diferente manera en relación al desarrollo típico de otras personas. Según Ruggieri (2020), se considera que, aunque las personas con autismo no expresen sus emociones afectivas de

una forma adecuada, no quiere decir que no pueden sentir emociones fuertes como es la tristeza, angustia, entre otras emociones. Además, al no ser entendidas sus emociones las personas con autismo presentan cuatro veces más posibilidades de desarrollar depresión y con ello un trastorno de ánimo, que como consecuencia puede llegar a acabar la vida del autista. Por lo tanto, es importante saber cómo los autistas descargan su carga emocional y entender que sus expresiones son diferentes, pero, también, sienten emociones fuertes.

De igual forma, se conoce que el autismo acompaña al paciente, el cual, presenta esta dificultad a lo largo de toda su vida. Dado a las prevalencias de otros trastornos que pueden acompañar al mismo se conoce, que la depresión está presente como comorbilidad de una de estas. A continuación, en la figura 4 se observan los síntomas depresivos en autistas

Figura 4. Sintomatología Depresión Autista



Fuente: Sintomatología Depresión Autista. Tomado de Ruggieri, 2020, Autismo, Depresión y Riesgo de suicidio, Medicina (Buenos Aires) 80 (12), 16, <https://bit.ly/31N2YSB>

De esto se desprende, como se conoce o se puede detectar una posible depresión en el niño o niña autista, y prevenir posibles consecuencias, como se pudo conocer la sintomatología de depresión es más fuerte en una persona atípica, que en una persona típica.

1.2. Autismo en función a la edad

En el TEA se encuentran edades en las que son alertas para la detección del trastorno. Según Hervás y otros (2012) entre los 9 y 12 meses se puede detectar la pérdida de habilidades sociales. Es así como, a los 12 meses los signos de alerta son: poco contacto visual, no reaccionan al nombre, no señalan para obtener algún objeto de su cuidador. Por lo cual, la detección precoz inicia desde los 12 meses y conforme pasan los años se detectan sintomatologías propias del trastorno.

En el autismo se encuentran afectadas áreas como: la comunicación, intereses, conducta y la parte social, dado que, desde los 2 años hasta los 12 años se empiezan a presentar sintomatologías propias de cada edad. Según Hervás y otros (2012) a los 3 años se encuentra escaso uso de lenguaje, ecolalia, ausencia de la sonrisa social, resistencia a los cambios, no mostrar o dirigir la atención. A partir de los 4 a 12 años su entonación es inapropiada, vocabulario inusual para su rango de edad, dificultad para la integración, no cumplimiento de normas sociales. En cuanto, a la adolescencia se puede presentar escaso uso de lenguaje para expresar vivencias a sus familiares o pares, ausencia de charla social, no presentan un interés por pertenecer a un grupo. Por lo cual, cada rango de edad tiene una característica propia, la misma que estarán desempeñadas por el niño de acuerdo a su hito del desarrollo, sin embargo, en un niño con el diagnóstico de autismo el rasgo viene acompañado de la alteración propia del trastorno.

Ahora bien, un niño con TEA tiene distinta sintomatología de otro niño con este mismo trastorno, a pesar que se encuentran sintomatologías propias, unos pueden manifestar unos rasgos de la edad diferente de otro. Según Correira (2013) los niños y niñas con autismo presentan distintos grados de severidad y características, esto conlleva a grandes diferencias a la hora de intervenir con el paciente que presenta el trastorno. Como se puede ver, el TEA es distinto de un paciente a otro, dado que, no se podrá intervenir en su proceso de la misma forma en cada niño, es decir su terapia será individualizada.

1.3. Manifestaciones psicosociales en el autismo

El TEA se encuentra caracterizado por la dificultad en la interacción social, comunicación, intereses y en las actividades cotidianas de las personas. Según Correira (2013) se presentan déficit en el desarrollo de la interacción social recíproca, en el desarrollo del lenguaje, esto es afectado en la comprensión y expresión del mismo, así como intereses restringidos y conductas estereotipadas. De esta manera, el autismo muestra mayor énfasis de dificultad en las interacciones sociales, puesto que, no posee interés o motivación de incluirse al medio o ser parte del grupo de la sociedad que lo rige.

En cuanto a las manifestaciones psicosociales que se encuentran en el TEA se denota la poca interacción con el entorno en el que se desenvuelve la persona. Según Correira (2013) el niño o niña con autismo presenta problemas en relacionarse con sus pares o interactuar con el entorno, esto conlleva que el niño o niña autista no comprenden las bromas, los mandatos con doble sentido o incluso el estar de acuerdo o desacuerdo al elegir una opción, su reacción al cambio de ambiente puede tornarse traumática. Los niños no suelen tener interés en establecer lazos de amistades, sin embargo, los adolescentes o adultos pueden tenerlo, aun así, ambos no comprenden las normas sociales, en las cuales, están insertos. De esta forma, la persona que presenta el trastorno autista se muestra escasa en las interacciones sociales, es decir, se frena a convivir con el medio en sus juegos, reuniones, le cuesta adaptarse a un ambiente no conocido e incluso no sienten empatía por sus pares

La afectación social de los niños o niñas autistas pueden ser visualizadas por los cuidadores primarios desde los 2 años de edad por la falta de juego simbólico y por caracterizaciones sociales. Según Hervás y otros (2012) durante el primer año de vida ya se puede observar el interés de los niños por los distintos juegos y por variedad de objetos, su curiosidad para explorarlos y de una u otra manera ya se observa la intención de compartir este juego con otra persona, observan minuciosamente cada detalle del objeto para luego compartir con el medio su causa-efecto, sin embargo, el autista no lo hace. Por lo tanto, el niño o niña con dicho trastorno a partir de los 2 no realiza la exploración adecuada de su juego y por ende de su entorno, dado que, solo se centrará en un objeto previsto por el.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de investigación

En el presente trabajo de investigación, se establece un paradigma post-positivista, con enfoque cuantitativo, en el cual, se aplicará una investigación de tipo descriptivo y comparativo.

Paradigma

En el estudio se establece el paradigma post-positivista establecido por la afinidad del tema. Indica Ramos (2015) que, en este tipo de paradigma, a la realidad se la conoce de manera incompleta, propone el uso de métodos variados, el investigador forma parte del objetivo y los temas de interés de la investigación, así también, el investigador está al tanto en que siempre existirá un nivel de error. Por tanto, en el paradigma post-positivista el investigador se encuentra involucrado de manera directa, dado que, resulta necesaria dicha investigación en relación con las manifestaciones psicosociales del TEA.

Nivel

El nivel de la investigación se fundamenta en un enfoque no experimental. Este tipo de investigación se caracteriza por observar el fenómeno a investigar, con el fin de analizar los aspectos relevantes del tema seleccionado sin manipular las variables para poder llegar a una conclusión. Según Sousa, Driessnack y Costa (2007) el diseño no experimental se basa en observar de forma natural la variable sin intervenir en lo que se observa, las mismas variables no tienen determinación aleatoria. Por lo que se espera es llegar a concluir de manera eficaz la variable relevante al tema investigado.

En este método investigativo se estudian acontecimientos que ya ocurrieron, los cuales, se siguen analizando con el pasar del tiempo. Menciona Casas (1997) “en un estudio no experimental se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador, es decir, las variables independientes ya han ocurrido, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables” (p.189). Con respecto a la presente investigación, se

realizó el estudio no experimental, se desarrolla una observación directa de la variable a investigar, la cual, es determinar las manifestaciones psicosociales del TEA en función a la edad de niños y niñas del Centro Neurocognitivo Integral (CENI) para así, responder a los objetivos de la investigación, y se toma en cuenta que no se ha manipulado la variable a estudiar.

Modalidad

El enfoque de la presente investigación es de tipo cuantitativa, mediante la recopilación de datos, se aplicará la técnica psicométrica, con el fin de cumplir con el objetivo de estudio. Según Vega, y otros (2014) cree en la medición numérica de variables, se inclina con el uso de la estadística, con el fin de probar hipótesis y obtener con exactitud patrones de conducta de la investigación, fundamentado de un esquema deductivo y lógico. Sin duda, lo que pretende este tipo de investigación es brindar mediciones objetivas del tema investigado, se establece una hipótesis para obtener resultados y conclusiones.

Alcance

La presente investigación es de alcance descriptiva y comparativa. El alcance descriptivo intenta medir o recolectar información de la investigación de manera individual o grupal. De acuerdo con Ortiz (2006) la investigación descriptiva especifica el conjunto de propiedades mediante características o rasgos preliminares del fenómeno investigado. Por lo cual, el estudio descriptivo analiza cómo se manifiesta el fenómeno a estudiar y describen hechos, situaciones o eventos de las variables a investigar.

El alcance comparativo en la presente investigación es importante, puesto que busca relacionar el Autismo con la variable edad. Según Colino (2009) “se considera el estudio comparativo como un procedimiento sistemático y ordenado para examinar relaciones, semejanzas y diferencias entre dos o más objetos o fenómenos, con la intención de extraer determinadas conclusiones” (párr. 1). Como se observa, el estudio comparativo parte de identificar resultados basados en extracciones de realidades vivenciales, enfocados en las investigaciones que se llevan a cabo, las mismas que, llegan a cumplir el objetivo deseado.

En la investigación llevada a cabo se planteó un alcance descriptivo y comparativo, es este el adecuado para cumplir con los objetivos de la misma, pues al conocer definiciones del fenómeno de estudio, el cual, es el autismo, se pudo detallar y analizar las características sintomatológicas de la población seleccionada pertinente a cada caso, para posterior a esto comparar en función a la edad sus diferenciaciones en las manifestaciones psicosociales del trastorno.

Corte de Investigación

La investigación se encuentra fundamentada en un corte transversal o, también, conocido como estudio de prevalencia. Según Rodríguez y Mendivelso (2018) el corte transversal se basa en la observación de determinados fenómenos con el fin de describir y analizar las variables en el contexto, en el cual, se desenvuelve, tras identificar la frecuencia de la condición en la población estudiada. En tal sentido este corte genera hipótesis, de las cuales, mediante los resultados de la investigación se comprobarán o se refutarán.

En el diseño trasversal se recoge información que define y caracteriza al fenómeno general como a la variable a investigar. Postulan Ruiz y Morillo (2004) que los análisis de corte transversal son conocidos por establecer claves importantes sobre las posibles causas de las afectaciones o las alteraciones que se presentan en los individuos, también, se da a conocer los sujetos con mayor riesgo de poseer dicho fenómeno. Con respecto a la investigación se otorgó un corte transversal porque se requiere observar las sintomatologías examinadas en cada caso, describir las mismas y compararlas en función a su edad para así concluir, que responden a los objetivos planteados.

2.2. Técnicas y Herramientas

Técnicas

Las técnicas en la investigación son de vital importancia, dado que, ayudan a obtener información y conocimiento del tema propuesto. De esta manera se utilizan las técnicas de observación y técnica de registros. En la presente investigación se utiliza la técnica con una base en el enfoque cuantitativo.

Toda investigación está regida por la observación, esta técnica es de importancia por la búsqueda de información para la verificación de un fenómeno a estudiar. Según Fabbri (1998), el método de observación tiene una base empírica cuya función principal es la recolección de información pertinente para el tema seleccionado, en la misma es importante la correcta utilización de los sentidos para conocer hechos o realidades que serán importantes para ser incluidas en la investigación. Por lo cual, es necesario saber manejar correctamente los datos que son observados, de igual manera estructurarlos de forma organizada para que puedan ser coherentes al momento de redactar la investigación.

En cuanto a la técnica de registro tienen como fin la recopilación de datos importantes para el tema de investigación. Según Arias (2020) la técnica de registro está encargada de recolectar información de las fuentes que se consultan o se observan para luego procesar el tema de estudio. Es así que el registro es una técnica fiable para aportar datos externos de los temas y fenómenos que serán necesarios para el estudio, de la misma forma, se podrá realizar un análisis más detallado de la información adquirida en la investigación.

Las técnicas utilizadas son esenciales para el estudio, puesto que, mediante la observación y el registro se originará información importante para la investigación. De la misma forma, se analizará datos que serán importantes de detallar al momento de exponer el tema de estudio y se podrá afirmar o refutar la hipótesis planteada.

Herramientas

Las herramientas que se utilizan en este proyecto investigativo es un consentimiento informado dirigido para la directora del Centro Neurocognitivo Integral (CENI), una ficha sociodemográfica para los tutores, así como también, para los niños evaluados. Estas herramientas permiten que el participante proporcione información relevante para el análisis de la investigación y que esté de acuerdo en ser partícipe de la misma.

Ficha Sociodemográfica

A la ficha sociodemográfica se la conoce como un instrumento necesario para la recopilación de datos esenciales del sujeto a investigar, se toma de referencia aspectos de los niños como:

edad, sexo, diagnóstico, edad del primer diagnóstico, frecuencia de terapia, tiempo diagnóstico, severidad, otro tratamiento. En cuanto a la ficha sociodemográfica de los padres se tomó en cuenta aspectos como: sexo, nacionalidad, lugar de nacimiento, estado civil, nivel socioeconómico, origen étnico, estudios realizados, situación laboral, número de hijos, lugar de procedencia, quienes viven con usted, sustento del hogar relación hijo tutor, ayuda con el cuidado del niño/a. Por lo cual, la ficha sociodemográfica es importante en la presente investigación para conocer información relevante de los participantes a estudiar, de la misma manera la presente ficha fue adaptada al formato de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato con la información necesaria del tema a estudiar. (Ver Anexo 2)

2.3. Instrumentos

El instrumento seleccionado fue: la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2).

La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS)

A lo largo del tiempo la evaluación ADOS ha presentado modificaciones en varias áreas del test. Se cita a Dorlack, Myers y Kodituwakku (2018) mencionan que, es un instrumento observacional destinado para descubrir el trastorno del espectro autista, como evaluación original se conoce al ADOS, posterior a este se implementó el ADOS-G con notables mejoras, sin embargo, luego fue reemplazado al ADOS-2 para aumentar su fiabilidad diagnóstica. Por lo tanto, en la actualidad se utiliza el ADOS-2 para el diagnóstico del TEA, es una evaluación confiable y se ha establecido áreas, en las cuales, son más precisas para evaluar las áreas afectadas.

La Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo-segunda edición (ADOS-2) se encarga de realizar un diagnóstico fiable de Autismo. Este instrumento fue creado por Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. Dilavore, y Susan Risi en 1989, el cual, se dispuso en el 2001, emitido por Western Psychological Services (WPS). Según Montiel-Nava, (2013) se refiere a una prueba observacional semiestructurada avalada por todos los expertos en autismo, la cual, evalúa varias funcionalidades como es la comunicación, la interacción social recíproca, el juego, estereotipias e intereses restringidos y conductas anormales. Por

lo cual, es una prueba completa porque evalúa áreas importantes del desarrollo de todo niño (Ver Anexo 3).

Igualmente, el ADOS-2 módulo 2 está dirigido a sujetos de cualquier edad por lo que fue seleccionado, en vista de que se trabajó con niños de 2 a 12 años en la presente investigación.

De acuerdo con Lord, y otros (2015) se comenta que:

Es destinado a sujetos que utilicen un lenguaje de frases pero que aún no tengan fluidez verbal, como el uso flexible de expresiones de tres palabras no ecológica que a veces implican el uso de un verbo y que son combinaciones de palabras espontáneas y con significado. (p. 2)

Dado que, mediante el uso de expresiones se puede verificar si existe algún tipo de vinculación social con el medio o a su vez que esto se encuentre restringido.

En la presente investigación se aplicará el módulo 2, está dirigido a los parámetros con los que están compuesta la población a evaluar y las áreas específicas a las que nos vamos a dirigir como es el área psicosocial. Así mismo, en la Tabla 2 se muestran los materiales que acompañan a este módulo y que son esenciales para la evaluación.

Cuadro 2. Materiales a utilizar aplicación ADOS-2

Materiales ADOS-2	
Ítems a observar	Materiales a utilizar
Tarea de construcción	Piezas
Respuesta al nombre	----- ¹
Juego simbólico	Muñecos, barbies, carros Osos de peluche, aros de colores
Juego interactivo conjunto	Juguetes novedosos, juguetes que tengan sonidos, juguetes que tengas colores llamativos
Conversación	----- ¹
Respuesta a la atención conjunta	Conejo o juego de control remoto
Tarea de demostración	Cepillo de dientes, cepillo de cabello, lazos de cabello
Descripción de una imagen	----- ¹
Contar una historia de un libro	Libro Revista Cuento
Juego libre	Juguetes
Fiesta de cumpleaños	Objetos de cumpleaños
Merienda	Objetos para simular una cena (juguetes de comida)
Anticipación de una rutina con objetos	Varios objetos, se pueden utilizar los objetos que previamente ya fueron usados
Juego con burbujas	Burbujas, agua con jabón, espuma, liquido artificial de Burbujas

Fuente: Materiales a utilizar aplicación ADOS-2. Tomado de Lord y otros, 2015, Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2. TEA Ediciones

Nota¹: En los presentes ítems no es necesario materiales

Por lo cual, es necesario realizar una aplicación seguida de las instrucciones con cada punto propuesto en el protocolo de aplicación, con el fin de un diagnóstico fiable.

El ADOS-2 es una evaluación destinada a la observación de las aptitudes sociales y de la comunicación relacionada con el autismo. El mismo tiene un protocolo de aplicación, el cual, es individual y el tiempo de aplicación es de 40 a 60 minutos, de acuerdo al módulo pertinente a la edad del evaluado. Según Lord, y otros (2015):

Cada uno de los módulos está compuesto por un conjunto de actividades que proporcionan contextos estandarizados donde el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos comportamientos sociales y comunicativos relevantes para el diagnóstico del TEA, tras corregir el protocolo y obtener las puntuaciones del algoritmo, se podrá realizar el diagnóstico a partir de los puntos de corte establecidos. (p. 1)

De manera que, al aplicar el protocolo propuesto se evidenciarán afectaciones en las conductas sociales, psicomotrices o comunicativas que se presentan el niño o niña que se encuentran en evaluación.

En cuanto a la confiabilidad que se encontró de este test se basa en el estudio de Hidalgo y Araujo (2018) que hicieron una investigación con 31 niños y tras la fiabilidad test-retest se obtuvieron puntuaciones de confiabilidad: 0,88 en la escala total., 0,87 en el dominio de afectación social y 0,64 del dominio en comportamientos restringidos y repetitivos. Estos valores indican que este instrumento es adecuado para la aplicación de niños con autismo por sus niveles de validez.

Nivel de confiabilidad de la ADOS-2 en la población seleccionada

En el presente estudio se realiza el nivel de confiabilidad del test ADOS-2 (Escala de observación para diagnóstico de Autismo) a través de la escala de fiabilidad. Este test consta de cuatro apartados que miden la afectación social, el comportamiento restringido y repetitivo, total AS+CRR y el nivel de autismo. Se trabajó con una población de 50 niños pertenecientes al Centro Neurológico Integral (CENI) que su edad oscila entre 2 a 12 años. A continuación, en la tabla 3 se muestra el nivel de confiabilidad que se obtuvo en la presente investigación.

Tabla 1. Fiabilidad del Test (ADOS-2)

Fiabilidad del Test Escala de Observación para Diagnóstico de Autismo ADOS-2	
Alfa de Cronbach	Número de elementos
0,778	4

Nota: 50 participantes

Como se puede ver el nivel de confiabilidad es el adecuado, dado que según González y Pazmiño (2015) una validez fiable del alfa de Cronbach se encuentra entre 0.70 y 0.90 lo que indica una buena consistencia. Por lo que, la investigación presenta un valor que demuestra que las respuestas obtenidas de los participantes son aceptables debido a que se obtuvo un resultado de 0,778 lo que se encuentra dentro del rango aceptado, lo que permite el análisis descriptivo y comparativo.

2.4. Población y Muestra

La población se conoce como el objeto de estudio que manifiestan características necesarias para la investigación. Según López (2004) se menciona que es el conjunto de personas u objetos que van a ser estudiados en la investigación, las cuales, pueden ser personas, animales, médicos, muestras de laboratorio, entre otros individuos que conforman una población. Por lo tanto, conocer las características de la población que va a ser estudiada es importante para unos resultados confiables de la investigación.

Igualmente, la población de interés en esta investigación son 50 participantes entre estos niños y niñas que presentan trastorno del espectro autista dentro de la ciudad de Ambato, por lo tanto, esta investigación, se basa en diferenciar las manifestaciones psicosociales de niños con TEA. Dado que, se tomará en cuenta parámetros como la edad, nivel socioeconómico, que los niños y niñas vivan con sus padres juntos o con uno de sus padres.

En cuanto a, estudiar la población de autismo no se ha encontrado una población extensa. Dado que, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), demostraron en marzo de 2019, por el sistema informativo Línea (SIL) del Ministerio de Salud Pública, 3.037 personas han sido diagnosticadas con TEA y cuentan con la calificación y acreditación de discapacidad en el Ecuador. Sin embargo, en Tungurahua no se encuentran cifras exactas de población autista, por lo que se puede inferir que una cifra aproximada de Autismo en Ambato, es de 100 sujetos con dicha problemática. Así mismo, el programa de salud mental del hospital Docente de Ambato ha recabado datos y las cifras de autismo que maneja el MSP, es de 32 autistas. Además, en la presente investigación en el Centro Neurocognitivo Integral (CENI) y los centros en convenio con el mismo, se encuentran 50 niño/as autistas.

Se utilizó un método no probabilístico para trabajar con niños/a con autismo del Centro Neurocognitivo Integral (CENI). Se accedió a esta población por la facilidad que se obtuvo para llegar a la misma, y esta muestra cumple con los requisitos establecidos anteriormente. Según Scharager y Reyes (2001), “la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las condiciones que permiten hacer el muestreo (acceso o disponibilidad, conveniencia, etc); son seleccionadas con mecanismos informales y no aseguran la total representación de la población” (p. 1). En ese sentido, este tipo de muestreo

fue adecuado para la realización de este estudio puesto que trabaja con grupos muy específicos o poco comunes. Igualmente, se realizará un punto de corte para poder comparar los grupos, estarán las diferencias en función a la edad, y esto es importante para la investigación.

En cuanto a los criterios de inclusión se trabajó con niños o niñas de 2 a 12 años que presenten autismo y que sean parte del Centro Neurocognitivo Integral (CENI) y los centros que se encuentran en convenio con el mismo, también, formarían parte del estudio si los padres de los niños firman el consentimiento informado. Por lo tanto, como criterio de exclusión son niños que no presenten autismo, adolescentes de 13 años en adelante, también, que no formen parte de la entidad seleccionada y sus convenios. Por último, que los padres o tutores a cargo no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

Características Sociodemográficas de la Población

Para entender mejor el tema se muestran las características de los tutores de la población seleccionada, debido a que, los padres influyen en el comportamiento psicosocial de los niños o niñas autistas por factores como el estado civil, nivel socioeconómico, la heredabilidad y el modo en el que los presentan al mundo social. En la primera tabla está la información de los 50 padres o tutores de los niños evaluados. A continuación, en la tabla 4, se presenta el análisis sociodemográfico.

Tabla 2. Análisis sociodemográfico de los participantes (padres)

Indicador	Míni ma	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad del padre	22	51	31,64	5,98
Estadísticos				
Indicador	Frecuencia (f)		Porcentaje (%)	
Sexo del padre				
Femenino	30		60	
Masculino	20		40	
Nacionalidad				
Ecuatoriana	50		100	
Lugar de Nacimiento				
Ambato	49		98	
Pelileo	1		2	
Estado civil				
Casado	18		36	
Divorciado	7		14	
Soltero	7		14	
Unión de hecho	18		36	
Nivel Socioeconómico				
Alto	2		4	
Medio alto	7		14	
Medio bajo	2		4	
Medio típico	39		78	
Origen étnico				
Mestizo	50		100	
Estudios realizados				
Ed. Básico	4		8	
Ed. Superior	46		92	
Situación Laboral				
Empleo	42		84	
Subempleo	2		4	
Desempleo	6		12	
Números de hijos				
Uno	44		88	
Dos	6		12	
Lugar de procedencia				
Urbano	50		100	
Quienes viven con usted				
Esposa/o, Hijo/s	35		70	
Abuelo/a, Esposo/a, Hijo/s	2		4	
Hijo	1		2	
Madre, Hijo/s	5		10	
Padre, Madre, Hijo/s	7		14	
Sustento del Hogar				
Padre	28		56	
Esposo	16		32	
Madre	2		4	
Padre, Madre	4		8	
Relación hijo tutor				
Padre	19		38	
Madre	30		60	
Abuela/o	1		2	
Ayuda con el cuidado				
Madre	47		94	
Abuela/o	3		6	

Nota: Se trabajó con 50 casos (padres).

En la tabla se observan el número de personas y en qué porcentaje enfocadas a los padres o tutores de los niños/a se identifican con distintas características. En la edad se obtuvo una media 31.64 con una mínima de 22 y una máxima de 51 años, se cita a Díaz-Anzaldúa y Díaz-Martínez (2013) se ha encontrado que los padres que tienen niños con este trastorno son mayores a 29 años dado que ha esta edad aumenta la mutación de novo en sus células germinales. Según Mora y Castañeda (2017), la mutación de novo se refiere a alteraciones genéticas no heredadas dada por una mutación a la célula germinal de uno de sus progenitores. Como se pudo observar en la presente investigación la mayoría de los padres se encuentran en una edad mayor a los 29 años por lo que puede ser un factor incidente para que sus hijos porten el trastorno espectro autista.

En cuanto al sexo de los padres o tutores de los evaluados, se ha encontrado la participación mayoritaria de mujeres con un 60% a diferencia de los hombres con un 40% lo que muestra que las mujeres o madres son las encargadas o llevan la tutela de los niños/a con la problemática. Según Viera (2016) la mayoría de casos son mujeres las cuidadoras de familiares con alguna enfermedad o discapacidad, a la misma se la deriva como más psicoafectiva y responsabilidad. Por lo que, en la aplicación de los instrumentos las madres o tutoras fueron las más interesadas de los resultados de la presente investigación.

Con respecto a la población estudiada todos son de nacionalidad ecuatoriana con una representación del 100%. En cuanto al lugar de nacimiento se encontró un 98% procedente de la ciudad de Ambato y un 2% de la ciudad de Pelileo. Además, en la variable estado civil se encontró el 36% casados con similitud de los que se encuentran en unión de hecho con el mismo porcentaje de 36%, divorciados con el 14% al igual que los solteros con 14%. Por lo que la mayoría de los padres participantes se encuentran estableciendo lazos afectivos con su cónyuge.

Según el nivel socioeconómico se presenta un 4% de participantes con un nivel alto, un 14% de participantes con un nivel medio alto, medio bajo 4% y mayoritariamente un 78% medio típico. La identificación étnica es un 100% de origen mestizo. Se encontró que la mayoría de los participantes se encuentran un nivel académico de educación superior 92% con una alta diferencia de educación básica. En cuanto a la situación laboral el 84% tienen empleo, el 4% subempleo, finalmente, el 12% se encuentran desempleados.

En la investigación se encuentra que la mayoría de los padres o tutores de los niños evaluados tienen un solo hijo, es decir, el niño evaluado esto con un porcentaje de 88% y el restante que es el 12% tienen dos hijos, es decir, el niño evaluado y otro hijo. Como menciona Brun (2013) “el deseo de una nueva paternidad se ve comprometido por el miedo a tener otro hijo que pueda tener los mismos problemas y, con alguna frecuencia, quedan condenados a un solo tipo de relación paterno-filial” (p.47). Dado a este miedo, puede ser factor de que los participantes evaluados tengan en su mayoría un solo hijo.

Acerca del lugar de procedencia se encontraron en su totalidad urbana con un 100%. En cuanto a quienes viven con los padres o tutores del evaluado se encontró en su mayoría que viven con sus esposo/a, hijos/a obteniendo un 70%, abuelo/a, esposo/a, hijo/s dando un 4%, solo con su hijo/a un 2%, madre, hijo/s con un 10% y seguidamente padre, madre, hijo/s 14%. Así mismo en la relación hijo tutor se presentó una muestra mayor de madres con el 60%, padres con el 38% y abuela/o con un porcentaje mínimo de 2%. Finalmente, en cuanto a la ayuda con el cuidado del evaluado se mostró a su mayoría que es la madre con un 94% y a la abuela/o con un porcentaje mínimo de 1%.

A continuación, en la tabla 5 se muestran características sociodemográficas de los niños/a evaluados, la cual, fue proporcionada por los padres o tutores, con el objetivo de ayudarnos a comprender similitudes que se encuentran con los instrumentos aplicados y conocer información relevante a cada caso.

Tabla 3. Análisis sociodemográfico de los participantes (Niños/a)

Indicador	Mínima	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad del niño/a	2	12	4,92	2,64
Estadísticos				
Indicador	Frecuencia (f)		Porcentaje (%)	
Sexo del niño/a				
Masculino	46		92	
Femenino	4		8	
Diagnóstico				
Uno	45		90	
Dos	4		8	
Tres	1		2	
Edad del primer diagnóstico				
Dos	48		96	
Tres	1		2	
Cuatro	1		2	
Frecuencia de terapia				
Uno	1		2	
Dos	41		82	
Tres	8		16	
Tiempo diagnóstico				
Más de un año	32		64	
Menos de un año	18		36	
Severidad				
Leve	9		18	
Moderada	38		76	
Grave	3		6	
Otro tratamiento	50		100	

Nota: Se trabajó con 50 casos.

En la tabla se observan cuantos participantes se tomaron para el estudio y sus diferentes características. La edad que se tomó de referencia para la investigación oscila con una mínima de 2 años y un máximo de 12 años. En cuanto al sexo se ha evaluado mayoritariamente a niños con un 92% y niñas con un 8%. Se cita a Díaz y Andrade (2015) la prevalencia del autismo en el género masculino se da cuatro y diez veces más que el género femenino, añadiendo que en la estructura cerebral masculina en el desarrollo embrionario se encuentra más niveles de la hormona testosterona. Es por ello que en la presente investigación en el Centro Neurocognitivo Integral (CENI), se encontró en su mayoría niños a que niñas.

Con respecto a los diagnósticos recibidos en los evaluados presentaron uno con el 90%, dos con el 8% y tres con el 2%. Según Hervás (2017) la comorbilidad psiquiatría resulta muy frecuente en el TEA y en muchos casos esta se presenta múltiple, es decir, el autismo se

acompaña de uno o dos trastornos más. Por lo cual, en el presente estudio se encontró con 2 o 3 comorbilidades en cada caso a pesar de este ser un porcentaje bajo existen comorbilidades en los casos de investigación.

En cuanto a edad en que recibieron su primer diagnóstico se encontró un 96% a los dos años, un 2% a los tres años y 2% a los cuatro años. Según Palomo (2012) las sintomatologías autistas se empiezan a evidenciar a partir del primer año del niño/a, sin embargo, es a los 2 años de edad en que estas sintomatologías se encuentran marcadas y se presentan más limitaciones en compartir intereses. Por lo tanto, se presentan dificultades sociales, comunicativas, intereses repetitivos y conductas estereotipadas.

En la frecuencia con la que asisten a terapia se presentó en su mayoría con un 82% es esto dos veces por semana, seguidamente 16% perteneciendo a tres veces por semana y, finalmente, 2% asistiendo una vez por semana. Se cita a Insfrán (2021) se conoce que, a mayor frecuencia, mayor efectividad de la terapia. Por lo que se ha constatado que los participantes llevar una frecuencia alta en sus sesiones.

Por otro lado, se encuentra al tiempo de diagnóstico lo que presenta más de un año con el 64% y menos de un año obteniendo el 36%. Luego, en la severidad se pudo conocer que se encuentran en leve un 18%, moderada 76% y grave 6%. Finalmente, todos los niños/a evaluados recibieron un tratamiento médico, psicológico, pediátrico y psicopedagógico y al momento siguen recibiendo tratamiento.

2.5. Procedimiento Metodológico

El desarrollo de la presente investigación parte desde el interés de la autora al conocer los trastornos del neurodesarrollo que se identifican en el Centro Neurocognitivo Integral (CENI), y a los cuales, se brinda intervención psicológica, terapia neuropsicológica, logopédica/fonoaudiológica, psicopedagógica, y atención neurológica. Este trabajo investigativo se realizó de manera estructurada, de modo que, en un inicio se planteó el fenómeno de estudio para luego delimitarlo, se seleccionó los participantes a estudiar, los cuales, fueron 50 niños y niñas de 2 a 12 años, una vez que se obtuvo el tema de investigación como tal, se procedió a desarrollar una revisión bibliográfica de los temas propuestos en este

caso sobre el autismo, la información fue tomada de artículos académicos, libros, entrevistas, tesis, revistas, blogs, manuales físicos, de la misma manera, se volvió a hacer acercamientos a la institución con la que se trabajó.

En segunda instancia se aprobó mediante el consentimiento informado dirigido a la directora de la institución el permiso para realizar la respectiva investigación, la cual, proporcionó información relevante del tema, luego se presentó un consentimiento informado a los padres o tutores, una vez que lo aprobaron se procedió a llenar la ficha sociodemográfica con la información propuesta en la misma. Enseguida la investigadora aplicó el instrumento ya mencionado a cada niño. El instrumento la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS) -2 a 20 niños de 5 a 12 años, el tiempo de duración fue 40 minutos a cada niño. Las aplicaciones del instrumento fueron concluidas en el lapso de 5 semanas. Las herramientas mencionadas fueron puntuadas mediante la observación de la investigadora el mismo que proporcionó la calificación pertinente a cada caso. Seguidamente con la información adquirida por la especialista para no presentar fallas en la aplicación del instrumento, se obtuvo una correcta calificación del test, y se ingresó lo obtenido a las bases de datos seleccionadas Microsoft Excel y SPSS en su versión 25 para el respectivo análisis descriptivo y comparativo se utiliza la U de Mann Whinney, obteniendo los resultados pertinentes.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo

En el presente estudio se realiza un análisis descriptivo de la edad y la sintomatología que presentan los niños del Centro Neurocognitivo Integral (CENI). Este apartado ayuda a entender los resultados característicos que presentan estos niños en cuanto al tema de estudio en base al instrumento aplicado la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2), todo esto comparado con la edad de los niños.

Análisis descriptivo de la Edad de los niños

Mediante la recolección de los datos se obtuvo la edad correspondiente de 50 niños pertenecientes al Centro Neurocognitivo Integral (CENI). A continuación, en la tabla 6, se presentan los datos de los 50 participantes.

Tabla 4. Análisis de la edad de los niños (ADOS-2)

Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2)				
Indicador	Mínima	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad del niño/a	2	12	4,94	2,64
Estadísticos Descriptivos				
	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
2 años	12	24	24	24
3 años	7	14	14	38
4 años	5	10	10	48
5 años	6	12	12	60
6 años	7	14	14	74
7 años	5	10	10	84
8 años	4	8	8	92
9 años	1	2	2	94
10 años	1	2	2	96
12 años	2	4	4	100

Nota: 50 participantes

Como se observa en la tabla 6 aplicado a 50 niños la escala de observación para el diagnóstico de autismo (ADOS-2), se encontró un mínimo de 2 años y como máximo 12 años, así mismo una media de 4,94 y una desviación estándar de 2,64. Se menciona a Gutiérrez Ruiz (2019) el promedio del desorden o diagnóstico autista se encuentra en el rango de 3 y 10 años de edad. Por lo tanto, en la presente investigación se tomó una muestra

dentro de este parámetro para efectuar el estudio dado la prevalencia de autismo que oscila en el rango.

De la misma manera para mayor entendimiento se describe la información recolectada. Se presentan 12 niños de 2 años derivando un 24%, y como porcentaje acumulado 24. Según Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado (2017) se ha encontrado que la detección precoz del trastorno se da con mayor precisión de sintomatología a partir del año y antes de los 36 meses por el desbalance en el cumplimiento de los hitos de desarrollo. Es por ello, que en el Centro Neurocognitivo Integral (CENI) en el que se realizó la investigación se ha encontrado un porcentaje mayoritario de niños con 2 años por las sintomatologías que los padres empiezan a observar en sus hijos y esto los conlleva a una intervención profesional.

Seguidamente se observa 7 niños de 3 años que representan un 14% y como porcentaje acumulado 38. Como menciona Vargas Baldares y Navas Orozco (2012), la sintomatología autista aparece con frecuencia en los primeros 3 años de edad, sin embargo, los mismos continúan toda la vida, dado que no hay cura, pero con el cuidado apropiado disminuyen los comportamientos no deseados. Por lo tanto, al encontrar un índice alto de niños de 3 años en la investigación se denota que la presencia de sintomatología autista en esta edad ya se encuentra evidente para un diagnóstico fiable.

Luego se encuentran 5 niños de 4 años que reflejan un 10% y un porcentaje acumulado de 48. Después 6 niños de 5 años indicando un 12% y un porcentaje acumulado de 60%. Se cita a Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado (2017) se manifiesta que de los 4 a 5 años se presenta un incremento de tamaño de algunas áreas cerebrales, estudios empleados como la neuroimagen encontraron agrandamiento de la amígdala a estas edades relacionado con alteraciones de la atención conjunta y con la severidad de las alteraciones de la comunicación social. Por lo cual, a esta edad los niños y niñas manifiestan dificultades en la comunicación social y se pronuncian más sintomatologías, pero de acuerdo a cada caso.

Así mismo 7 niños son de 6 años lo que muestran un 14%. También, se presentaron 5 niños de 7 años lo que denota un 10%. Después con 4 niños de 8 años evidenciando un 8%. Luego 1 niño de 9 años con un 2%. Seguidamente se observó 1 niño de 10 años con un 2%. Finalmente, 2 niños de 12 años con 4%. No obstante, menciona Reyna (2011) que, en el

rango del hito evolutivo de desarrollo, es de 6 a 12 años donde se emergen comparaciones sociales debido a la mayor importancia del grupo de pares, en este periodo se aprende a regular sentimientos. Es por ello, que ha esta edad se presentan nuevas afectaciones de habilidades sociales en niños y niñas TEA aunque al ya estar insertos en la sociedad se adaptan al medio y aprenden a socializar a su manera, así mismo se ha encontrado en la investigación este rango de edad por su importancia de la muestra.

Análisis descriptivo de la Escala de Observación para el diagnóstico de autismo (ADOS-2)

En la escala de Observación para el diagnóstico de autismo (ADOS-2) se busca adquirir información de las áreas importantes del niño autista. El presente test consta de cuatro apartados que miden la afectación social, el comportamiento estereotipado, total AS+CRR y el nivel de autismo. A continuación, en la Tabla 7, se muestran los resultados del mínimo, máximo, de la media y la desviación estándar de cada una de las estrategias.

Tabla 5. Análisis descriptivo (ADOS-2)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv.
Afectación social	4	16	9,62	2,95
Comportamiento estereotipado	3	8	4,90	1,24
Total, CRR	7	21	14,54	3,35
Nivel autismo	1	3	2,64	0,66

Nota: 50 participantes

A partir de los datos obtenidos del test se puede determinar que existe afectación social, dado que se encontró una mínima de 4 y una máxima de 16. Como se relaciona con la investigación se cita a Hervás (2016) la afectación social varía desde la ausencia de iniciación social, esto es el no hablar o inhibirse a el contacto con el medio en el que está rodeado, presentan dificultad en entender las emociones de otras personas o las intenciones de las mismas, no mantienen una conversación fluida, suelen no mantener el contacto ocular como manera comunicativa. Por lo tanto, al observar cómo respondieron los participantes en las pruebas aplicadas se pudo evidenciar la escasa socialización de los niños y niñas, se notó un juego simbólico nulo, una conversación poco fluida, en la cual, no siempre mantienen el contacto visual, se restringen al juego compartido y no presentan la intención de socializar con las personas que los rodean, además, interpretan muy poco las emociones o las frases con doble sentido que se les realiza.

Con respecto al comportamiento estereotipado propio de los niños con trastorno del espectro autista se obtuvo una puntuación máxima de 8 y una mínima de 3, lo que demuestra que la mayoría de los niños y niñas evaluados presentan un tipo de estereotipia esto de manera notable. Como se puede corroborar con la cita de Vargas y Navas (2012) menciona que todos los individuos con trastornos de espectro autista manifiestan al menos una forma de conducta estereotipada, las mismas que suelen presentarse como movimientos de balanceo, sacudir sus manos repetitivamente, golpearse la cabeza, morderse sus manos o golpear su propio cuerpo.

Por otro lado, tras una investigación de Martínez y Piqueras (2017) al realizar la comparación de dos grupos de personas diagnosticadas con TEA, en el cual, el grupo de personas que recibió tratamiento farmacológico presenta puntuaciones bajas en comportamiento estereotipado, mientras que las que no reciben una guía profesional presentan resultados elevados en comportamientos estereotipados y autolesiones. Por lo cual, es pertinente saber que los sujetos evaluados en la presente investigación ya son diagnosticados con TEA y los mismos reciben orientación profesional.

Por otro lado, en cuanto a los niveles de autismo se los ha clasificado en leve, moderado y severo, se cita a Bonilla y Chaskel (2016) quienes mencionan que los niveles de gravedad se encuentran establecidos en: grado 3 "necesita ayuda muy notable" pertenecientes al nivel severo, donde están presentes alteraciones graves en distintas habilidades como es: social, comunicación, comportamientos restringidos e interfirieren notablemente en el funcionamiento de todos sus ámbitos.

Asimismo, se encuentra el grado 2 "necesita ayuda notable" con un nivel moderado, se manifiestan deficiencias sociales, comunicación verbal, ansiedad ante conductas de cambio, interfiere su funcionalidad en distintos contextos. Por último, el grado 1 "necesita ayuda" es un nivel leve, donde su interés parece disminuido socialmente, interferencia en el funcionamiento o uno o algún contexto más. Por lo tanto, se observa en la investigación los tres niveles de autismo propuestos.

3.2. Análisis comparativo del autismo en función a la edad

En cuanto al análisis comparativo el estudio se centra en comparar principalmente las manifestaciones psicosociales de niños/as con autismo en función a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI). Para este estudio se utiliza la U de Mann-Whitney, de acuerdo con Rivas-Ruiz , Moreno-Palacios y Talavera (2013) esta prueba se encarga de comparar dos medias o dos grupos de muestras específicas ya sean variables ordinales o cuantitativas con distribución libre. Por lo tanto, se indica que en la investigación se trabaja con 2 grupos para obtener resultados confiables del estudio y así conocer con mayor detalle la afectación social que existe en función a la edad.

Se toma estos dos rangos de edades debido a que la investigadora se centra en la primera y segunda infancia. De acuerdo a Qucios (2022) la primera infancia va desde el primer año a los 5 años y la segunda infancia se da entre los 6 y 12 años. En estas dos fases se puede observar el desarrollo físico, cognitivo, lenguaje, autonomía el autoconcepto y sobre todo se ve como inicia el eje social de la persona. Es de esta forma que el estudio se ha centrado en estos grupos de edad, dado que en estas etapas se resalta la socialización del niño. A continuación, se especificará la comparación entre estos dos rangos en cuanto al diagnóstico, nivel de severidad, comportamiento estereotipado y afectación social. Seguidamente en la tabla 8 se presentan los resultados de la comparación en cuanto al diagnóstico de los evaluados.

Tabla 6. Análisis de Diagnóstico Comórbido				
	Edad	Número	Rango promedio	Suma de rangos
Diagnóstico comórbido	De 2 a 5 años	30	24,72	741,50
	De 6 a 12 años	20	26,68	533,50
Estadístico U de Mann-Whitney				
	U de Mann-Whitney		276,500	
	Valor Z		-0,895	
	Sig. asintótica(bilateral)		0,371	

N: 50 participantes

En la tabla 8 se encuentra 30 niños de 2 a 5 años con un rango promedio de 24,72 y una suma de rangos de 741,50. También, se observa 20 niños en el rango de 6 a 12 años con un promedio de 26,68 y una suma de rangos de 533,50. Además, como se puede apreciar a partir de los resultados obtenidos en el estadístico U de Mann-Whitney fue de 276,500 y el valor de p (Sig. Asintó. (bilateral)) de 0,371 por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la

hipótesis alternativa, dado que se concluye que no existen diferencias significativas en el diagnóstico comórbido de los niños/as autistas del centro Neurocognitivo Integral (CENI) en función a la edad (entre 2 – 5 años, y entre 6 – 12 años), con un nivel de significación del 5%.

Los resultados se pueden corroborar con la investigación propuesta por Hervás y Rueda (2018), que menciona el trastorno de espectro autista (TEA) tiene comorbilidades diagnósticas que comienzan en la primera infancia y las mismas continúan toda la vida, las comorbilidades son múltiples, están asociadas con discapacidad intelectual, trastornos del lenguaje, trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), tics- trastorno de Tourette. Por lo tanto, los resultados muestran que no existen diferencias en la comorbilidad de diagnóstico del TEA dado que las mismas están presentes con el diagnóstico desde la primera infancia y dura toda la vida. A continuación, en la tabla 9 se encuentra el nivel de severidad.

Tabla 7. Análisis Severidad

	Edad	Número	Rango promedio	Suma de rangos
Severidad	De 2 a 5 años	30	26,73	802,00
	De 6 a 12 años	20	23,65	473,00
Estadístico U de Mann-Whitney				
U de Mann-Whitney			263,000	
Valor Z			-0,983	
Sig. asintótica(bilateral)			0,325	

N: 50 Participantes

Como se observa en la tabla 9 en el nivel de severidad con el mismo número de niños antes señalados, se encontró un rango promedio de 26,73 con una suma de rangos de 802,00. Por otro lado, en el segundo rango de edad se encontró un promedio de 23,65 y una suma de 473,00. Asimismo, al apreciar los resultados obtenidos en el estadístico U de Mann-Whitney fue de 263,500 y el valor de p (Sig. Asintó. (bilateral)) de 0,325 por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, dado que se concluye que no existen diferencias significativas en la severidad de los niños/as autistas del centro Neurocognitivo Integral (CENI) en función a la edad (entre 2 – 5 años, y entre 6 – 12 años), con un nivel de significación del 5%.

Lo que se puede relacionar con la investigación de Waizbard-Bartov, y otros (2021), la cual, menciona que, el TEA disminuye en gravedad de autismo a lo largo del tiempo, sin embargo,

reduce en severidad durante la edad preescolar (2-5 años), pero luego aumenta nuevamente durante la etapa escolar (6-11), lo que vuelve a sus niveles de infancia. Por lo tanto, se denota que el nivel de severidad de autismo se encuentra en constante cambio en función a cada caso de TEA, dado que no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en cambios de severidad de autismo realizado en dos grupos de edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI). Para el comportamiento estereotipado se encontró lo siguiente, que se evidencia en la tabla 10.

Tabla 8. Análisis Comportamiento Estereotipado

	Edad	Número	Rango promedio	Suma de rangos
Comportamiento estereotipado	De 2 a 5 años	30	25,97	779,00
	De 6 a 12 años	20	20,80	496,00
Estadístico U de Mann-Whitney				
U de Mann-Whitney			286,000	
Valor Z			-0,286	
Sig. asintótica(bilateral)			0,775	

N: 50 Participantes

Como se evidencia en la tabla 10 con el mismo número de niños antes mencionado, en el primer grupo de edad se encuentra un rango promedio de 25,97 con una suma de 779,00, mientras que en el segundo grupo de edad es un rango promedio de 20,80 y una suma de rangos de 496,00. En relación a los resultados obtenidos en el estadístico U de Mann-Whitney fue de 286,000 y el valor de p (Sig. Asintó. (bilateral)) de 0,775 por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, dado que se concluye que no existen diferencias significativas en el comportamiento estereotipado de los niños/as autistas del centro Neurocognitivo Integral (CENI) en función a la edad (entre 2 – 5 años, y entre 6 – 12 años), con un nivel de significación del 5%.

Dichos resultados se relacionan con la investigación de Vargas Baldares y Navas Orozco (2012), donde mencionan que el autismo tiene como sintomatología propia conductas autolesivas y comportamientos estereotipados, las mismas alteraciones generalmente se manifiestan después de los 3 años de edad y puede durar toda la vida. Por lo tanto, se conoce que el comportamiento estereotipado al ser característico del trastorno de espectro autista (TEA) va a variar en sus estereotipias lo que será pertinente a cada caso. Por último, en la Tabla 11 se presenta lo obtenido a través de este estadístico, entre el rango de las edades y la afectación social.

Tabla 9. Análisis Afectación Social

	Edad	Número	Rango promedio	Suma de rangos
Afectación social	De 2 a 5 años	30	29,75	892,50
	De 6 a 12 años	20	19,13	382,50
Estadístico U de Mann-Whitney				
U de Mann-Whitney			172,500	
Valor Z			-2,544	
Sig. asintótica(bilateral)			0,011	

N: 50 participantes

Como se puede ver en la tabla 11 existen 30 niños/as de 2 a 5 años y 20 niños/as de 6 a 12 años. En el primer grupo se tiene un rango promedio de 29,75 con una suma de rangos de 892,50, mientras que en el segundo grupo se obtuvo un rango promedio de 19,13 y una suma de rangos de 382,50. Es evidente que los rangos promedios son diferentes puesto que el grupo de 2 a 5 años tiene mayor afectación social está es de 29, 75 a diferencia del grupo de 6 a 12 años que presenta una afectación de 19, 13.

Por lo que estos resultados coinciden con la investigación de Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado (2017) quienes mencionan que los padres de niños con autismo recibían el diagnóstico entre los 3-4 años, no obstante, observaban signos de anormalidades de manera rápida en su desarrollo, incluso antes del año, así mismo ha edades precoces manifestaban desviaciones en el desarrollo social y comunicativo, mediante estudios se encontró que entre los 9-12 meses, se puede ocurrir una pérdida de competencias sociales, como es la mirada ocular, vocalizaciones, disminución del contacto ocular, no reconocer a su nombre, no señalar para pedir, no mostrar objetos a los adultos, entre otras, las alteraciones del desarrollo social aparecen más evidentes a partir del segundo año de vida.

Por otro lado, Al TEA se lo considera como un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia se cita a Quijada (2008) entre los 4-5 años de vida en los niños autistas ya es notable la macrocefalia, es decir, el crecimiento acelerado del cerebro, este mismo empieza desde los 12 meses. Por lo tanto, en la investigación se observó que existe más afectación social en el rango de edad de 2 a 5 años.

Asimismo, se muestran los resultados obtenidos en el rango de edad de 6 a 12 años, donde se evidencia una diferencia significativa tras la investigación, por lo que se nota una afectación social en esta edad. Lo indicado se puede corroborar con la cita de Puglisevich D (2014) quien menciona que existen mejoras en niños de 5 a 13 años los ritmos de los cambios

están basados en la capacidad intelectual y en nivel de severidad de cada cuadro, aunque en esta etapa suelen aparecer comportamientos autolesivos, y es más difícil el manejo conductual de los menores, además, al interactuar en la etapa escolar llegan a presentar interacciones sociales, aunque esta sea limitada. Por lo tanto, a partir de la investigación se observó la existencia menor de la afectación social de niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con TEA.

Por ello, los resultados obtenidos en el presente estudio a través del análisis estadístico de U de Mann-Whitney muestran que se rechaza la hipótesis nula y se afirma la hipótesis alternativa, existen diferencias significativas en las manifestaciones psicosociales de los niños/as autistas del centro Neurocognitivo Integral (CENI) en función a la edad (entre 2 – 5 años, y entre 6 – 12 años), con un nivel de significación del 5%.

En el presente estudio se obtuvo un valor de p de 0,011 lo que significa que se acepta la hipótesis alternativa, esto se puede corroborar con Peiró y Bernal-Delgado (2012), quienes afirman que si el valor p es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y en el que caso que sea mayor a 0,05 se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 . Por tanto, se confirma la hipótesis de la investigación, por lo que se menciona que existen diferencias en las manifestaciones psicosociales del trastorno del espectro autista en función a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI).

CONCLUSIONES

- La fundamentación teórica de los aspectos relacionados con las manifestaciones psicosociales que se presentan en los niños con Trastorno de Espectro Autista en función a la edad, se entiende por un trastorno del neurodesarrollo que tiene su inicio en la infancia y dura toda la vida. Este se caracteriza por la presencia de afectación social, comportamientos estereotipados, intereses restringidos, alteraciones cognitivas y de la comunicación verbal y no verbal, conductas autolesivas, etc., se tomará en cuenta que cada cuadro de autismo es diferente. Además, el TEA presenta comorbilidades con varios trastornos del neurodesarrollo como son: trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDHA), trastornos del lenguaje, trastorno de conducta desafiante, trastornos del aprendizaje, entre otros, por lo tanto, es importante descartar estas comorbilidades antes de establecer un diagnóstico de TEA, debido a que si se lo establece en los primeros años es más probable que puedan llevar una mejor calidad de vida.
- El diagnóstico de las manifestaciones psicosociales que se presentan en los niños con Trastorno de Espectro Autista en función a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI), se observó al comparar las manifestaciones psicosociales del trastorno del espectro autista en función a la edad del centro Neurocognitivo integral (CENI) se tomó en cuenta la primera y segunda infancia y mediante los resultados obtenidos se identificó que la afectación social de los niños y niñas evaluados presentan una mayor gravedad en su diagnóstico en edades tempranas como son de 2 a 5 años dado que a esta edad se manifiestan los primeros hitos del desarrollo y por ende aparecen las primeras sintomatologías propias del autismo. A través de la aplicación del ADOS-2 se evidencia que los niños del centro Neurocognitivo integral CENI presentan niveles de autismo entre leve, moderado y severo. No obstante, es evidente que la gran mayoría está en un nivel de autismo moderado es éste el grado 2 lo que significa que necesitan ayuda notable, porque se encuentran alteraciones sociales, comunicativas, intereses restringidos, estereotipias y dificultades en su funcionalidad diaria en ciertos contextos. Lo que muestra que estos niños tienen afectaciones psicosociales, pero son controlados a través de la asistencia este centro Neurocognitivo integral (CENI).
- La realización del análisis estadístico descriptivo y comparativo de las manifestaciones psicosociales que se presentan en los niños con Trastorno de Espectro Autista en función

a la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI), se desarrolló mediante un análisis estadístico descriptivo y comparativo entre dos rangos de edad (2-5 años y 6-12 años) y se obtuvo un valor de p de 0,011 en el ámbito psicosocial, lo que significa que hay una diferencia estadísticamente significativa en las manifestaciones psicosociales en función a la edad. Se recalcará que hubo más afectación social en el grupo de 2 a 5 años y se reafirma este resultado debido a que según autores en este rango de edad se emite el diagnóstico y se descartan comorbilidades.

RECOMENDACIONES

- En cuanto al enfoque de la investigación se recomienda basarse en un enfoque cualitativo para conocer el desarrollo evolutivo del trastorno espectro autista (TEA) y así poder caracterizar los rasgos que diferencian un caso del otro.
- Se puede recomendar en cuanto a las variables sociodemográficas que se incluyan otras características como la muestra más amplia, el sexo sea equitativo para de esta manera obtener resultados más fiables de la investigación
- Como se conoce el ADOS -2 no está adaptado a la población ecuatoriana, por lo tanto, se recomienda realizar estudios de las propiedades psicométricas en el Ecuador, para realizar una correcta utilización de los materiales que se tiene al alcance y así obtener un mejor desenvolvimiento de los mismos al momento de la aplicación.
- Durante el estudio se trabajó directamente con los niños y se excluyó a los padres, por lo tanto, se recomienda que, en futuras investigaciones, se evalué tanto a los niños como a los padres para conocer el comportamiento del niño en todos los contextos de su vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguaded, M., & Almeida, N. (2016). *El enfoque neuropsicológico del Autismo: Reto para comprender, diagnosticar y rehabilitar desde la Atención Temprana*. Revista Chilena de Neuropsicología, 11(2), 34-39. Recuperado el 03 de 10 de 2021, de <https://bit.ly/3sUTOhD>
- American Psychological Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana. Recuperado el 12 de 10 de 2021, de <https://bit.ly/3HOhwjA>
- Aragón , V. (2010). *Etiología del autismo*. Revista digital Innovación y experiencias educativas. Recuperado el 03 de 10 de 2021, de <https://bit.ly/3iRZAuV>
- Arias Gonzáles , J. L. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica para Ciencias Administrativas, aplicadas, artísticas, humanas*. Concytec, Perú. Recuperado el 29 de 8 de 2022, de [file:/// C:/ Users/ Jessy% 20Apunte/ Downloads/ AriasGonzales_TecnicasEInstrumentosDeInvestigacion_libro.pdf](file:///C:/Users/Jessy%20Apunte/Downloads/AriasGonzales_TecnicasEInstrumentosDeInvestigacion_libro.pdf)
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Howlin , P., & Van der Gaag, R. (2019). *Personas con Trastorno del Espectro Autista*. Autism Europe. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/326BAOX>
- Bonilla & Chaskel, M. (2016). *Trastorno del espectro autista*. Programa de Educación continua en Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría, 19-29. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3v4UPTF>
- Brun , J. (2013). *Comprensión del entorno familiar de los niños con autismo*. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, 22, 43-49. Recuperado el 20 de 3 de 2022, de <https://bit.ly/3JtcqLq>
- Casas , M. (1997). *Metodología de la investigación*. MCGRAW-HILL. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3ie6SZ1>

- Colino, C. (2009). *Método comparativo*. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Madrid-México: Plaza y Valdés. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/379bNZa>
- Cornelio , J. (2009). *Autismo infantil y neuronas en espejo*. Revista de neurología, 48(2), 27-29. Recuperado el 24 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/2X1gC1Q>
- Correira, S. (2013). *Autismo: Características e intervención educativa en la edad infantil*. Trabajo de Fin de Grado. Repositorio Universidad de la Rioja. Recuperado el 30 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3hGIT5J>
- Díaz , E., & Andrade , I. (2015). *El trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito - Ecuador*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 17(1), 163-181. Recuperado el 22 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3ujzcPC>
- Díaz-Anzaldúa, A., & Díaz-Martínez, A. (2013). *Contribución genética, ambiental y epigenética en la susceptibilidad a los trastornos del espectro autista*. Rev Neurol, 57(556). Recuperado el 31 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3ts2pss>
- Dorlack, T., Myers, O., & Kodituwakku , P. (2018). *Un análisis comparativo de los algoritmos ADOS-G y ADOS-2: hallazgos preliminares*. Revista de Autismo y Trastornos del Desarrollo, 48(6). Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/3qyHMK4>
- Estrella, G. (2015). *El autismo y su incidencia en los hogares de las personas que residen en el sector de Sauces 3, Guayaquil 2015*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad de Comunicación Social. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3J0MWom>
- Fabbri, M. S. (1998). *Las técnicas de investigación: la observación*. humyar. unr. edu. Recuperado el 29 de 8 de 2022, de <http://institutocienciashumanas.com/wp-content/uploads/2020/03/Las-t%C3%A9nicas-de-investigaci%C3%B3n.pdf>

- Fernández, F. (2019). *El trabajo social y el autismo (TEA) " Un enfoque en la Familia"*. Lulu.com. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3i4JgpW>
- Fowler, M. (2012). *Mrame Los Ojos/ Look at My Eyes: Los Desordenes Del Espectro Autista*. WestBow Press. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3Fxr4jf>
- González , M., Garcia , M., Vela , M., Munive, L., & Hernández, B. (2014). *Conceptos actuales sobre la etiología del autismo*. Acta pediátrica de México. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3atN9kl>
- González, J., & Pazmiño , M. (2015). *Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert*. Revista publicando, 2(1), 62-67. Recuperado el 27 de 4 de 2022, de <https://bit.ly/3r7eSAe>
- Gutiérrez Ruiz, K. P. (2019). *Características tempranas y predictores de la severidad del cuadro clínico en el trastorno del espectro autista*. CES Psicología, 12(2), 12-25. Recuperado el 3 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3KGkFUd>
- Hervás , A. (2016). *Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista*. Revista Neurología, 62(1), 9-14. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/36ZZYoA>
- Hervás Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado , M. (2017). *Los trastornos del espectro autista (TEA)*. Pediatría integral, 21(2), 92-108. Recuperado el 23 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3MOoOa7>
- Hervás, A. (2017). *Desregulación emocional y trastornos del espectro autista / Emotional dysregulation and autism spectrum disorders*. Rev. neurología, 64(1). Recuperado el 23 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3JusQTL>

- Hervás, A., & Rueda, I. (2018). *Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro*. Revista de neurología, 66(1), 31-38. Recuperado el 31 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3NaQzu0>
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sánchez, L. (2012). *Los Trastornos del Espectro Autista*. Pediatría Integral, 16(10), 780-794. Recuperado el 28 de 08 de 2022, de [https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-12/los-trastornos-del-espectro-autista/#:~:text=A%20los%20meses%2C%20los,edad\(7%2D9\)](https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-12/los-trastornos-del-espectro-autista/#:~:text=A%20los%20meses%2C%20los,edad(7%2D9))
- Hidalgo, D., & Araujo, E. (2018). *Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (M-CHAT) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo*. Rev Psicol Hered, 11, 12-22. Recuperado el 20 de 03 de 2022, de <https://bit.ly/3CWMTrk>
- Insrán, M. (2021). *Intervención de la Terapia Ocupacional en las Actividades de la Vida Diaria en niños de 3 a 6 años con Trastorno del Espectro Autista en el Centro de Rehabilitación Neurológica Infantil*. Revista Científica UCMB, 1(1). Recuperado el 23 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3iQTvye>
- Lara, M. (2016). *Trastorno del espectro autista su comorbilidad y estrategias de atención*. Revista nacional e internacional de educación inclusiva, 9(2). Obtenido de <https://bit.ly/3iRUfDT>
- López, C., & Larrea, M. (2017). *Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención*. Revista Ecuatoriana de Neurología, 26(3). Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3ysgJlj>
- López, L., Hernández, L., Peña, B., De la Rosa, T., & Guadarrama, P. (2019). *Trastorno del espectro autista: una revisión para el médico de primer nivel de atención*. Atención Familiar, 26(4), 150-157. Recuperado el 30 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3oXi400>

- López, P. (2004). *Población muestra y muestreo*. Punto cero, 9(8), 69-74. Recuperado el 22 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3c5nG1g>
- Lord, C., Rutter, P., Dilavore, P., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2015). *Escala de observación para el diagnóstico del autismo, "ados" (adaptación española)*. Madrid: tea Ediciones. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/30k8X04>
- Málaga, I., Blanco Lago, R., Hedrera-Fernández, A., Álvarez, N., Oreña-Ansonera, V., & Baeza-Velasco, M. (2019). *Prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias*. Medicina (Buenos Aires), 79(1), 4-9. Recuperado el 30 de 8 de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0025-76802019000200003
- Martínez González, A. E., & Piqueras Rodríguez, J. A. (2017). *Conductas repetitivas en personas con trastorno del espectro autista: Relación con los antecedentes familiares y el tratamiento farmacológico*. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva, 10(1), 199-210. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/3LM82r0>
- Montagut, M., Romero, R., Fernández, M., & Pastor, G. (2018). *Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión*. Escritos de Psicología (Internet), 11(1), 42-54. Recuperado el 28 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/35Qtf3V>
- Montiel-Nava, C. (2013). *Evaluación de los Trastornos del Espectro Autista*. ReseachGate, 4(1), 69-83. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/3oqfIpu>
- Mora Matallana, M. A., & Castañeda Ibañez, N. N. (2017). *Evaluación neuropsicológica en miembros de una familia con mutación de novo para la enfermedad de Fabry en Bogotá, Colombia*. TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE PSICÓLOGA. Repositorio institucional UNIMINUTO, Bogotá. Recuperado el 31 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3MJibFY>

- Morales , P., Doménech, E., Jane, M., & Canals, J. (2013). *Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: prevalencia, sintomatología co-ocurrenre y desarrollo psicosocial*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18(3), 217-231. Recuperado el 24 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3BBR1vv>
- Nuño , O. (2020). *Comorbilidad psiquiátrica en adultos con Trastorno del Espectro Autista*. Trabajo fin de Master. Repositorio Universitat Abat Oliba CEU, San Gregorio. Recuperado el 28 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3oXD6MP>
- Ortiz, J. (2006). *Guía descriptiva para la elaboración de protocolos de investigación*. Salud en Tabasco, 12(3), 530-540. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/3oqhLda>
- Páez, D., & Ayala , V. (2012). *Rompecabezas pon tu pieza por el autismo [Tesis de Grado, Universidad San Francisco de Quito USFQ]*. Repositorio Digital USFQ. Recuperado el 30 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3v1VwNB>
- Palomo , R. (2012). *Los síntomas de los trastornos del espectro de autismo en los primeros dos años de vida: una revisión a partir de los estudios longitudinalesprospectivos*. Anales de pediatría, 76(1). Recuperado el 23 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/38bnKxT>
- Pazmiño & Zurita , M. (2018). *Inclusión Social y Educativa para Niños con Trastorno del Espectro Autista*. Repositoria Universidad San Francisco de Quito, Quito. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/35DjiHc>
- Peiró , S., & Bernal-Delgado, E. (2012). *Variaciones en la práctica médica: apoyando la hipótesis nula en tiempos revueltos*. Revista española de salud publica, 86, 213-217. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/38xjqcZ>
- Puglisevich D, J. (2014). *Trastornos del espectro autista: Consideraciones evolutivas y lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de intervención*. Repositorio digital. [Tesis de grado, Universidad de Chile]. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/3PAZrL9>

- Qucios, B. (19 de Enero de 2022). *guiainfantil.com*. Recuperado el 23 de 5 de 2022, de Obtenido de Etapas de la infancia. Evolución del niño en la primera infancia: <https://bit.ly/3PFnXKY>
- Quijada, C. (2008). *Espectro autista*. Revista chilena de pediatría, 79(1), 86-91. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/3Njf1ci>
- Ramos, C. (2015). *Los paradigmas de la investigación científica*. Avances en psicología, 23(1), 9-17. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3c8RCtI>
- Reyna , C. (2011). *Desarrollo Emocional y Trastono del Espectro Autista*. Revista IIPSI, 14(1), 273-280. Recuperado el 31 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3943VJI>
- Rivas-Ruiz , R., Moreno-Palacios, J., & Talavera, J. (2013). *Investigación clínica XVI. Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 51(4), 414-419. Recuperado el 30 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3orT6oz>
- Rodríguez , M., & Mendivelso, F. (2018). *Diseño de investigación de corte transversal*. Revista médica sanitas, 21(3), 141-146. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/3MXOi5D>
- Rovati, L. (12 de Septiembre de 2021). *Bebés y más*. Obtenido de <https://bit.ly/3618GST>
- Rowlands, C. (2018). *La increíble conexión intestino cerebro: descubre la relación entre las emociones y el equilibrio intestinal*. Editorial Sirio S.a. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/35VPlIt>
- Ruggieri, V. (2020). *Autismo, Depresión y Riesgo de Suicidio*. MEDICINA (Buenos Aires), 80, 12-16. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/31N2YSB>
- Ruiz, A., & Morillo , L. (2004). *Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada*. Ed. Médica Panamericana. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/3qismZh>

- Scharager, J., & Reyes, P. (2001). *Muestreo no probabilístico*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, 1, 1-3. Recuperado el 22 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3vNJrhk>
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). *Revisión de Diseños de Investigación Resaltantes para Enfermería. Parte 1: Diseño de Investigación Cuantitativa*. Rev Latino-am Enfermagem, 15(3), 502-507. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3IetC5L>
- Tabuenca García, P. (2016). *Trastorno del espectro autista (TEA)*. Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud, 149-62. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3vI1MfR>
- Tamarin, J. (2005). *Autismo: modelos educativos para una vida de calidad*. Revista de Neurología, 40(1). Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3v1hLmO>
- Toapanta, M. (2016). *Estimulación temprana en pacientes con autismo [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Ambato]*. Repositorio Digital UTA. Recuperado el 03 de 10 de 2021, de <https://bit.ly/3hJ7OV7>
- Tobon, M. (2011). *Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria?* Revista CES psicología, 5(1). Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3v1IcZo>
- Tobon, M. (2012). *Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria?* CES Psicología, 5(1), 112-117. Recuperado el 24 de 09 de 2021, de <https://bit.ly/3v1IcZo>
- Vargas Baldares, M. J., & Navas Orozco, W. (2012). *Autismo Infantil*. Revista Cúpula, 26(2), 44-58. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/3MRybWx>
- Vargas Baldares, M. J., & Navas Orozco, W. (2012). *Autismo Infantil*. Revista Cúpula, 26(2), 44-58. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/3MRybWx>

- Vázquez, A., Ramírez, É., Vázquez, J., Cota, F., & Gutiérrez, J. (2017). *Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético?* *Cirujano general*, 39(3), 175-182. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de <https://bit.ly/3CbXxsu>
- Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A., & Leo-Amador, G. (2014). *Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo*. *European Scientific Journal*, 10(15). Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3F5APUw>
- Venturini, N. (2016). *El sistema de apego en niños con trastornos del espectro autista [Tesis de Grado, Universidad de la República de Uruguay]*. Repositorio Digital. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de <https://bit.ly/3pJ6G8l>
- Viera, R. (2016). *Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno de espectro autista*. *Revista de Psicología*, 6(1), 25-48. Recuperado el 31 de 5 de 2022, de <https://bit.ly/3N95YLS>
- Waizbard-Bartov, E., Ferrer, E., S. Young, G., Heath, B., Rogers, S., Wu Nordahl, C., . . . Amaral, D. (2021). *Trayectorias del cambio en la gravedad de los síntomas del autismo durante la primera infancia*. *J Autism Dev Disord*, 51, 227-242. Recuperado el 2 de 6 de 2022, de <https://bit.ly/3N9LSAM>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. Recuperado el 12 de 10 de 2021, de <https://bit.ly/36UInha>
- Yañez, G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: Diagnóstico, evaluación e intervención*. Editorial El Manual Moderno. Recuperado el 03 de 10 de 2021, de <https://bit.ly/34NBYDO>

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIÓN



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Sede
Ambato

PROYECTO DE TITULACIÓN

Manifestaciones Psicosociales del Trastorno Espectro Autista en Función a la Edad

Ambato, 18 de octubre de 2021

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Srta. Mtr. María Alejandra Medina

Junto con saludarla, me dirijo a Ud. con el propósito de solicitarle autorización para llevar a cabo en su establecimiento Centro Neurocognitivo Integral (CENI) un estudio referido a las "Manifestaciones Psicosociales del Trastorno Espectro Autista en Función a la Edad", llevado a cabo por Jessica Mercedes Apunte Gutiérrez estudiante de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato, durante el periodo 2021 – 2022. El objetivo general de mi investigación es: Comparar las manifestaciones psicosociales de los niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista en función de la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI) y los centros en convenio. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para la participación en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración del presente estudio corresponde a un proyecto que me permitirá obtener el título de Psicóloga Clínica. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información extraída de los niños y niñas pertenecientes a su establecimiento. Así mismo, en caso que lo crea conveniente, usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido.

Por tanto, llene esta carta de consentimiento, firmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla a la directora de esta investigación.

Agradeciendo de antemano su valiosa cooperación, le saluda cordialmente

Jessica Apunte

Mtr. María Alejandra Medina



ANEXO 2. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO TUTORES**PROYECTO DE TITULACIÓN****Manifestaciones Psicosociales del Trastorno Espectro Autista en Función a la Edad**

Ambato, 18 de octubre de 2021

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.....

Por medio del presente solicitaría su autorización para incluir a su hijo como participante de mi investigación: “Manifestaciones Psicosociales del Trastorno Espectro Autista en Función a la Edad”, llevado a cabo por parte de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato, durante el periodo 2021 – 2022. El objetivo general de mi investigación es: Comparar las manifestaciones psicosociales de los niños con Trastorno del Espectro Autista en función de la edad del Centro Neurocognitivo Integral (CENI) y los centros en convenio. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para la participación en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración del presente estudio no le quitará mucho tiempo. Su participación será anónima, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún lugar. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo crea conveniente, usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido.

Por tanto, si usted acepta participar, llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla a la directora de esta investigación.

Estoy de acuerdo en participar en la investigación

Nombre del participante: _____

CDI: _____

Firma del tutor del participante: _____

ANEXO 3. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Presentación: Se realiza una investigación sociodemográfica de los cuidadores primarios de niños diagnosticados con autismo, la información es confidencial y se utilizará exclusivamente con fines académicos.

Instrucciones: Lea detenidamente las indicaciones y marque con una X según corresponda.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombres y Apellidos del Tutor a cargo:	
Edad:	Lugar de nacimiento:
Sexo:	Fecha:
Nacionalidad:	

Estado Civil	Soltero/a	<input type="checkbox"/>
	Casado/a	<input type="checkbox"/>
	Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
	Viudo/a	<input type="checkbox"/>
	Unión de hecho	<input type="checkbox"/>
Nivel socioeconómico:	A(alto)	<input type="checkbox"/>
	B(medio alto)	<input type="checkbox"/>
	C+(medio típico)	<input type="checkbox"/>
	C-(medio bajo)	<input type="checkbox"/>
	D(bajo)	<input type="checkbox"/>
Origen étnico:	Mestizo	<input type="checkbox"/>
	Indígena	<input type="checkbox"/>
	Afro	<input type="checkbox"/>
	Blanco	<input type="checkbox"/>
Nivel de estudios realizados	Educación Inicial	<input type="checkbox"/>
	Educación Básica	<input type="checkbox"/>
	Educación Superior	<input type="checkbox"/>
Situación laboral	Empleo	<input type="checkbox"/>
	Desempleo	<input type="checkbox"/>

	Subempleo <input type="checkbox"/>
Número de hijos	Nº <input type="checkbox"/> Edades
Lugar de Procedencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Quienes viven con usted	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especifique
Quien es el sustento económico del hogar	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique
Qué relación tiene usted con el niño/a que es atendido en la institución	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique
Quien le ayuda con el cuidado del niño/a	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/>

	Otros () Especifique
--	--------------------------

Datos sobre el niño/a	
Nombres y Apellidos	
Edad	

Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Diagnósticos recibidos	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/>
A qué edad recibió su primer diagnóstico	2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 4 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/> 6 años <input type="checkbox"/> 7 años <input type="checkbox"/> 8 años <input type="checkbox"/> 9 años <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 11 años <input type="checkbox"/> 12 años <input type="checkbox"/> Otros__
Con que frecuencia asiste a terapia	1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 o más veces por semana <input type="checkbox"/>
Hace que tiempo recibió el diagnóstico	Menos de 1 año <input type="checkbox"/> Más de 1 años <input type="checkbox"/> Especifique el año__
Nivel de severidad	Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>
Recibe otro tipo de tratamiento	Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapéutico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psicopedagógico <input type="checkbox"/>

	Otro () Especifique _____
--	-------------------------------

ANEXO 4. ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE AUTISMO (ADOS)

INSTRUMENTO PARA APLICAR ADOS-2 HABLA CON FRASES

Indicaciones: La evaluadora realizara las siguientes actividades para la identificación de características de Autismo

Observación y codificación	Datos de identificación Identificación: __ __Sexo: Varón
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tarea de construcción 2. Respuesta al nombre 3. Juego simbólico 4. Juego interactivo conjunto 5. Conversación 6. Respuesta a la atención conjunta 7. Tarea de demostración 8. Descripción de una imagen 9. Contar una historia de un libro 10. Juego libre 11. Fiesta de cumpleaños 12. Merienda 13. Anticipación de una rutina con objetos 14. Juego con burbujas 	

_____Mujer_____

Fecha de evaluación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad cronológica: _____

Examinador: _____

Información adicional: _____

Observación

Nota: La iniciación de la atención conjunta requiere un cambio espontáneo de la mirada de tres puntos entre el objeto y la persona con el único propósito de compartir el interés o el disfrute (puede implicar o no el gesto de señalar)

Un cambio de la mirada de tres puntos requiere que el niño mire al objeto, mire a la persona (con el objeto de captar su mirada y de dirigirla al objeto) y después vuelva a mirar al objeto, o bien que el niño mire primero a la persona, luego al objeto y después mire de nuevo a la persona.

1. Tarea de construcción

Aspecto a observar:

- ¿El niño indica que necesita más piezas?

Si es así ¿cómo intenta hacerlo? (p. ej. ¿pasa por encima del brazo del examinador para alcanzar él mismo las piezas? ¿Hace alguna vocalización o gesto o establece contacto visual?). ¿El niño dirige sus emociones hacia los demás?

- Coloque las piezas restantes fuera del alcance del niño, al otro lado de su brazo, de manera que él tenga que estirarse por encima de su brazo para alcanzar las piezas (o tenga que preguntar por ellas).
- Muestre y diga al niño dónde están localizadas las piezas, y anímele inicialmente a pedir más cuando las necesite

Aspectos a observar:

- Observe y evalúe la consistencia de la respuesta del niño a la jerarquía de presiones
- ¿Qué sonidos y acciones tendrá que hacer usted o el familiar para conseguir captar la atención del niño?
- ¿Cómo responde el niño?

¿Establece contacto visual?

¿Mira su cara o en su dirección o mira al familiar o cuidador o en su dirección?

Jerarquía de presiones

1. Llame al niño por su nombre hasta cuatro veces.
 - Si el niño emite una respuesta oral apropiada sin establecer contacto visual con usted tras una de las dos primeras presiones, comience la tarea otra vez con cuatro nuevos intentos de llamar al niño por su nombre
2. Pida al familiar o cuidador que llame al niño por su nombre hasta DOS veces
3. Pida al familiar o cuidador que diga otras palabras o que haga un ruido o sonido familiar (esto puede hacerse sugiriendo de alguna manera el contacto físico, pero en este momento no incluiría tocar al niño)

3. Juego simbólico

Aspectos a observar:

- ¿Hasta qué punto el niño produce secuencias de acciones imaginativas que impliquen el uso de los materiales más allá de su intención más obvia?
- ¿El niño maneja los muñecos como seres animados y simula que interactúan entre ellos? ¿Cómo lo hace?
- ¿El niño exhibe algún interés repetitivo o sensorial en los materiales?
- Observe las iniciaciones sociales, el lenguaje espontáneo, las expresiones faciales, los gestos y cómo reacciona el niño a las acciones del examinador

4. Juego interactivo conjunto

Aspectos a observar:

- Observe la reciprocidad y el disfrute compartido mostrados por el niño en el juego interactivo. El objetivo es que el niño (y no el examinador) desarrolle la interacción y que brinde una iniciativa novedosa que vaya más allá de una respuesta directa a las propuestas o iniciaciones del examinador
- ¿El niño es capaz de sugerir ideas para el juego?
- ¿El niño es capaz de seguir y de participar en las propuestas del examinador sobre lo que podría suceder en la secuencia de juego?

5. Conversación Aspectos a observar:

- ¿Hasta qué punto el niño construye una conversación a partir de los comentarios del examinador, hace preguntas y realiza afirmaciones para facilitar una conversación recíproca?

6. Respuesta a la atención conjunta Aspecto a observar:

- ¿El niño sigue un cambio simplemente de la mirada o sigue un cambio de la mirada cuando está acompañado de un gesto de señalar con el dedo?
- Preste atención a los comportamientos del niño cuando esté jugando con el juguete a control remoto, incluyendo el contacto visual, las vocalizaciones, las peticiones, el disfrute compartido, las iniciaciones de la atención conjunta y el juego de ficción (p. ej. Abrazar o besar al conejo).

Jerarquía de presiones

1. Oriente el cuerpo del niño hacia su rostro, si es posible
 - a. Deben realizarse hasta CINCO intentos para atraer la atención del niño hacia su cara (la del examinador) antes de aplicar la actividad.
 - b. Si no se consigue captar la atención del niño, debe proceder con la jerarquía de presiones, incluyendo la activación del juguete.
2. Diga, (nombre del niño), ¡mira! (haciendo un gesto exagerado con la mirada).
3. Diga, (nombre del niño), ¡mira eso! (haciendo un gesto exagerado con la mirada), hasta DOS veces
4. Diga, (nombre del niño), ¡mira eso! (haciendo un gesto exagerado con la mirada y señalando con el dedo), hasta DOS veces.

- ¿El niño representa acciones cotidianas usando gestos?

Si es así, ¿cómo lo hace?

- ¿El niño utiliza su cuerpo para representar un objeto (p. ej., un dedo como cepillo de dientes) o simula el uso de un objeto imaginario?
- Evalúe la narración que hace el niño de una acción rutinaria y la pragmática a la hora de enseñar una secuencia de acciones

8. Descripción de una imagen Aspectos a observar

- Obtenga una muestra del lenguaje espontáneo del niño y de su comunicación y hágase una idea de qué es lo que capta su interés.

9. Contar una historia de un libro Aspectos a observar

- Obtenga una muestra del lenguaje y de la comunicación espontánea del niño y hágase una idea de qué es lo que capta su interés.
- Evalúe el grado con el que el niño puede expresar la continuidad de una historia
- ¿Hasta qué punto el niño involucra a otra persona a la hora de contar una historia (p. ej., señalando cosas en el libro, dirigiéndole a usted expresiones faciales en respuesta a las imágenes del libro...)?

10. Juego libre Aspectos a observar

- ¿El niño intenta involucrar al examinador o al familiar o cuidador de manera espontáneo?

Si es así, ¿cómo lo hace?

¿Esto implica algún tipo de referencia conjunta a los objetos, tales como darlos y mostrarlos, o se limita a buscar afecto o ayuda?

¿Cómo se comunica, si es que lo hace?

- ¿El niño dirige sus emociones hacia los demás?

¿Cómo las expresa?

- ¿Explora los materiales, tanto simbólica como funcionalmente?
- ¿Permanece involucrado en las actividades, “revolotea” cambiando rápidamente de un objeto a otro o se engancha en acciones repetitivas?

11. Fiesta de cumpleaños

Aspectos a observar

- Evalúe el interés y la habilidad del niño para integrarse en el “guion” de la fiesta de cumpleaños de la muñeca.
- ¿El niño trata a la muñeca como una representación de un ser animado?
- ¿El niño contribuye espontáneamente en la representación de la fiesta?

Si no es así, ¿el niño imita espontáneamente las acciones del examinador o participa cuando se le pide que lo haga o cuando se le dirige?

Preste atención al disfrute compartido, a las iniciaciones y a la reciprocidad

12. Merienda Aspectos a observar

- ¿El niño indica preferencia por una comida y la pide? Si es así, ¿cómo lo hace?
- ¿Cómo utiliza la mirada, los gestos, las iniciaciones, las expresiones faciales y las vocalizaciones para comunicar una petición al examinador y para realizar iniciaciones sociales?
- ¿El niño enseña su merienda al familiar o cuidador o intenta dar de comer a los adultos de la habitación o compartir la comida con ellos?

13. Anticipación de una rutina con objetos Aspecto a observar

- ¿Observe las emociones y la iniciación de atención conjunta por parte del niño, el disfrute compartido, las peticiones y las conductas motoras, especialmente los manierismos repetitivos?

14. Juego con burbujas Aspectos a observar:

- Observe las emociones, la iniciación de la atención conjunta, el disfrute compartido, las peticiones y la conducta motora provocada mientras las burbujas están presentes.
- ¿El niño muestra algún comportamiento sensorial o movimiento inusual?

Codificación

- Los códigos generales que se asignan en esta sesión estarán se complementa de acuerdo al comportamiento mostrado por el niño a lo largo de toda la sesión de evaluación.
- Los códigos se incluirán solo la conducta observada directamente durante la aplicación de ADOS-2 y no estarían basados en el comportamiento informado u observado en otros contextos (p. eje... en las declaraciones de los padres)
- Si el comportamiento del niño cambia cualitativamente después de un breve periodo inicial de adaptación. Los códigos estarán basados en el periodo posterior. Donde ya se ha estabilizado el comportamiento.
- Los códigos tendrán asignarse inmediatamente después de la evaluación.
- Los códigos se organizan en 5 grupos principales: “A. Lenguaje y comunicación”. “B. Interacción social recíproca”. “C. Juego”. “D. Comportamientos estereotipados e intereses restringidos” y “E. Otros comportamientos anormales”.

A. Lenguaje y Comunicación

A menos que se indique lo contrario, se codificará el comportamiento de acuerdo con las expectativas correspondientes a la edad cronológica, no en comparación con el nivel de desarrollo o de habilidades de lenguaje expresivo estimados.

A1. Nivel general de lenguaje oral no ecológico

Este ítem codifica la complejidad del lenguaje expresivo espontáneo que se produjo durante la sesión. Esta codificación debe reflejar la mayoría de las verbalizaciones, no las más complejas.

0 = Habla con frases no ecológicas de tres o más palabras por verbalización; algunos marcadores gramaticales tales como plurales o tiempos verbales.

1 = El habla consiste principalmente en verbalizaciones de dos o tres palabras, con poco o ningún marcador gramatical.

~~2 = El uso de frases es ocasional, generalmente utiliza palabras sueltas~~

~~3 = Únicamente palabras sueltas o toda el habla es ecológica (inmediata o~~
~~(entonación/volumen/ritmo/velocidad)~~

Este ítem se centra en las normalidades del habla características del autismo. Debido a la diversidad que existe dentro del espectro autista, los patrones del habla que son inusuales en entonación, volumen, ritmo o velocidad (no articulación), pero que no son prototípicamente autistas, se codificarán como

1. Codifique este ítem de acuerdo al nivel del lenguaje expresivo del niño.

0 = Entonación que varía adecuadamente, volumen razonable y velocidad normal del habla, con un ritmo regular coordinado con la respiración.

1 = Poca variación de timbre y tono; más bien entonación plana o exagerada, pero no claramente peculiar; o volumen levemente inusual; o habla que tiende a ser inusual lenta, rápida o espasmódica (como a saltos).

2 = Habla que es claramente anormal por CUALQUIERA de las siguientes razones: lenta y entrecortado e irregular (distinto al tartamudeo típico); entonación rara o timbre y acento inapropiados; marcadamente plana o carente de matrices (mecánica); volumen consistentemente anormal.

7 = Tartamudeo u otro trastorno de la fluidez verbal (si también, existe una entonación rara, codifique 1 o 2 según corresponda).

8 = El habla no tiene la suficiente frecuencia o complejidad como para evaluar su entonación, ritmo o velocidad.

A3. Ecolalia Inmediata

La ecolalia inmediata se define como las repeticiones inmediatas que hace el niño de la última emisión o serie de emisiones realizadas por el familiar o cuidador o por el examinador. No se incluyen aquí las repeticiones de afirmaciones que conducen a una respuesta a una pregunta del examinador o que se utilizan como técnica mnemotécnica en tareas específicas.

0 = No repite el habla de otra persona

1 = Eco ocasional del lenguaje

2 = Repite palabras o frases con regularidad, pero también, muestra algo de lenguaje espontáneo, el cual puede ser estereotipado.

A4. Uso estereotipado o idiosincrásico de palabras o frases

En este ítem se incluye la ecolalia demorada y otras vocalizaciones muy repetitivas con patrones de entonación uniformes. El niño puede estar intentando transmitir algún significado con estas palabras o frases y pueden ser apropiadas a la conversación hasta cierto punto. Este ítem se centra en la característica estereotipada o idiosincrásica de las frases o en el uso inusual de palabras o en la formación de verbalizaciones y en su asociación arbitraria con algún significado en particular. Los neologismos y las referencias a uno mismo por el nombre deben codificarse dentro de este ítem, así como las evidencias claras de errores en el uso de los pronombres personales (p. ej., decir tú o él queriendo decir yo). Realice la valoración de acuerdo al nivel de lenguaje expresivo del niño.

0 = Nunca o casi nunca usa palabras o frases estereotipadas o idiosincrásicas.

1 = El uso de palabras o frases tiene a ser más repetitivo que en la mayoría de los niños con el mismo nivel de lenguaje expresivo, pero no es claramente raro; u ocasionalmente produce vocalizaciones estereotipadas o hace uso de palabras raras;

A5. Conversación

Este es un ítem resumen que se centra en el uso de palabras y frases de manera recíproca en una conversación social. Codifique este ítem de acuerdo al nivel de lenguaje expresivo del niño. Codifique la evidencia (o carencia) de reciprocidad no verbal en el ítem “B11. Cantidad de comunicación social recíproca”. Esta codificación considerará todas las oportunidades de conversación, no solo las mejores.

0 = La conversación fluye, construyéndose sobre el dialogo del examinador. Esta codificación requiere que gran parte del habla del niño brinde tanto una repuesta al habla del examinador como algo de conversación adicional (no necesariamente una pregunta) que se construya sobre lo que se acaba de decir y que permita una respuesta por parte del examinador (esto es, al menos secuencias de cuatro elementos: el examinador inicia la conversación, el niño comenta, el examinador responde, el niño responde a la respuesta del examinador).

1 = Parte del habla del niño incluye algo de elaboración espontánea de las propias respuestas del niño para el beneficio del examinador o da pie a que el examinador pueda seguir la conversación, pero o bien la cantidad es menor a la esperada para el nivel de lenguaje expresivo del niño, o bien es limitada en cuanto a la flexibilidad.

2 = Poca conversación recíproca sostenida por el niño; puede seguir su propio pensamiento más que participar en un intercambio; puede realizar algún ofrecimiento espontáneo de información o realizar comentarios, pero con una escasa sensación de reciprocidad.

3 = Escasa habla comunicativa espontánea (aunque pueda haber mucha habla ecológica o no comunicativa). Este código puede aplicarse a aquellos niños que emiten algunas respuestas limitadas a las iniciaciones de conversación por parte del examinador, aunque muy escasas.

A6. Señalar

Este ítem describe la acción de señalar que tiene un propósito social y que está visualmente dirigida, lo que incluye señalar con el propósito de expresar interés (más que para pedir). El término “a distancia” en este caso implica señalar sin tocar ni intentar tocar un objeto (el objeto debe estar a más de 5 cm de distancia).

0 = Señala con el dedo índice para mostrar una referencia dirigida visualmente (mirada coordinada al objeto y a la persona) a un objeto que está a distancia para expresar interés.

1 = Señalar para referirse a objetos y expresar un interés, pero sin la suficiente flexibilidad como para darle un código de 0 (p. ej., ausencia de coordinación de la mirada con el señalamiento a distancia, aunque pueda vocalizar); o produce una aproximación a la acción de señalar (coordinada con mirada o vocalización) en vez de señalar con el dedo índice; o coordina la mirada o la vocalización

A7. Gestos descriptivos, convencionales, instrumentales o informativos

Este ítem está centrado en el uso de gestos descriptivos que representan un objeto o una actividad (tales como actuar como si enjuagara un cepillo de dientes o mostrar cómo gira en el aire una montaña rusa). Los gestos que son convencionales (p.ej., aplaudir para expresar “bien hecho”). Informativos o instrumentales (p.ej., encoger los hombros, asentir o sacudir la cabeza) recibirán una puntuación parcial. Cuando realice esta valoración excluya la acción de señalar o los gestos enfáticos (p. ej., “golpecitos” que acompañan al habla), pero incluya los comportamientos que se produzcan durante la “Tarea de demostración” y a lo largo de toda la sesión de evaluación con el ADOS-2. El aspecto fundamental es observar cómo el niño utiliza gestos antes de que se le anime o se le pida que los haga o qué gestos incorpora el niño mientras responde a una descripción solicitada (p. eje., simular que escupe después de haber demostrado cómo utilizar un cepillo de dientes, tal y como se le pidió).

0 = Uso espontáneo de varios gestos descriptivos. Estos gestos pueden ser típicos o idiosincrásicos, pero serán comunicativos. Puede usar además gestos convencionales o instrumentales.

1 = Algún uso espontáneo de gestos descriptivos, pero exagerados, poco variados o que se producen en pocos contextos (p. ej., ocurre solo durante la “tarea de demostración”); o uso frecuente de gestos convencionales o instrumentales, pero poco o ningún uso de gestos descriptivos.

2 = Algún uso espontáneo de gestos informativos, convencionales o instrumentales, pero uso excepcional o ningún uso de gestos descriptivos.

3 = Ausencia o uso muy limitado de gestos convencionales, instrumentales, informativos o descriptivos. Incluye agarrar y alcanzar con fines comunicativos.

8= N/A (p. ej., limitado por alguna dificultad motora severa)

B. Interacción social recíproca

Codifique en comparación con su nivel de edad mental no verbal

B1. Contacto visual inusual

La codificación de este ítem requiere que se distinga entre la mirada apropiada que es inequívoca, flexible, modulada socialmente y que se utiliza para varios propósitos, y la que es limitada por ser pocoflexible, inapropiada o por utilizarse en pocos contextos. Si el niño es tímido al comienzo, pero su mirada cambia marcada y consistentemente a medida que se va sintiendo más cómodo, no codifique las primeras impresiones acerca de su contacto visual. Sin embargo, si el contacto visual no mejora, la codificación se debe basar en lo observado, a pesar de que el niño parezca tímido. No codifique el contacto visual que se produce entre el niño y otros adultos distintos al examinador que estén presentes en la sala de evaluación.

0 = Mirada apropiada con cambios sutiles, entremezcladas con otros tipos de

B2. Expresiones faciales dirigidas o otros

La codificación de este ítem debe indicar si las expresiones faciales del niño están dirigidas a otra persona con la intención de comunicar emociones (p. eje., disfrute o frustración) o cogniciones (p. eje., desconcierto o escepticismo). Las expresiones faciales que se dirigen a objetos o que no están dirigidas a algo en particular no se codifican aquí. Codifique las expresiones faciales apropiadas o ligeramente exageradas si ocurrieran, aunque haya también, expresiones extrañas.

0 = Dirige al familiar o cuidador o al examinador diversas expresiones faciales apropiadas con la intención de comunicar estados emocionales o cognitivos.

1 = Dirige algunas expresiones faciales al examinador o al familiar o cuidador (p.ej., únicamente dirige a las demás expresiones que indican emociones extremas, u ocasionalmente dirige una variedad más amplia de expresiones). Se

B3. Disfrute compartido durante la interacción

Codifique las muestras de disfrute que el niño emita durante cualquiera de las actividades o presiones. Este ítem no se debe utilizar para indicar el estado emocional general del niño durante la evaluación. La codificación se aplica a la habilidad del niño de demostrar o expresar disfrute al examinador, no limitarse simplemente a interactuar o reaccionar.

0 = Da muestras claras de disfrute con el examinador que son adecuadas al contexto y que ocurren en más de una actividad. Debe incluir disfrute en al menos una actividad que no sea de naturaleza puramente física (p. ej., no codifica durante las cosquillas).

1 = Muestra cierto disfrute adecuado al contexto en las interacciones con el examinador; o proporciona una muestra clara de disfrute dirigida al examinador durante una sola interacción (puede ser de naturaleza física).

2 = Muestra escaso o nulo disfrute en la interacción con el examinador pero

B4. Respuesta al nombre

Este ítem codifica la respuesta del niño cuando escucha su nombre durante una presión concreta. Una respuesta completa implica orientarse hacia la persona que lo llame por su nombre y establecer contacto visual con ella. Se especifica el número de presiones, a medida que se brindan oportunidades aumenta la probabilidad de que el niño responda.

Si el niño verbaliza adecuadamente sin establecer contacto visual en respuesta a cualquiera de las dos primeras presiones del examinador, se empezaría de nuevo la jerarquía de presiones y no se codificaría la presión o presiones iniciales (es decir, la primera presión del examinador tras reiniciar la actividad después de una respuesta oral se considera la primera presión del examinador en la codificación).

0 = Mira hacia el examinador y establece contacto visual inmediatamente en, por lo menos, uno de los dos primeros intentos hechos por el examinador.

1 = Mira hacia el familiar o cuidador y establece contacto visual después del primer o segundo intento de llamarle solo por su nombre; o establece contacto visual con el examinador tras el tercer o cuarto intento del examinador de llamarle solo por su nombre.

2 = No establece contacto visual con el examinador o el familiar o cuidador inmediatamente después de la mirada brevemente (sin contacto visual); o cambia la orientación de la mirada con cierto retraso; o mira al menos una vez cuando se hace una vocalización o verbalización que le resulte interesante o familiar (p. ej., chasquidos con la lengua)

3 = No mira hacia el examinador o el familiar o cuidador después de cualquier intento puramente verbal u oral para intentar conseguir su atención.

B5. Mostrar

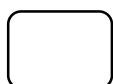
Mostrar se define como orientar o colocar de manera deliberada un objeto donde sea visible para otra persona, sin el propósito aparente de conseguir ayuda o de participar en una rutina. Para obtener el código 0 debe ir acompañado de contacto visual, pero no se requiere vocalización.

0 = Muestra espontáneamente juguetes u objetos durante la evaluación con el ADOS-2, sosteniéndole delante de un adulto y estableciendo contacto visual con osin vocalización.

1 = Muestra juguetes u objetos de una manera parcial o inconsciente (p. ej., sostiene un objeto o lo coloca delante de un adulto sin coordinarlo con el contacto visual; o mira al objeto que tienen en sus manos y se lo da a otra persona son

B6. Iniciación espontánea de la atención conjunta

Este ítem codifica los intentos por parte del niño de llamar la atención de otra persona hacia objetos que ninguno de los dos está tocando y que están claramente fuera del alcance. No incluye intentos que tengan como propósito pedir algo.



0 = Usa el contacto visual integrado claramente para dirigir la atención de un adulto hacia un objeto que está fuera del alcance mirando primero al objeto, luego al examinador o familiar y nuevamente al objeto; o mostrando un cambio de mirada de tres puntos empezando por el examinador o familiar. El contacto visual puede estar integrado con la acción de señalar o con alguien vocalización. Un ejemplo claro es suficiente para asignar código.

1 = Hace referencias parciales a un objeto que está claramente fuera del alcance con el fin de dirigir la atención de un adulto. Puede mirar y señalar el objeto de manera espontánea o vocalizar algo, pero no coordina ninguna de estas dos

B7. Respuesta a la atención conjunta

Este ítem codifica la respuesta del niño al uso que hace el examinador de la mirada o de la acción de señalar para dirigir su atención a un objeto que está distante. La codificación no se debe ver afectada por el nivel de comprensión del lenguaje que tenga el niño (este debe seguir la dirección en la que el examinador está mirando o señalando el examinador, pero no es necesario que entienda lo que es).

0 = Usa la orientación de los ojos y la cara del examinador como único estímulo para mirar hacia lo indicado, sin que haya necesidad de señalar. El niño debe seguir la mirada del examinador y girar la cabeza o los ojos en esa dirección después de ver al examinador haciéndolo; no es necesario que consiga llegar a ver un objeto en sí.

B8. Características de las indicaciones sociales

Este es un ítem resumen que se centra en las características de los intentos por parte del niño de iniciar una interacción social con el examinador, no en la frecuencia con que ocurren. Se prestará especial atención a la forma en que se producen las iniciaciones y a su adecuación al contexto social. Asigne el código en función de la mayoría de las indicaciones sociales hacia el examinador, y no simplemente de los mejores. No codifique los comportamientos con familiares o cuidadores.

0 = Uso efectivo de formas verbales y no verbales con la intención de realizar iniciaciones sociales claras hacia el examinador. Estas iniciaciones serán apropiadas a los contextos inmediatos.

1 = Las iniciaciones sociales tienen características ligeramente inusuales. Asigne este código si estas iniciaciones se restringen a demandas personales o si están relacionadas con los propios intereses del niño, pero con alguna intención de implicar al examinador en esos intereses.

2 = Al menos una minoría importante de iniciaciones inapropiadas; muchas iniciaciones carecen de integración en el contexto o de una naturaleza social. Asigne este código si el niño hace referencia a preocupaciones, pero hace pocos intentos de involucrar al examinador en ellas.

3 = No hay iniciaciones sociales de ningún tipo.

B9a. Cantidad de iniciaciones sociales/mantenimiento de la atención: examinador

Este ítem se centra en el número de los intentos que hace el niño para captar, mantener o dirigir la atención del examinador; o para dirigir la atención del examinador hacia objetos o acciones interesantes para el niño. La codificación de este ítem puede incluir palabras y vocalizaciones o comportamientos no verbales siempre que no estén relacionados con preocupaciones ni conseguir objetos, si no que parezcan funcionar principalmente como un medio para establecer contacto social. Este ítem no incluye peticiones de ayuda ni de objetos en el caso del código 3.

0 = Intentos frecuentes de captar o mantener la tensión del examinador o de dirigirla hacia objetos o de acciones interesantes para el niño.

1 = Algunos intentos de captar, mantener o dirigir la atención del examinador como se describe para el código 0, pero que se observan con escasa frecuencia o en pocas actividades diferentes.

2 = Realiza intentos ocasionales de captar, mantener o dirigir la atención la atención del examinador, incluyendo iniciaciones que únicamente tienen la intención de buscar consuelo.

3 = Muestra relativamente poca preocupación con respecto así el examinador presta atención o no, a menos que necesite ayuda (p.ej., inicia contacto social solo para hacer peticiones)

7 = Demandas de atención inusualmente frecuentes, intensas o excesivas.

B9b. Cantidad de iniciaciones sociales/mantenimiento de la atención: familiar o cuidador

Este ítem se centra en el número de intentos que hace el niño para captar, mantener o dirigir la atención del familiar o cuidador; o para dirigir la atención del familiar o cuidador hacia objeto o acciones interesantes para el niño. La codificación de este ítem puede incluir palabras y vocalizaciones y comportamientos no verbales siempre que no estén relacionados con preocupaciones ni con conseguir objetos, si no que parezcan funcionar principalmente como un medio para establecer contacto social. Este ítem no incluye peticiones de ayuda ni de objetos salvo el código 3.

0 = Intentos frecuentes de captar o mantener la atención del familiar o cuidador o de dirigirla hacia objetos o acciones interesantes para el niño.

1 = Algunos intentos de captar o mantener o dirigir la atención del familiar o cuidador como se describe para el código 0, pero que se observan con escasa frecuencia o en pocas actividades diferentes.

2 = Realiza intentos ocasionales de captar, mantener o dirigir la atención del familiar o cuidador, incluyendo iniciaciones únicamente con intentos de buscar consuelo.

3 = Muestra relativamente poca preocupación con respecto al familiar o cuidador presta atención o no a menos que necesite ayude (p.ej., inicia con tacto social solo para hacer peticiones).

7 = Demandas de atención inusualmente frecuentes, intensas o excesivas

8 = El familiar o cuidador no estuvo presente durante la aplicación del ADOS-2.

B10. Calidad de la respuesta social

Este ítem resumen se centra en las respuestas sociales del niño durante la evaluación del ADOS-2.

0 = Muestra una gama adecuada de respuestas que son variadas de acuerdo a las situaciones sociales y a las presiones inmediatas.

1 = Reacciona a la mayoría de los contextos sociales, pero de forma alguna limitada, socialmente embarazosa, inapropiada, inconsistente o consistentemente negativa.

2 = Respuestas extrañas, estereotipadas o respuestas muy poco variadas o que

B11. Cantidad de comunicación recíproca

Este ítem se centra en la frecuencia con la que ocurren los intercambios recíprocos a lo largo de la sesión de evaluación usando cualquier forma de comunicación. La frecuencia aquí se define tanto por el número absoluto de apariciones como por la distribución de contextos diversos. La codificación de este ítem resumen describe aspectos del comportamiento no verbal y verbal u oral que no necesariamente estarán coordinados pero que si tendrán como resultado al menos breves intercambios recíprocos. Podemos codificar las interacciones recíprocas tanto con el familiar o cuidador como el examinador.

0 = Uso extenso del comportamiento verbales o no verbales (independientemente del nivel alcanzado) para realizar un intercambio social (esto es, charlar, hacer comentarios u observaciones o tener comportamientos no verbales que parecen tener una intención de reciprocidad)

1 = Muestra alguna comunicación social recíproca (como se describe en 0) pero reducida en frecuencia o cantidad o en el número de contextos en los que se dan estos comportamientos (sin tener en cuenta la cantidad de charla no social)

2 = La mayor parte de la comunicación está orientada a objetos (p.ej., para pedir algo) o a responder preguntas., o ecológica., o tiene que ver con ciertas preocupaciones poca o ninguna reciprocidad o charla social.

3 = Escala o nula comunicación con el examinador o familiar o cuidador.

B12. Calidad general de la relación

La codificación de este ítem es una calificación resumen que refleja la valoración general del examinador sobre el nivel de compenetración establecido con el niño durante la evaluación con el ADOS-2. La calificación debe tener en cuenta sobre todo el grado en el que el examinador ha tenido que modificar su propia conducta para mantener la interacción de la forma satisfactoria.

0 = La interacción entre el niño y el examinador es agradable y apropiada dentro del contexto de la evaluación del ADOS-2.

1 = La interacción es agradable a veces, pero no de forma sostenible (p.ej., a veces se ha sentido raro o poco natural, o el comportamiento del niño ha parecido mecánico o ligeramente inapropiado).

2 = Interacción unilateral o inusual dando como resultado de manera sistemática una sesión ligeramente incómoda o una sesión que podría haber sido difícil si el

C. Juego

Codifique de acuerdo con las expectativas correspondientes a la edad cronológica, no en comparación con el nivel de desarrollo o las habilidades de lenguaje expresivo estimadas.

C1. Juego funcional con objetos

Este ítem describe el uso apropiado de juguetes o miniaturas (objetos figurados) con intención con la que se crearon. Excluya el juego que se produzca en respuesta a instrucciones dadas por el familiar o cuidador o el examinador. Codifique en el ítem "C2. Imaginación y creatividad" todo juego relacionado con la muñeca. Las miniaturas son juguetes figurados (pequeñas versiones de objetos reales). En este ítem no se codifica poner las velas en la tarta de cumpleaños.

0 = Juega espontánea con diversos juguetes de una manera convencional, incluyendo juegos apropiados con varias miniaturas o juguetes figurativos diferentes (p.ej., teléfono, camión, platos, materiales de la actividad de la fiesta de cumpleaños). No asigne este código a imitaciones, acciones provocadas por el examinador, ni a empujar simplemente el coche de juguete.

1 = Algo de juego funcional espontáneo con al menos una miniatura o juguete figurativo. No asigne este código por realizar imitaciones, por responder a peticiones directas (p.ej., "Contesta al teléfono"), por empujar el coche de juguete ni por usar los juguetes de construcción.

2 = Únicamente juega de manera adecuada con juguetes de causa y efecto o con juguetes de construcción; o juega a empujar el coche de juguete. Este código puede incluir imitar una demostración o imitar un juego más representacional con otros juguetes.

3 = No juega con los juguetes o únicamente lo hace de manera estereotipada

C2. Imaginación y creatividad

Este ítem describe el uso flexible y creativo de los objetos de manera que representan algo que vayamás allá de las propiedades físicas de los materiales (p. ej., algo más que colocar las cucharas sobre los platos de juguete simplemente). Cualquier uso que se haga de la muñeca se debe puntuar aquí, con el código que corresponda.

0 = Variedad de juegos o actividades espontáneos, ingeniosos o creativos, incluyendo el uso de la muñeca como agente de acción.

1 = Algo de juego creativo espontáneo o juego simbólico, pero poco variado.

Puede incluir alguno de los usos de la muñeca o de las figuras como agentes, pero de una manera menos flexible que si pudiera recibir una codificación de 0.

D. Comportamientos estereotipados e intereses restringidos

Codifique todos los ítems que aparecen, a continuación, sin tener como referencia el nivel de desarrollo ni las habilidades de lenguaje expresivo estimadas.

D1. Interés sensorial inusual en los materiales de juego o en las personas

Codifique en este ítem el interés del niño por aspectos sensoriales de los juguetes o del ambiente (p. ej. Olisquear, tocar y palpar texturas repetidamente, lamer, morder, meterse cosas en la boca, interés inusual fuerte por repetir ciertos sonidos o inspección visual inusual o prolongada) o los comportamientos inusuales asociados con estos.

Si el niño tiene una preocupación basada en un interés sensorial, se puede codificar aquí como un interés sensorial inusual. Por ejemplo, si muestra interés por las patas de una mesa esto se codificará en “D4. Intereses inusuales repetitivos o comportamientos estereotipados”, que se encuentra, a continuación, en este apartado. Si está interesado en las patas de una mesa y le gusta mirarlas repetidamente mientras inclina la cabeza, se tendrá codificar en “D4. Intereses inusuales repetitivos o comportamientos estereotipados” si fuese un comportamiento persistente, pero podría codificarse, también, aquí por el componente sensorial que está involucrado. Si al niño le gusta mirar las patas de la mesa, las esquinas de la habitación, las puertas del juguete de causa y efecto y las láminas de las persianas, pero no se preocupa demasiado por ninguno de estos en particular ni tampoco se mueve de forma inusual mientras lo hace, se le codificará aquí como intereses sensoriales inusuales, pero no en “D4. Intereses inusuales repetitivos o comportamientos estereotipados”.

Si la evaluación del ADOS-2 se está desarrollando en una habitación con un espejo unidireccional, mirar al espejo no se codificará como interés sensorial inusual. Las aversiones sensoriales tampoco se codifican en este módulo.

0 = No presenta intereses sensoriales inusuales ni comportamientos de búsqueda sensorial.

1 = Varios intereses sensoriales posibles no tan claros como los especificados para el código 2; o solo se observa claramente un caso de interés sensorial inusual o de comportamiento de búsqueda sensorial. Un “posible” interés sensorial estará codificado con 0.

2 = Interés evidente por elementos sensoriales de los objetos o los materiales de juego; o examen sensorial de sí mismo o de otros. Estará observarse dos o más ejemplos, los cuales pueden presentarse durante la misma actividad.

3 = Comportamientos evidentes e inusuales de búsqueda sensorial que ocurren durante al menos dos tareas o actividades diferentes y que tendrán que interferir con la evaluación del ADOS-2

D2. Manierismos de manos y dedos y otros manierismos complejos

Codifique aquí los movimientos inusuales o repetitivos o formas de poner las manos y dedos, los brazos o todo el cuerpo. Aplaudir repetidamente no se codifica en este módulo. No incluya el balanceo de cuerpo a menos que involucre más que el movimiento del torso. Tamborilear con los dedos, morderse el pulgar tampoco se codifican aquí. No es necesario que el niño no esté mirando el movimiento de sus manos o dedos para que se codifique aquí.

0 = Ninguno

1 = Manierismos inusuales o repetitivos de manos y dedos o manierismos complejos que no son tan claros como lo que se especifica para el código 2.

2 = Hay movimientos rápidos o retorcimientos de dedos evidentes; o manierismos de manos de dos complejos, estereotipias o posturas. Si son claros, pueden ser breves

D3. Conducta autolesivas

Codifique cualquier tipo de comportamiento que implique un acto de agresión hacia sí mismo, incluso cuando no sea claramente dañino.

0 = No intenta autolesionarse

1 = Autolesión dudosa o posible o autolesión infrecuente pero clara (p. ej., al menos se observa un ejemplo claro de morderse su propia mano, de tirarse del pelo, de abofetearse su propia cara o de golpearse la cabeza).

2 = Más de un ejemplo claro de autolesión, como golpearse la cabeza, abofetearse

D4. Intereses inusualmente repetitivos o comportamiento estereotipados

Codifique cualquier interés inusual repetitivo o comportamiento estereotipado, incluyendo las preocupaciones por objetos o actividades inusuales tales como las patas de una mesa o los relojes de pulsera; el uso de juguetes de manera repetitiva y no funcional tales como hacer girar ruedas, alinear cosas o abrir y cerrar los ojos de la muñeca durante más de 2 o 3 segundos; las acciones repetitivas tales como golpear cosas o ponerse los dedos en las orejas; y las rutinas insistentes o inusuales o comportamientos ritualizados tales como maneras específicas de tocar o mover objetos o la insistencia de hacer que un adulto actúe de una manera determinada. Las reacciones aversivas persistentes a los estímulos sensoriales (p.ej., el sonido que se produce cuando se toca la pistola de burbujas) que son inusuales en forma o en intensidad pueden ser codificadas aquí con el código que mejor corresponda. El código será 2 o 3 en aquellos casos en los que sea necesario retirar de la habitación los objetos que le preocupan o guardados en un armario (es decir, hacer algo más que ponerlos en el suelo u ocultarlos bajo una manta para que estén fuera de la vista).

0 = No hubo comportamientos repetitivos ni estereotipados durante la evaluación del ADOS-2

1 = Presencia de un interés o comportamiento que es repetitivo o estereotipado hasta el punto de ser inusual, incluyendo un gran interés por un juguete u objeto en particular, un interés por un objeto o actividad inusual (raro para el nivel de habilidades motoras que pese el niño), una actividad convertida en una rutina inusual o un interés claro por una parte de un objeto. Este interés claro por una parte de un objeto. Este interés o comportamiento surge durante otras actividades y no interfiere a la hora de llevar a cabo ninguno de las actividades del ADOS-2.

2 = Intereses o comportamientos claramente repetitivos o estereotipados, como se han descrito en el código anterior. Estos comportamientos constituyen una minoría sustancial de los intereses y comportamientos espontáneos del niño y pueden interferir con la capacidad del niño para completar las actividades del ADOS-2, pero es posible dirigir la atención del niño hacia otros objetos o actividades, aunque sea momentáneamente.

3 = Los intereses o comportamientos repetitivos o estereotipados, tal y como se han descrito anteriormente, constituyen la mayoría de los intereses del niño; o el niño muestra resistencia o gran angustia ante los intentos de dirigir su atención hacia otros objetos o actividades.

Especifique las preocupaciones inusuales, los rituales o los comportamientos repetitivos:

E. Otros comportamientos anormales

A menos que se indique lo contrario, codifique los siguientes ítems sin tener referencia el nivel de desarrollo ni habilidades de lenguaje expresivo estimadas.

E1. Elevado nivel de actividad

En este ítem valore si el niño se queda quieto o sentado al lado del examinador cuando se espera que lo haga, se basa en expectativas ajustadas a su nivel de desarrollo general.

- 0 = Se sienta o se queda quieto adecuadamente cuando se espera que lo haga durante la evaluación con el ADOS-2. Puede explorar la habitación como sería esperable para su nivel de desarrollo, pero no es extremadamente activo.
- 1 = Se sienta o se queda quieto cuando se espera claramente que lo haga (p.ej., durante la imitación simbólica o la fiesta de cumpleaños) en actividades distintas de la merienda, pero se mueve constantemente o se levanta del asiento.
- 2 = Inquieto; es más activo que otros niños de su mismo nivel de desarrollo.
- 3 = Se mueve sin parar y de manera enérgica de un lado al otro de la habitación, de una manera que resulta difícil interrumpir; el nivel de actividad interfiere con la evaluación.

E2. Berrinches, agresiones, comportamientos negativos o disruptivos

Este ítem incluye cualquier forma de enfado (molestia o enojo) o disrupción que vaya más allá de comunicar una leve frustración o queja.

- 0 = No se muestra enfado (molesto o enojado), disruptivo, negativo, destructivo ni agresivo durante la evaluación con el ADOS-2.
- 1 = Muestra un ejemplo leve de enfado (molestia o enojo), agresividad, negatividad o un comportamiento intencionadamente disruptivo hacia el familiar o cuidador o hacia el examinador
- 2 = Muestra más de un comportamiento intencionadamente disruptivo (p.ej., golpear los

ADOS-2**Algoritmos**

Identificación: _____ Sexo: Varon ___ Mujer ___

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de evaluación: _____

Edad cronológica: _____ Examinador: _____

Módulo 2**E3. Ansiedad**

Ansiedad implica la existencia de un recelo inicial, así como de signos de preocupación más evidentes. 0 = No hay una ansiedad evidente (p.ej., no se observan temblores, sobresaltos ni nerviosismo).

1 = Signos leves de ansiedad, especialmente al principio de la evaluación; o marcada

CONVERSIÓN DE LOS CÓDIGOS DE LOS ÍTEMS A PUNTUACIONES DE ALGORITMO

Deberá convertir los códigos asignados a los ítems a puntuaciones de algoritmo de acuerdo con las siguientes reglas:

0 ___ 0 2 ___ 2 7 ___ 0 9 ___ 0

1 ___ 1 3 ___ 2 8 ___ 0

SELECCIONE LA COLUMNA DEL ALGORITMO CORRESPONDIENTE

MENORES DE 5 AÑOS	5 AÑOS O MÁS
Edad cronológica menor de 5 años	Edad cronológica de 5 años o mas

Afectación social		
(AS) Comunicación	<input type="text"/>	
Señalar.....(A-6)	<input type="text"/>	
Gestos descriptivos, convencionales, instrumentales o informativos. (A-7)	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Interacción social recíproca	<input type="text"/>	
Contacto visual inusual.....(B-1)	<input type="text"/>	
Expresiones faciales dirigidas a otros... (B-2)	<input type="text"/>	
Disfrute compartido durante la interacción (B-3)	<input type="text"/>	
Mostrar (B-5)	<input type="text"/>	
Iniciación espontánea de la atención conjunta..... (B-6)	<input type="text"/>	
Características de las iniciaciones sociales..... (B-8)	<input type="text"/>	
Cantidad de comunicación social recíproca... (B-11)	<input type="text"/>	
Calidad general de la relación..... (B-12)	<input type="text"/>	
TOTAL AS		
Comportamiento restringido y repetitivo (CRR)		
Comportamientos restringidos y repetitivos		
Uso estereotipado o idiosincrásico de palabras o frases.....(A-4)	<input type="text"/>	
Interés sensorial inusual en los materiales de juego o en las personas (D-1) Manierismos de manos y dedos y otros manierismos complejos... .. (D-2)	<input type="text"/>	
Intereses inusualmente repetitivos o comportamientos estereotipados..(D-4)	<input type="text"/>	
TOTAL CRR		
PUNTUACIÓN TOTAL GLOBAL (AS+CRR)		

Consulte la tabla al reverso de esta página para convertir la puntuación TOTAL GLOBAL a la clasificación del ADOS-2

CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Clasificación del ADOS-2: _____