

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA**



TEMA:

PERFIL DEL DESARROLLO EN PACIENTES MENORES DE 12 AÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General

Autoras

Brown Almeida Caroline Brigith

Cangás Rivadeneyra Jessuina Fernanda

Tutor(a)

MsC. Jacqueline Alejandra Gordón Morales

QUITO – ECUADOR

2022

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN**

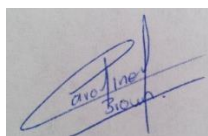
Nosotras Brown Almeida Caroline Brighth y Cangás Rivadeneyra Jessuina Fernanda declaramos ser autoras del Trabajo de Titulación con el nombre “Perfil del desarrollo en pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista”, como requisito para optar al grado de Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General y autorizamos al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, aceptamos que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre nuestra persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, aceptamos que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 11 días del mes de febrero de 2022, firmo conforme:

Autor: Brown Almeida Caroline Brighth



Firma:

Número de Cédula: 1717355596

Dirección: Pichincha, Quito, Carcelén, Av. Francisco Ruiz y Republica Dominicana

Correo Electrónico: carolinebr.198@gmail.com

Teléfono: 0983265480

Autor: Cangás Rivadeneyra Jessuina Fernanda

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Jessuina Fernanda'.

Número de Cédula: 0502938533

Dirección: Pichincha, Quito, Carcelén, Av. Jaime Roldós y Alonso López.

Correo Electrónico: jessuinafernanda@gmail.com

Teléfono: 0989251914

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación “PERFIL DEL DESARROLLO DE PACIENTES MENORES DE 12 AÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA” presentado por Brown Almeida Caroline Brigh y Cangás Rivadeneira Jessuina Fernanda, para optar por el Título de Psicóloga General

CERTIFICO

Que dicho trabajo de investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Quito, 21 de febrero del 2022



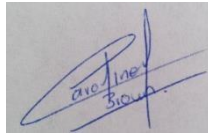
Firmado electrónicamente por:
JACQUELINE
ALEJANDRA GORDON
MORALES

.....
MsC. Jacqueline Alejandra Gordón Morales

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requerimiento previo para la obtención del Título de Psicología General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Ambato, 21-de febrero 2022



.....
Brown Almeida Caroline Bright
1717355596



.....
Jessuina Fernanda Cangás Rivadeneyra
0502938533

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Titulación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: PERFIL DEL DESARROLLO DE PACIENTES MENORES DE 12 AÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA previo a la obtención del Título de Psicología General, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del trabajo de titulación.

Quito, 16 de febrero de 2022



Firmado electrónicamente por:
**EDISON FERNANDO
REINOSO MENA**

.....
MsC. Edison Fernando Reinoso Mena
PAREVALUADOR



Firmado electrónicamente por:
**MARIA SOLEDAD
MALES
VILLEGAS**

.....
MsC. María Soledad Males Villegas
PAREVALUADOR

DEDICATORIA

A mi madre, mi ángel en el cielo, mi inspiración y mi ejemplo y por quien siempre seré mejor persona.

A mi Padre Rodrigo por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de tus palabras que me seguirán guiando.

a mi tía Cristina por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso gracias por acompañarme en todos mis sueños y metas.

A mi abuelita Rosa porque ha sido otro pilar fundamental en este proceso demostrando que el cariño es incondicional sin necesidad de tener la misma sangre.

Gracias a mi hermana y familia, por su presencia en todo momento, por sus consejos y todo su apoyo siempre.

A mi amiga Jessuina, que este camino no habría sido tan lindo si no lo hubiéramos compartido juntas y no hubiéramos logrado esta meta.

Caroline Brown

A mis padres Iván y Sofía quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy una meta más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía porque de forma incondicional entendieron mis ausencias y mis malos momentos que a pesar de la distancia siempre estuvieron a mi lado.

A mi hermano Ariel, gracias por tu paciencia, gracias por preocuparte de tu hermana mayor, pero, sobre todo, gracias por estar en otro momento importante en mi vida.

No quiero pasar por alto a Rene y Melo por su apoyo al recibirme en su hogar transformándose también un pilar muy importante para este proceso de desarrollo en mi vida estudiantil y profesional.

A mi familia gracias por siempre estar presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa en mi vida.

Sencillo no ha sido el proceso, pero en el camino me encontré con mi amiga Caroline que desde el principio me brindó todo su apoyo incondicional y ayuda desinteresada; por compartir momentos significativos juntas y hacer una experiencia especial la vida universitaria y ahora profesional.

Jessuina Cangás.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo tiene un agradecimiento especial para Jenniffer Villarreal directora de Neurodesarrollo Quito por haber sido una persona incondicional tanto laboral como por su calidad humana, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito esta etapa y el comienzo de otras. Queremos agradecerle de forma muy especial todo el tiempo dedicado, los importantes aportes y sugerencias que contribuyeron al desarrollo de esta tesis.

De manera importante a nuestra tutora de tesis, por habernos guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de nuestra carrera universitaria.

Son muchas a las personas especiales a las que quisiéramos agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de nuestras vidas. Algunas están aquí con nosotras y otras en nuestros recuerdos y corazón. Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias queremos agradecerles por ser parte de este proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	I
AUTORIZACIÓN PARA EL REPOSITORIO DIGITAL	II
APROBACIÓN DEL TUTOR	IV
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD.....	V
APROBACIÓN TRIBUNAL	VI
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTOS	IX
RESUMEN	XI
ABSTRAC.....	XII
INTRODUCCIÓN	2
MARCO METODOLÓGICO	8
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXOS.....	22

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA: PERFIL DEL DESARROLLO EN PACIENTES MENORES DE 12 AÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

AUTORAS:

Brown Almeida Caroline Brighth

Cangás Rivadeneyra Jessuina Fernanda

TUTOR:

MsC. Jacqueline Alejandra Gordón Morales

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del estudio fue analizar el perfil de desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista. Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal con recolección prospectiva de datos en el centro Neurodesarrollo Quito, el estudio se realizó mediante la evaluación de 49 expedientes de niños y niñas con diagnóstico con trastorno del espectro autista en el periodo de octubre-diciembre 2021. Al concluir la investigación se pudo determinar que el mayor porcentaje de pacientes en el estudio 59.1% fue diagnosticado entre los 1 y 3 años de edad, seguido de un diagnóstico entre los 4 y 6 años de edad con un porcentaje del 41.46%, un grupo reducido de niños fue diagnosticado entre los 7 y 12 años que los pacientes 77.55% son de sexo masculino; y el 22.44% de pacientes son de sexo femenino. A manera de conclusión se puede indicar que, en la muestra tomada, la edad promedio de diagnóstico fue de 1 a 3 años, es importante tomar en cuenta que la población es de un centro especializado en trastorno del neurodesarrollo, por ello es fundamental intervenir de manera temprana e intensiva respetando los principios la intervención temprana y realizar reevaluaciones para dar seguimiento a la sintomatología.

Palabras Clave: *Autismo, desarrollo infantil, diagnostico, intervención temprana, padres.*

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**THEME: DEVELOPMENTAL PROFILE OF PATIENTS UNDER 12 YEARS
OF AGE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER**

AUTORAS:

Brown Almeida Caroline Brighth

Cangás Rivadeneyra Jessuina Fernanda

TUTOR:

MsC. Jacqueline Alejandra Gordón Morales

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the developmental profile of patients under 12 years of age with autism spectrum disorder using the DP-3 instrument in order to differentiate various profiles. A descriptive, observational cross-sectional study was carried out with prospective data collection at the Quito Neurodevelopment Center; the study was carried out by evaluating 49 files of boys and girls diagnosed with autism spectrum disorder in the period from October to December 2021. At the conclusion of the investigation it was possible to determine that the highest percentage of patients in the study 59.1% was diagnosed between 1 and 3 years of age, followed by a diagnosis between 4 and 6 years of age with a percentage of 41.46%, a small group of children was diagnosed between 7 and 12 years of age that 77.55% of the patients are male; and 22.44% of patients are female. In conclusion, it can be indicated that, in the sample taken, the average age of diagnosis was 1 to 3 years, it is important to take into account that the population is from a center specialized in neurodevelopmental disorders, for this reason it is essential to intervene accordingly. Early and intensively respecting the principles of early intervention and carry out reassessments to follow up on symptoms.

Keywords: *Autism, child development, diagnosis, early intervention, parents.*

PERFIL DEL DESARROLLO DE PACIENTES MENORES DE 12 AÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

*Developmental profile of patients under 12 years of age with autism
spectrum disorder*

Autor: Caroline Brown Almeida
cbrown@indoamerica.edu.ec

Tutor: Jessuina Cangás Rivadeneyra
jcangas@indoameriaca.edu.ec

Lector: Edison Reino
edisonreinoso@uti.edu.ec

Lector: María Soledad Males
mariamalesl@uti.edu.ec

Trabajo de Titulación
para la obtención del
título de Psicólogo
General de la Universidad
Tecnológica Indoamérica.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar el perfil de desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista. Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal con recolección prospectiva de datos en el centro Neurodesarrollo Quito, el estudio se realizó mediante la evaluación de 49 expedientes de niños y niñas con diagnóstico con trastorno del espectro autista en el periodo de octubre-diciembre 2021. Al concluir la investigación se pudo determinar que el mayor porcentaje de pacientes en el estudio 59.1% fue diagnosticado entre los 1 y 3 años de edad, seguido de un diagnóstico entre los 4 y 6 años de edad con un porcentaje del 41.46%, un grupo reducido de niños fue diagnosticado entre los 7 y 12 años que los pacientes 77.55% son de sexo masculino; y el 22.44% de pacientes son de sexo femenino. A manera de conclusión se puede indicar que, en la muestra tomada, la edad promedio de diagnóstico fue de 1 a 3 años, es

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the developmental profile of patients under 12 years of age with autism spectrum disorder using the DP-3 instrument in order to differentiate various profiles. A descriptive, observational cross-sectional study was carried out with prospective data collection at the Quito Neurodevelopment Center; the study was carried out by evaluating 49 files of boys and girls diagnosed with autism spectrum disorder in the period from October to December 2021. At the conclusion of the investigation it was possible to determine that the highest percentage of patients in the study 59.1% was diagnosed between 1 and 3 years of age, followed by a diagnosis between 4 and 6 years of age with a percentage of 41.46%, a small group of children was diagnosed between 7 and 12 years of age that 77.55% of the patients are male; and 22.44% of patients are female. In conclusion, it can be indicated that, in the sample taken, the average age of diagnosis was 1 to 3 years, it is important to take into account that the population

Modalidad:

Investigación Cuantitativa.

importante tomar en cuenta que la población es de un centro especializado en trastorno del neurodesarrollo, por ello es fundamental intervenir de manera temprana e intensiva respetando los principios la intervención temprana y realizar reevaluaciones para dar seguimiento a la sintomatología.

Palabras Clave: *Autismo, desarrollo infantil, diagnostico, intervención temprana, padres.* **Keywords:** *Autism, child development, diagnosis, early intervention, parents.*

Quito, Ecuador.

Febrero de 2022

INTRODUCCIÓN

Desde el momento en que una persona es concebida, comienza un proceso de cambio de por vida. Una sola célula se convierte en una persona viva, que respira, camina y habla, moviéndose a través de un mundo cambiante que lo afecta e influye a su vez. Los bebés se convierten en niños que continúan desarrollándose hasta convertirse en adultos. Si bien todos somos individuos que van por caminos separados, compartimos una herencia especial, muchas experiencias comunes y amplios modelos de desarrollo (Papalia y Martorel, 2017).

El Desarrollo Infantil (DI) es un proceso relevante en el desarrollo humano, debido a que el cerebro en los primeros años tiene

una combinación de factores genéticos y ambientales que son de suma importancia (Martins y Romallo, 2015).

Para Ponce (2016) “se entiende que el desarrollo integral infantil es un proceso interactivo de maduración que resulta de una progresión ordenada de desarrollo de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, de lenguaje, socio-emocionales y de autocontrol”. (p.4).

Además, el Desarrollo Infantil se expresa a través de la continuidad de aquellos cambios en dichas habilidades que cada vez se vuelven más complejas, las mismas que facilitan la integración del niño en la sociedad en la que se encuentra. Igualmente, el periodo prenatal como los primeros años

iniciales de la infancia del niño son base fundamental en el DI, debido a que se integran tanto las características heredadas de la genética, las biopsicologicas como las del ambiente (Martins de Souza y de la O Ramallo, 2015). Los humanos en la edad adulta tienen un conjunto complejo de áreas en las que, a medida que crecen de acuerdo con su herencia y una variedad de factores como el hábitat, la estimulación de los padres asegura que el individuo se retire de las instrucciones para seguir progresando. Si las condiciones en las que crece un niño no son las mejores, esto tendrá consecuencias que se verán reflejadas en su comportamiento en la escuela y en su vida futura (Baker-Henningham et al., 2013).

Cabe señalar que existen tres procesos que caracterizan el desarrollo de un niño; crecimiento físico, es decir, un cambio de tamaño no solo físico, sino también fisiológico; Un cambio importante es la eliminación de los reflejos adquiridos al nacer y las habilidades motoras gruesas que se desarrollan y, eventualmente, en la edad adulta. Durante este proceso, el número de células aumenta en proporción a una determinada función que tendrán que realizar y comienza su viaje hacia el órgano u órgano del que deben formar parte para que se forme la estructura. Son operaciones simultáneas que tienen en cuenta diferentes ritmos (Arce, 2015).

El desarrollo motor incluye movimientos pequeños y grandes, así como los sentidos del cuerpo, por lo que es importante identificar la motricidad y la capacidad de las personas para crear sus propios movimientos. Asimismo, debe existir una adecuada coordinación y sincronización

entre todos los mecanismos implicados en el movimiento (el sistema nervioso, los sentidos y el sistema musculoesquelético). (Anaya, 2016).

Incluye cambios en los procesos intelectuales de pensamiento, aprendizaje, memoria, juicio, resolución de problemas y comunicación, incluidas las influencias genéticas y ambientales en el desarrollo. (Kaill, et al., 2011).

Incluye la base genética del proceso de crecimiento, el desarrollo físico de todos los elementos del cuerpo y la variación en el desarrollo del movimiento, los sentidos y los sistemas corporales, en relación a cuestiones de crianza. Atención médica, nutrición, adormecimiento, consumo de drogas, y funcionamiento sexual (Kail et al., 2011).

Se ocupa del proceso de apego, credulidad, certeza, amor, afecto y una variedad de sentimientos y temperamentos., incluido el desarrollo del autoconcepto, el autocontrol y el análisis. El estudio del estrés, la angustia emocional y comportamiento representacional (Kaill, et al., 2011).

El desarrollo moral y de los padres y la familia, discute matrimonio, trabajo, roles vocacionales y empleo. (Kaill, et al., 2011).

Gesell 1880-1961, citado por Vives (2007), valora la relevancia del proceso infantil y muestra que los factores endógenos y exógenos ligados al progreso infantil, creando una escala desarrollada para valorar el desarrollo dividiéndolos en cuatro de la siguiente manera: Postural y motor desarrollo: Este es el inicio para que los niños desarrollen la coordinación y los desplazamiento corporal; conducta adaptativa coordinado o somatosensorial: es

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

la conducta que los niños practican en situaciones y experiencias nuevas, así como la orientación y la percepción; Lenguaje: son gestos, sonidos, formas de comunicación y autoexpresión frente a los demás; Relaciones interpersonales y sociales: cómo actúan e interactúan con los demás, en función del entorno en el que crecieron y los hábitos y la cultura de la familia. En este contexto, se debe enfatizar que el desarrollo del niño incluye una serie de componentes que son necesarios para el desarrollo social y mental del niño.

El desarrollo natural parece referirse a momentos críticos de expresión cuando se crea con la persona una combinación del talento biológico y la mediación de factores sociales, a través de la interacción y la comunicación social, permitiendo el surgimiento de funciones, destrezas, habilidades y capacidades tan esenciales para lo natural. Construye este desarrollo. Varios experimentos han demostrado claramente que las experiencias tempranas pueden cambiar la forma en que funciona el cerebro y cómo estos cambios se transmiten a la vida adulta (Knudsen, 1998).

UNICEF (2016) define el desarrollo de la primera infancia como “el desarrollo físico, cognitivo, lingüístico, social y emocional de los niños de 0 a 8 años, de manera integral para hacer realidad todos los derechos humanos”. Entonces es un proceso riguroso. Incluye todos los métodos que los progenitores y otras personas involucradas en la atención de un niño aplican en su cuidado diario. De manera similar, durante el desarrollo infantil es visto como un manifiesto complicado que incluye varios

aspectos de la vida de un niño, los cuales deben ser monitoreados de cerca desde el comienzo de la vida hasta que el niño tenga alrededor de 8 años. Se destaca en estos aspectos: salud, educación, ambiente del hogar, bienestar social, aprendizaje, entre otros (UNICEF 2016).

La edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se ha insertado una nueva condición diagnóstica que se ocupa de los trastornos del neurodesarrollo, que surgen en el desarrollo y causan limitaciones globales o específicas del dominio y crean dificultades/limitaciones en la personalidad, social, académico o profesional (Bausela-Herrerías et al., 2019).

Artigas “considera que los trastornos del neurodesarrollo son alteraciones o retrasos en el desarrollo de funciones ejecutivas vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, que se inician en la infancia y siguen un curso evolutivo estable. Señala además una serie de aspectos que son comunes en estos trastornos que se producen en los primeros momentos del ciclo vital: los síntomas son características normales presentes en cualquier individuo, los limitantes que definen la normalidad son arbitrarios, no existen marcadores biológicos, la comorbilidad es la forma habitual de presentarse y los límites entre uno u otro trastorno pueden ser imperceptibles”. (2019, p. 462).

En este estudio vamos a centrarnos en el perfil de desarrollo en pacientes dentro del trastorno del espectro autista, es por eso que es importante definir cuáles son los criterios para diagnosticar este trastorno:

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) los criterios son los siguientes:

Tabla 1

Criterios Diagnósticos del Trastorno del Espectro del Autismo – DSM – 5

Criterios de los trastornos del espectro autista del DSM-5

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos:
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos:
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
-

4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno
- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo:
1. Pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.
1. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Adaptado de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).

Igualmente, los criterios según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10º edición (CIE-10)

Tabla 2

Criterios Diagnósticos del Trastorno del Espectro del Autismo – CIE-10.

Criterios Diagnósticos del Trastorno del Espectro del Autismo – CIE-10

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad, que se presenta en una de las siguientes áreas:
1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
 2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
 3. Juego simbólico y funcional.
- B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de 1, 2 y 3, incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3:
1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas: a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.
 2. Alteraciones cualitativas en la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas: a) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, aunque no se acompaña de intentos de

compensación mediante el recurso de la utilización de gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo). b) Fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado), en la que es necesario el intercambio de respuestas con el interlocutor. c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases. d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos (en edades tempranas) o de juego social imitativo.

3. Patrones de comportamiento, intereses, y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas: a) Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce. b) Existe, en apariencia, una adherencia a rutinas o rituales específicos y carentes de sentido. c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden

consistir en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo. d) Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego (tales como el olor, la textura de su superficie, el ruido o la vibración que producen)

C. El cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo, como:

1. A un trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socioemocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (F94.1), a trastorno de la vinculación de la infancia tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz, ni a síndrome de Rett (F84.2)

Nota. Adaptado de Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Anteriormente se mencionó, el tema del desarrollo infantil temprano comprende a todos los niños y niñas de edades que rodean entre 0 y 8 años, pues es una etapa que se considerada de suma importancia para un desarrollo satisfactorio en el futuro. En

cambio, pese a que esta última afirmación es aprobada, por varios profesionales resaltan que es, mucho más señalada, que tienen los 3 primeros años de vida de cada ser humano.

En el trastorno del espectro autista, en una gran mayoría de pacientes se precisa una historia de presentación del trastorno bastante común en líneas generales, la mayoría de los estudios, a través del relato de los padres, otro medio por el cual se puede analizar es por medio de videos grabados en momentos casuales, que contienen síntomas llamativos para los padres (Martos y Morueco, 2007, p. 383).

Existe una esquematización de señales que muestran como criterios de evaluación para el desarrollo de los infantes cuando nacen y hasta el segundo año de vida. Los presentes, están determinados por señalizadores de intersubjetividad y aprueban valorar el transcurso mediante el cual los niños se desarrollan y se llevan formando parte alrededor de ciudadanos más (Guerra, 2009).

La primera infancia es una etapa que es conocida, pero hay que recalcar que en diferentes investigaciones y en otros países, deciden alargar esta etapa por los 5 años, o también por los 8, del niño. En este aspecto del Ecuador, que dirige los propios programas de niñez para “el desarrollo integral de las niñas y los niños menores de 5 años, considerando que las condiciones de vida, la estimulación temprana, la educación, la nutrición y el afecto durante la primera infancia, condicionan el futuro de las personas” (Espinel 2016).

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

Según el estudio más reciente realizado en Estados Unidos y publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en 2014, la prevalencia de TEA es de 1 en 68 niños y adolescentes o 14,7 por 1000 habitantes. Estos resultados se obtuvieron a partir de un seguimiento de 363.749 niños y adolescentes de 11 centros ubicados en diferentes estados del país. Cabe señalar que existen informes de prevalencia de trastornos del espectro autista en países europeos y Canadá estima su prevalencia en un 1%. (27, 28).

Por su parte, en Ecuador, en el Centro Especializado de Rehabilitación Integral N. 5 (CRIE n. 5) ubicada en Cuenca, Provincia del Azuay, entre enero y agosto de 2015, mediante CIE-10 se reportaron los siguientes casos (26) por grupo de edad: 12 Autismo en la infancia (F840) 266 Visitando personas entre 1 y 19. Autismo atípico (F841) 26 se enfoca en personas de 5 a 14 años. De igual forma, en el año 2016, según los datos proporcionados por la Dirección Nacional de la Persona con Discapacidad del Ministerio de Salud, con base en los informes técnicos de este organismo, se registró que había 1.266 personas diagnosticadas con alguna discapacidad. Fueron diagnosticados con autismo. De estos, 254 fueron registrados con diagnóstico de autismo atípico. 792 fueron diagnosticados con autismo en la infancia: 205 con síndrome de Asperger y 15 con síndrome de Rett. (29) (MINSAL, 2017).

Según la Secretaría Técnica de Discapacidad (2015), se estima que en el Ecuador existen 140.000 personas con trastorno del espectro autista, con base en la prevalencia mundial

se puede determinar que 21 de cada 100.000 niños nacen con el trastorno. Estas estadísticas a nivel nacional reflejan una marcada mayoría y deben tomar en cuenta el diseño de políticas públicas, especialmente las relacionadas con la educación, donde la integración debe ser considerada un eje transversal.

Con estos precedentes se realiza la siguiente pregunta ¿Cómo se presenta el perfil de desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista? Con esto se ha planteado un objetivo general el cual es analizar el perfil de desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista.

Como objetivos específicos se propusieron los siguientes: reconocer las diferencias de los perfiles de desarrollo; formular recomendaciones, a fin de dar importancia la intervención temprana de pacientes dentro del trastorno del espectro autista.

2. MARCO METODOLÓGICO.

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo con recolección prospectiva de datos con el objetivo de establecer el perfil evolutivo de los pacientes menores de 12 años con trastornos del espectro autista en el Centro de Neurodesarrollo de Quito.

Este estudio utiliza un enfoque cuantitativo, debido a que incluye una gama de métodos y técnicas que permiten el conocimiento sobre la realidad social por medio de la extensión, alcance y significado de los hechos analizados, teniendo en consideración las representaciones sociales y

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

a los mismos sujetos. Las técnicas cuantitativas permiten conocer las opiniones de un número desconocido de personas sobre sus creencias, valores, hábitos, prioridades e intereses. (Rosado, 2018).

El paradigma positivista demanda aclarar, pronosticar, vigilar los fenómenos, comprobar teorías y leyes; identificar causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas. Por su parte, la racionalidad hermenéutica (cualitativo, fenomenológico, naturalista, humanista o etnográfico) busca una forma de plantear, estudiar, captar, examinar y formar conocimientos; mediante procesos de interpretación donde la validez y la confiabilidad del entendimiento descansa, en última instancia, en el rigor del investigador. Se asume la construcción del conocimiento como un proceso subjetivo e intersubjetivo. Mientras, es el sujeto quien forma el diseño de investigación, reúne la información, y desde su conocimiento adquirido anteriormente la organiza; de este modo se llegan a alcanzar descubrimientos que son socializados y terminan siendo discutidos por la ciencia (Herrera, 2018).

Una investigación bajo el planteamiento cuantitativo se determina así porque trata con manifestaciones que son medibles a través de la aplicación de procedimientos estadísticos para la descomposición de los datos recolectados, su objetivo notable consiste en la exposición, definición, pronóstico y verificación objetivo de su causa y predicción de su ocurrencia a partir de la misma detección, en base a su conclusión sobre el uso estricto de la verificación como en el acopio de los resultados y a su vez en el análisis e interpretación a través del método

hipotético-deductivo. Con estas aclaraciones es de mejor utilización en el campo de ciencias prácticas como ciencias naturales, psicología, fisiología, etc (Kerlinger, 2002).

La investigación cuantitativa adopta un enfoque sistemático, objetivo y riguroso para la creación y el perfeccionamiento del conocimiento. La lógica y la generalización deductiva se usaron originalmente en este proyecto. El razonamiento deductivo es el proceso mediante el cual un investigador comienza con una teoría o estructura bien establecida, reduce los conceptos a variables y recopila evidencia para evaluar o validar una teoría, ya sea que la teoría sea confirmada o no. La generalizabilidad es el grado en que las conclusiones extraídas de la evidencia recopilada en una muestra pueden extenderse a una población más grande. (Sousa et ál., 2007).

Un estudio descriptivo transversal tiene como objetivo evaluar la extensión y distribución de una enfermedad o condición de salud (variable dependiente) en un momento dado, así como medir otras características en los individuos durante un período de tiempo determinado. Población, como variables epidemiológicas relacionadas con la escala temporal. El lugar y la persona (Cruz y Moreno, 2014).

Son estudios de prevalencia en los que se determina la presencia de una condición o estado de salud en una población bien definida y en un período de tiempo determinado: un día, una semana, un momento determinado de la vida, aunque no todos coincidan en hora. Sujetos (p. ej., valores de tensión arterial en el momento del

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

ingreso o al inicio de la baja, prevalencia de diabetes entre los pacientes ingresados en un día determinado, etc.). Son como "fotos" de la situación en un momento dado. La determinación simultánea de la importancia de la exposición y el evento no permite la identificación de la causalidad. Solo pueden ser descriptivos o analíticos cuando intentan establecer una conexión entre la exposición y los eventos. La prevalencia de un rasgo se compara entre personas con y sin una condición particular. La incidencia de la exposición y el evento se miden simultáneamente y esto puede llevar a conclusiones erróneas, ya que aún no ha pasado el tiempo para establecer una relación causal (Thierer, 2015).

El instrumento utilizado para la recolección de los datos en la presente investigación fue:

El DP-3 es un cuestionario que permite una evaluación rápida de cinco áreas clave del desarrollo infantil (cognición, motivación, socioemocional, comunicación y comportamiento adaptativo) y proporciona un indicador global del desarrollo infantil. Se puede realizar en dos tipos diferentes de preguntas mediante entrevistas a los padres o mediante el uso de un cuestionario. (Sánchez.2018).

Las métricas, los análisis y los resultados presentados se realizaron en una muestra pura muy grande (N = 2227) y una muestra pura heterogénea, en la que el 79 % de los casos se extrajeron aleatoriamente de la población general y el 21 % restante de los casos se aleatorizaron en la muestra clínica. Del mismo modo, se estima mucho el uso de un criterio de continuidad ("continuity criterio"; Lenhard et al., 2016) para la construcción de escaleras y la incorporación

de técnicas experimentales clásicas (TCT). Teoría de elementos de respuesta (IRT) y modelado de ecuaciones estructurales para el desarrollo y validación de pruebas(Sánchez.2018).

Sánchez (2018) indica que el Perfil de Desarrollo-3 (DP-3) es la versión en español de la última versión de la herramienta original Perfil de Desarrollo II (Alpern, Boll y Shearer, 1986). Las estructuras que evalúan y su estructura teórica se basan en el modelo de desarrollo multidimensional desarrollado por Alpern y Boll (1972), que incluye cinco áreas principales de desarrollo: motricidad, lenguaje y comunicación, desarrollo socioemocional, desarrollo cognitivo y desarrollo del comportamiento adaptativo. Es una prueba de cribado que permite una rápida evaluación e identificación de posibles retrasos en las cinco áreas del desarrollo del niño (problemas cognitivos, motores, sociales y emocionales, comunicación y conducta). (p.4).

Consta de 193 ítems que se aplican de acuerdo al tiempo de desarrollo en el que se encuentra el evaluador y siguen las reglas de retorno y espera que permiten determinar la línea base y final de la pregunta al momento de determinar el límite superior del nivel. se ha logrado La persona actual que está siendo evaluada. Esta herramienta viene en dos versiones, una en forma de entrevista y otra para ser completada directamente por un padre o cuidador. es una prueba rápida (Sánchez.2018).

Desde octubre de 2021 se revisaron 49 expedientes de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista de los cuales 38 correspondían al sexo masculino y 11 correspondían al sexo femenino,

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

cumpliendo con los criterios de inclusión para el posterior análisis de la información.

Criterios de inclusión

Pacientes de 0 a 12 años que no presentan un diagnóstico de déficit sensorial con diagnóstico del espectro del autismo realizado con medidas estandarizadas.

De ambos sexos.

Que, al momento del estudio, sus expedientes estén completos.

Los padres acepten que sus hijos participen en esta investigación.

Criterios de exclusión

Pacientes mayores de 12 años que presenten otro tipo de trastorno del desarrollo diferente al autismo.

Pacientes cuyo expediente está incompleto

Se inició con la recolección de datos del centro neurodesarrollo Quito con pacientes de “Neurodesarrollo Quito”. El Test de Perfil de Desarrollo (DP-3), que evalúa cinco áreas clave del desarrollo de un niño (cognición, habilidades motoras, comportamiento socioemocional, comportamiento comunicativo y adaptativo), es seleccionado y aplicable a pacientes de 0 meses a 12 años y 11 meses. Además, proporciona un indicador global del desarrollo infantil, a través de una entrevista cara a cara de un psicólogo con los padres o profesionales médicos, previo consentimiento informado. Esta prueba permite evaluar cada nivel, clasificando a los niños como muy bajos cuando la puntuación es inferior a 70 puntos, o en el

rango de 70-84 puntos. Medio con un rendimiento entre 85-115 puntos, un poco si está entre 116-130 puntos y muy alto si está por encima de 130 puntos. Del mismo modo, se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes entrevistados, se cumplimentó el consentimiento informado y se elaboró el cuestionario tanto desde el punto de vista clínico como diagnóstico.(Sánchez.2018).

Aspectos éticos

La escala DP-3 cumple con estudios de tipificación y validez que demuestran la confiabilidad de la misma. Cumple con los más altos estándares de dirección para su aplicación se crea con el fin de evaluar el desarrollo a través del reporte de los padres siendo un instrumento para la evaluación inicial de problemas de desarrollo y para el seguimiento de casos de alto riesgo, tanto en entornos clínicos como escolares. Basada en el análisis de muestras americanas y españolas, la guía proporciona varias pruebas de fiabilidad: consistencia interna, fiabilidad test-retest o estabilidad transitoria, puntuación y error estándar de la medida (Sánchez.2018).

Al mismo tiempo, se protege siempre la identidad del paciente contenida en la historia clínica, un manejo de datos capaz de identificar a cada persona de forma desvinculada del resto de información proporcionada en la herramienta. Antes de la entrevista del perfil de desarrollo y la evaluación neuropsicológica, el padre o tutor firmó un consentimiento informado por escrito otorgando su consentimiento voluntario para participar en este estudio.(Sánchez.2018).

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

3. RESULTADOS

Como se estableció previamente, el estudio se realizó mediante la evaluación de 49 expedientes de niños y niñas con diagnóstico con trastorno del espectro autista en “Neurodesarrollo Quito”; se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 3

Distribución de pacientes con trastorno del espectro del autismo según grupo etario al momento del diagnóstico.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
1-3 años	29	59.1%
4-6 años	17	41.46%
7-9 años	2	3.92%
10-12 años	1	2.04%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El mayor porcentaje de pacientes en el estudio 59.1% fue diagnosticado entre los 1 y 3 años de edad, seguido de un diagnóstico entre los 4 y 6 años de edad con un porcentaje del 41.46%, un grupo reducido de niños fue diagnosticado entre los 7 y 12 años.

Tabla 4

Distribución de pacientes con trastorno del espectro del autismo según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	38	77.55%

Femenino	11	22.44%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El mayor porcentaje de pacientes 77.55% son de sexo masculino; y el 22.44% de pacientes son de sexo femenino.

Tabla 5

Instrumentos utilizados para el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo en pacientes menores de 12 años.

Instrumento	Frecuencia	Porcentaje
DP-3	49	100%
Inventario de desarrollo Battelle	18	36.73%
Bayley Scales of Infant and Toddler Development	22	44.89%
ADOS-2	49	100%
ADI-R	49	100%
WPPSI	8	16.32%
WISC-V	3	6.12%
NEPSY-II	1	2.04%
SENA	3	6.12%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

En el 100% de los casos se utilizaron los instrumentos de evaluación DP-3, ADOS-2, ADI-R; otros instrumentos también utilizados fueron el Inventario de Desarrollo

Battelle con 36.73%, Bayley con 44.89%. En un menor porcentaje de casos (30.68%

de la muestra) se aplicaron escalas específicas para evaluar coeficiente intelectual, componentes neuropsicológicos, entre otras.

Tabla 6

Índice General de Desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro del autismo.

Índice general de desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	30	61.22%
Bajo	11	22,45%
Medio	6	12,25%
Alto	0	0%
Muy alto	2	4.08%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El 61.22% de los pacientes se ubica en el nivel general de desarrollo “muy bajo”; el 22.45% de los niños y niñas diagnosticados presentan un nivel de desarrollo “bajo”; el 12,25% presentan un nivel de desarrollo “medio”; ningún niño o niña del estudio

Tabla 7

Área motricidad de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro del autismo.

Índice de motricidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	13	26.53%
Bajo	17	34.69%
Medio	17	34.69%
Alto	2	4.08%
Muy alto	0	0%
Total	49	99,99%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El 34.69% de los pacientes se ubica en el nivel de desarrollo “medio” en el área de motricidad; al igual que el 34.69% de los niños y niñas presentan un nivel de desarrollo “bajo”; el 26.53% presentan un nivel de desarrollo “muy bajo”; el 4.08% presenta un nivel de desarrollo "alto"; y ningún niño o niña del estudio presenta un nivel de motricidad "muy alto”.

Tabla 8

Áreas de conducta adaptativa de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro del autismo.

Índice de conducta adaptativa	Frecuencia	Porcentaje
-------------------------------	------------	------------

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

presenta un nivel de desarrollo alto y un porcentaje del 4.08% de casos presenta un nivel de desarrollo “muy alto”.	Muy bajo	15	30.61%
	Bajo	13	26.53%

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

Medio	19	38.78%
Alto	0	0%
Muy alto	2	4.08%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El 38.78% de los pacientes se ubica en el nivel de conducta adaptativa “medio”; el 30.61% de los niños y niñas presentan un

nivel de conducta adaptativa “muy bajo”; el 26.53% presentan un nivel “bajo”; el 4.08%

presenta un nivel de conducta adaptativa “muy alto”; y ningún niño o niña del estudio presenta un nivel “alto” en conducta adaptativa.

Tabla 9

Área socioemocional en pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro del autismo.

Índice socioemocional	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	27	55.10%
Bajo	10	20.41%
Medio	9	18.37%
Alto	0	0
Muy alto	3	6.12%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El 55.10% de los pacientes se ubica en el nivel socioemocional “muy bajo”; el 20.41% de los niños y niñas presentan un nivel socioemocional “bajo”; el 18.37% presentan un nivel “medio”; en ninguno de los casos del estudio presenta un nivel “alto”; y un porcentaje de 6.12% de casos presenta un nivel socioemocional “muy alto”.

Tabla 10

Área de cognición en pacientes menores de 12 años con trastornos del espectro del autismo.

Índice de cognición	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	26	53.06%
Bajo	16	32.66%
Medio	6	12.24%
Alto	0	0%
Muy alto	1	2.04%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El 53.06% de los pacientes se ubica en el nivel de cognición “muy bajo”; el 32.66% de los niños y niñas presentan un nivel de cognición “bajo”; el 12.24% presentan un nivel “medio”; ningún niño o niña presenta un nivel “alto”; y el 2.04% de los casos presenta un nivel en cognición “muy alto”.

Tabla 11

Área de comunicación en pacientes menores de 12 años con trastornos del espectro del autismo.

Índice de comunicación	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	33	67.35%
Bajo	6	12.24%
Medio	8	16.33%
Alto	2	4.08%
Muy alto	0	0%
Total	49	100%

Fuente: expedientes clínicos de los archivos del área de evaluación en el centro Neurodesarrollo Quito.

El 67.35% de los pacientes se ubica en el nivel de comunicación “muy bajo”; el 16.33% de los niños y niñas presentan un nivel de comunicación “medio”; el 12.24% de los casos presentan un nivel “bajo”; el 4.08% de los casos presentan un nivel “alto”; y ningún niño o niña presenta un nivel “muy alto”.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Se evaluaron 49 pacientes menores de 12 años diagnosticados con trastorno del espectro autista en el centro “Neurodesarrollo Quito” desde octubre hasta diciembre del 2021, incluyendo la revisión de sus expedientes clínicos.

El mayor porcentaje de pacientes en el estudio (59.1%) fue diagnosticado entre los 1 y 3 años de edad. En un estudio realizado en Estados Unidos por Klin, et al., (2015) se determina que la edad promedio del diagnóstico oscila entre los 4 y 5 años de

edad y que las personas sin una economía estable tienen mayor dificultad para el diagnóstico. Un estudio realizado en México por Sampedro-Tobón et al., (2013) la edad diagnóstica final fue de 4 años y 3 meses, al ser personas de escasos recursos los padres pedían explicaciones a los médicos encargados los cuales les apaciguaron y les hicieron tener en cuenta que la ansiedad y las diferentes formas de desarrollo en cada paciente, estos al no estar de acuerdo con los profesionales optan por la consulta privada donde pudieron aclarar las dudas, una gran parte de las familias comunicaron que las instituciones educativas y cuidadores fueron el principal soporte en esos momentos en lugar de los centros médicos que habían acudido.

Según el estudio, el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista corresponde a niños 77.55% este resultado coincide con el estudio de (Steinbrenner, et al., 2020) en que se refiere el diagnóstico en relación a 1 niña versus 4 niños diagnosticados con trastorno del espectro autista.; para (Asunción, et al., 2018) los estudios tienen variabilidad debido a que las muestras son muy pequeñas o muy grandes por lo cual hay poca representación femenina. A la edad de 7 años, los niños tienden a mostrar más sintomatología nuclear de TEA que las niñas, pero en la etapa de la adolescencia las niñas se incrementa la sintomatología TEA y la inclinación a manifestar menos síntomas nucleares desaparece. Las niñas que padecen TEA de funcionamiento alto y con el desarrollo convencional de la comunicación, la sintomatología no se podría notar debido a que se adaptan de manera adecuada y sus manierismos pueden llegar a ser más

llevaderos a diferencia de los niños (Hiller et al., 2014).

Los instrumentos más utilizados con el 100% de la muestra se utilizó DP-3, ADOS-2, ADI-R, el 44.89% se utilizó Bayley el cual indica que se está realizando detección temprana, es considerada como una de las mejores pruebas estandarizadas para la evaluación del desarrollo infantil, es una herramienta que se puede aplicar a niños hasta los 3 años y medio (Lowe, Erickson, Schrader y Duncan, 2012; Torras et al., 2014; Schonhaut et al., 2009); el 30.68% de la muestra se aplicó escalas de inteligencia las cuales son más complejas y requieren mayor nivel de desarrollo nos muestra un mejor nivel de desarrollo que posibilita el mejor desenvolvimiento en tareas más complejas. En un estudio emplearon las herramientas de diagnóstico de referencia son evaluaciones estandarizadas y validadas que evalúan la inhabilidad social originada por el autismo a través de la observación de la conducta por parte del especialista a cargo –p. ej., la escala de observación diagnóstica del autismo (ADOS)– y la entrevista con los padres –entrevista diagnóstica del autismo-revisada (ADI-R) Sampedro-Tobón et al., (2013).

En cuanto al índice general de desarrollo el 61,22% tienen un desempeño “muy bajo” que da como resultado el test, es por esto que los niños y niñas que están dentro del espectro autista presentan déficits que les impiden ejecutar con éxito las pruebas aplicadas debido a que no poseen habilidades de comunicación, debido a estos déficits de comunicación sus puntajes en este tipo de pruebas se categorizan como

“muy bajo” lo que denota el alto impacto en la medición del desarrollo cuando los niños y niñas presentan un déficit en la comunicación. Para (García,2018) las dificultades en la comunicación social (verbal y no verbal) de niñas y niños con TEA es una de los importantes obstáculos en el desenvolvimiento escolar y social, debido a que es una traba que impide un desenvolvimiento con efectividad y funcional, lo que esto lleva a que varias veces estos niños y niñas presenten conductas inapropiadas, esto conlleva la decepción de no lograr tener una comunicación convencional, una dificultad que se suma a la lista es el proceso de integración sensorial propio del trastorno del espectro autista.

En cuanto al área de motricidad se puede notar que hay un impacto positivo en esta área debido a que los puntajes son los más altos que el resto de las áreas es por ello por lo que se puede decir que los niños y niñas presentan habilidades favorables debido a que aprenden en función por imitación pues no logran cumplir y seguir las instrucciones que son requeridas para lograr algunas de las tareas que la evaluación solicita. De acuerdo con (Iacoboni 2009), la capacidad imitativa favorece la creación de una intimidad con el otro durante las relaciones sociales, que podría representar una forma primordial de intersubjetividad. Poder reconocer y sentir internamente las acciones y las intenciones de otra persona nos ayudaría a responder de forma compasiva a sus estados emocionales.

En cuanto al área de cognición no se halla un déficit significativo del proceso cognitivo, no existe un retraso clínico significativo para el desarrollo cognitivo,

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

pero hay una isla explicativa específica como una memoria semántica (Calle de Medinaceli & Utria,2004). Referente a esto, Artigas (2000) tiene en cuenta que en el Síndrome Asperger el intelecto se localiza dentro de la categoría de normalidad, incluso las personas con esta valoración pueden tener definidas destrezas cognitivas extraordinarias y avanzadas. Es más frecuente es que dispongan de un intelecto total normal-medio o normal-bajo.

A manera de conclusión se puede indicar que, en la muestra tomada, la edad promedio de diagnóstico fue de 1 a 3 años, es importante tomar en cuenta que la población es de un centro especializado en trastorno del neurodesarrollo, los cuales son referidos por neuropediatras, por ello es fundamental intervenir de manera temprana e intensiva respetando los principios la intervención temprana y realizar reevaluaciones para dar seguimiento a la sintomatología.

Las diferencias que se pudieron encontrar en el estudio fue que el 5.96% de los niños y niñas diagnosticados presentaron menor cantidad de síntomas, son conocidos como niños más funcionales por ello fueron detectados más tarde; por otro lado; el 69.1% de los niños y niñas diagnosticados tuvieron una detección temprana pues presentaron más síntomas. Es importante mencionar que esto se debe a que hubo detección temprana de los padres o cuidadores para notar esta sintomatología.

Es relevante que tanto los padres o cuidadores y los profesionales de la salud tengan en cuenta los signos de alarma

cuando se presentan y también sobre los hitos de desarrollo no solo cognitivo o motriz, desde el primer año de vida pues de esta forma se tomaría acciones para reducir la sintomatología del autismo.

La detección temprana es de suma importancia debido a que la intervención temprana mejora esas áreas afectadas y de esa manera poder potenciar sus habilidades, se debe tener en cuenta que la ciencia ha logrado diseñar diferentes enfoques de intervenciones las cuales se adaptan a las necesidades de cada niño o niña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alpern, G. D. (2018). DP-3. Perfil de Desarrollo - 3 (F. Sánchez-Sánchez, adaptación española). Madrid: TEA Ediciones.
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
- Anaya, M. (2013). Desarrollo motriz en el niño, etapas y sugerencias para su estimulación. Disponible en URL <http://www.sieteolmedo.com.mx/2013/04/07/desarrollomotriz-en-el-nino-etapas-y-sugerencias-para-su-estimulacion>.
- Arce, M. (2015). Crecimiento y desarrollo infantil temprano. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 32, 574-578.
- Arias-Pujol, E., Fieschi, E., Castelló, C., Miralbell, J. Ú. L. I. A., Soldevila, A. N. N. A., Sánchez-Caroz, E., ... & Mestres, M. A. R. I. N. A. (2015). Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con Trastorno del Espectro Autista Grave. *Rev. Psicopatol. Salud Ment. Niño Adolesc*, 25, 9-20.
- Baker-Henningham, H., & López, F. (2013). Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, por qué y para quién. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 1-62.
- Bausela-Herreras, E., Tirapu-Ustárroz, J., & Cordero-Andrés, P. (2019). Déficit ejecutivos y trastornos del neurodesarrollo en la infancia y en la adolescencia. *Rev. neurol. (Ed. impr.)*, 461-469.
- Castro, V. J., & Cobos, R. C. R. (2016). Análisis de escalas para la evaluación del desarrollo infantil usadas en América: Una revisión de literatura. *Movimiento Científico*, 10(2), 72-82.
- Jurado-Castro, V., Rebolledo-Cobos, R. (2016). Análisis de escalas para la evaluación del desarrollo infantil usadas en América: Una revisión de literatura. *Revista Movimiento Científico [en línea]* 2016, [fecha de consulta: dd//mm/aaaa]; 10(2): 72-82. Disponible desde: <http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/issue/archive>.
- Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Rev Neurol*, 60(Supl 1), S3-11.
- María Elena Sampedro-Tobón, Manuela González-González, Susana Vélez-Vieira, Maríantonía Lemos-Hoyos. Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2013;70(6):456-466.
- Martos, J., & Morueco, M. (2007). Espectro autista: un modelo multidimensional del desarrollo en autismo. *Infancia y aprendizaje*, 30(3), 381-395.
- Montagut Asunción, Maite, Mas Romero, Rosa María, Fernández Andrés, María Inmaculada, & Pastor Cerezuela, Gemma. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de

- trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología (Internet)*, 11(1), 42-54. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>.
- Moreno Acosta, C. (2016). Análisis de la política de desarrollo infantil integral, en niñas y niños de 0 a 3 años de edad, en centros infantiles del buen vivir (CIBV) (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).
- Navarrete, M. A. G. A. (2019). Tecnologías de la información y comunicación para niños con trastorno del espectro autista. *Inventio. La génesis de la cultura universitaria en Morelos*.
- Pérez Rivero, P. F., & Martínez Garrido, L. M. (2014). Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger. *CES Psicología*, 7(1), 141-155.
- Publica, M. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y Seguimiento*.
- Quispe Mamani, M. B., & Mamani Estaña, A. M. (2020). El apego en la infancia: Revisión teórica de la literatura.
- Santi-León, F. (2019). Educación: La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Revista Ciencia UNEMI*, 12(30), 143-159.
- Souza, J. M. D., & Veríssimo, M. D. L. Ó. R. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 1097-1104.
- Steinbrenner, J.R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Şe-rifeYücesoy-Özkan, S., & Savage, M. N. (2020). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team
- Tobón, M. E. S. (2012). Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria? *CES Psicología*, 5(1), 112-117.
- Uribe, M. O. (1996). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. *Salud Mental*, 19(Supl 2), 11-18.

DEDICATORIA.

A mi madre, mi ángel en el cielo, mi inspiración y mi ejemplo y por quien siempre seré mejor persona.

A mi Padre Rodrigo por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de tus palabras que me seguirán guiando.

a mi tía Cristina por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso gracias por acompañarme en todos mis sueños y metas.

A mi abuelita Rosa porque ha sido otro pilar fundamental en este proceso demostrando que el cariño es incondicional sin necesidad de tener la misma sangre.

Gracias a mi hermana y familia, por su presencia en todo momento, por sus consejos y todo su apoyo siempre.

A mi amiga Jessuina, que este camino no habría sido tan lindo si no lo hubiéramos compartido juntas y no hubiéramos logrado esta meta.

Caroline Brown

A mis padres Iván y Sofia quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy una meta más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía. porque de forma incondicional entendieron mis ausencias y mis malos momentos. que a pesar de la distancia siempre estuvieron a mi lado.

A mi hermano Ariel, gracias por tu paciencia, gracias por preocuparte de tu hermana mayor, pero, sobre todo, gracias por estar en otro momento importante en mi vida.

No quiero pasar por alto a Rene y Melo por su apoyo al recibirme en su hogar transformándose también un pilar muy importante para este proceso de desarrollo en mi vida estudiantil y profesional.

A mi familia gracias por siempre estar presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa en mi vida.

Sencillo no ha sido el proceso, pero en el camino me encontré con mi amiga Caroline que desde el principio me brindó todo su apoyo incondicional y ayuda desinteresada; por compartir momentos significativos juntas y hacer una experiencia especial la vida universitaria y ahora profesional.

Jessuina Cangás.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo tiene un agradecimiento especial Jenniffer Villarreal directora de Neurodesarrollo Quito por haber sido una persona incondicional tanto laboral como por su calidad humana, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito esta etapa y el comienzo de otras. Queremos agradecerle de forma muy especial todo el tiempo dedicado, los importantes aportes y sugerencias que contribuyeron al desarrollo de esta tesis.

De manera especial a nuestra tutora de tesis, por habernos guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de nuestra carrera universitaria.

Son muchas a las personas especiales a las que quisiéramos agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de nuestras vidas. Algunas están aquí con nosotras y otras en nuestros recuerdos y corazón. Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias queremos agradecerles por ser parte de este proceso.

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

Investigadores: Caroline Brown y Jessuina Cangás

Quito, 5 de noviembre de 2021

En el marco de la investigación titulada “Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista”, se ha invitado a pacientes de Neurodesarrollo Quito, a participar de una investigación que tiene por objetivo principal relacionar las conductas adaptativas e indicadores de comunicación en pacientes del centro Neurodesarrollo Quito.

La participación de las personas en la investigación implica responder a un cuestionario digital sobre el desarrollo de sus hijos. Estas encuestas se realizarán de manera virtual. Cada una de ellas tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Sólo tendrán acceso a resultados y datos los miembros del equipo de investigación [estudiantes tesisistas y su tutora institucional].

Con estos elementos en cuenta es que se solicita su consentimiento de participación, así como también se le asegura que la información que emerja de ella será absolutamente confidencial y sólo utilizada con fines académicos por el equipo de investigación del proyecto. Del mismo modo, es conveniente indicar que, durante el período de participación y ejecución del proyecto de investigación, se le solicitará aprobación de los análisis y conclusiones como una condición previa a cualquier tipo de publicación que se realice, siempre omitiendo cualquier dato personal.

Si está de acuerdo con las siguientes condiciones, favor firme el presente documento:

1. La participación en este estudio es absolutamente libre y voluntaria. Conviene indicar además que no presenta riesgo alguno para su integridad física y psicológica y que no conlleva costos económicos para los/as participantes. Asimismo, se plantea como beneficio la entrega de un informe detallado con los resultados y conclusiones de la investigación y sugerencias para una mayor satisfacción y bienestar.
2. Existe plena libertad para negarse a participar en este estudio y a retirarse en cualquier momento de la investigación sin que ello implique ningún tipo de recriminación y/o sanción.

Perfil del desarrollo de pacientes menores de 12 años con trastorno del espectro autista

3. Todos los instrumentos de recolección de datos que sean solicitados para proveer información relacionada con este estudio serán sin cargo de ningún tipo para su persona.
4. Cualquier pregunta que quiera realizar en relación con la participación en este estudio, deberá ser contestada por Caroline Brown Almeida y Jessuina Cangás Rivadeneyra investigadores responsables del proyecto, al teléfono 0983265480/ 0989251814 o al mail cbrown@indoamerica.edu.ec/ jcangas@indoamerica.edu.ec. También puede contactarse con la tutora de esta tesis, Jacqueline Gordon, docente-investigadora de la Universidad Tecnológica Indoamérica, cuyos datos de contacto son jacquigordon@uti.edu.ec.
5. El equipo de investigación se compromete a almacenar y resguardar la información recopilada en el curso del estudio a fin de cautelar y garantizar su confidencialidad.
6. Este consentimiento se firma voluntariamente sin que haya sido forzado/a u obligado/a.

Desde ya le agradecemos su participación,

.....
Caroline Brighth Brown Almeida
Investigador Responsable

.....
Nombre y Firma de Participante

.....
Jessuina Fernanda Cangás Rivadeneyra
Investigador Responsable