

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA  
COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

***CAPACITACIÓN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO  
CARRILLO" PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGO  
DE AUTISMO***

**Trabajo Especial de Grado para optar al Título de  
Especialista en Atención Psicoeducativa del Autismo,  
presentado por:**

Castro Balza, Oswaldo de Jesús, CI. 12550362

**Asesorado por:**

Alberto de D'lima, Elke Carolina  
Estrella, Wendy

**Caracas, febrero de 2024**

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA  
COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

***CAPACITACIÓN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO  
CARRILLO" PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE  
RIESGO DE AUTISMO***

**Trabajo Especial de Grado, para optar al Título de Especialista en  
Atención Psicoeducativa del Autismo, presentado por:  
Castro Balza, Oswaldo de Jesús, Cl. 12550362**

**Asesorado por:**  
Alberto de D'lima, Elke Carolina  
Estrella, Wendy

**Caracas, febrero de 2024**

## ACTA DE APROBACIÓN DE TEG



### Comité de Estudios de Postgrado Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo

Quienes suscriben, profesoras evaluadoras nombradas por la Coordinación de la Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo de la Universidad Monteávilá, para evaluar el Trabajo Especial de Grado titulado: "**Capacitación al servicio de pediatría del Hospital Universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo" para la detección temprana de riesgo de autismo**", presentado por el ciudadano: **Castro Balza Oswaldo de Jesús**, cédula de identidad N° V-12550362, para optar al título de Especialista en Atención Psicoeducativa del Autismo, dejan constancia de lo siguiente:

1. Su presentación se realizó, previa convocatoria, en los lapsos establecidos por el Comité de Estudios de Postgrado, el día **17 de febrero de 2024**, en la sede de la Universidad.
2. La presentación consistió en un resumen oral del Trabajo Especial de Grado por parte de su autor, en los lapsos señalados al efecto por el Comité de Estudios de Postgrado; seguido de una discusión de su contenido, a partir de las preguntas y observaciones formuladas por las profesoras evaluadoras, una vez finalizada la exposición.
3. Concluida la presentación del citado trabajo las profesoras decidieron, en vista de lo oportuno y pertinente del tema abordado, otorgar la calificación de Aprobado "A" por considerar que reúne todos los requisitos formales y de fondo exigidos para un Trabajo Especial de Grado, sin que ello signifique solidaridad con las ideas y conclusiones expuestas.

En Caracas, el día 17 de febrero de 2024.

Elke C. Alberto  
CI: 10181638



Maria Isabel Pereira  
CI: 10542092

## CARTA DE CONFIRMACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Wendy Estrella Yannarella, C.I. N° 12.961.820, CONFIRMO QUE EL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO presentado por el estudiante Castro Balza, Oswaldo de Jesús cursante de la Especialización ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO, titulado *CAPACITACIÓN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PEDRO EMILIO CARRILLO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGO DE AUTISMO*, al cual me comprometí a orientar desde el punto de vista académico, cumple con los requisitos para su presentación.

A los 29 días del mes de enero de 2024.



---

Firma del Tutor

### DATOS DEL TUTOR:

Nombre y Apellido: Wendy Estrella Yannarella

Cédula: 12.961.820

## **DEDICATORIA**

A mi madre, no estás físicamente, pero espiritualmente sí, me acompañas, me guías, me apoyas, me cuidas, me proteges, me bendices, gracias por darme la vida y velar por ella, soy quien soy, gracias a ti.

A mi padre, singular bastión y amigo incondicional.

A Dios, la virgen María, al Dr. José G. Hernández y a San Juan Pablo II, mis pilares religiosos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Thania, mi acompañante fiel en esta travesía y las que vienen.

A la Profesora Elke Carolina Alberto, agradezco enormemente su apoyo irrestricto a pesar de los imponderables.

A todos los niños y adolescentes que hacen vida en CEPIA, en especial a Santiago y a Luis David, los verdaderos maestros en nuestro proceso de enseñanza-aprendizaje.

A los médicos del servicio de pediatría del hospital universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, por su apoyo y disposición a la adquisición de saberes en pro de los niños con autismo.

A mis compañeros de postgrado, los llevo en mi corazón.

## ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO

### **CAPACITACIÓN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGO DE AUTISMO**

**Autor/a:** Castro Balza, Oswaldo de Jesús

**Asesores:** Alberto, Elke Carolina

Estrella, Wendy

**Año: 2024**

## RESUMEN

Durante las últimas décadas, la atención temprana ha dado que hablar a nivel mundial. A pesar que se han dado avances para definir las características de los niños en edades tempranas que tienen una conducta que puede estar dentro del autismo, aún queda por atender, los procesos, exactitud y rigurosidad a emplear en la detección temprana del riesgo para su diagnóstico. La intención del estudio, es describir cómo está siendo realizada dicha detección temprana y la formación que tiene el servicio de Pediatría en el Municipio Valera del Estado Trujillo en el Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo. Se pretende desarrollar un programa de capacitación dirigido al servicio, para ofrecerles los conocimientos básicos a los médicos, instrumentos, herramientas utilizadas para la detección temprana de riesgo de autismo, además de las redes de apoyo a quienes acudir, así como su rol al momento de tomar medidas pertinentes a la atención del paciente. *Objetivo:* Capacitar a los médicos del servicio de pediatría del Hospital Central de Valera para la detección temprana de riesgo de Autismo. Se considera una investigación cuantitativa, de campo, no experimental de corte transversal; primero se realizó un pre test al servicio de pediatría, donde se identificaron las señales de alerta para la detección temprana de riesgo sobre el diagnóstico del autismo, se diseñó el taller de capacitación, se aplicó y al finalizar, se realizó el post test a los participantes. Los médicos del servicio refirieron con el 84.21% que las primeras manifestaciones del Autismo, se presentan tempranamente, entre los 6 y 30 meses de vida. Continuar desarrollando programas de formación dirigidos a los médicos para capacitarlos constantemente, quedando clara la importancia del pediatra en la detección precoz de riesgo de autismo en edades tempranas, al ser el primer profesional de la salud al que los padres acuden.

**Línea de trabajo:** Detección de Riesgo del Trastorno del Espectro Autista.

**Palabras clave:** [Autismo, Detección precoz, Médico pediatra, MCHAT, Programa de capacitación]

## ÍNDICE GENERAL

<u>DEDICATORIA</u>	Vi
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	Vii
<u>RESUMEN</u>	Viii
<u>ÍNDICE DE FIGURAS</u>	Xi
<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	Xii
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
<u>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	6
<u>Objetivos del Trabajo Especial de Grado</u>	11
<u>Objetivo General</u>	11
<u>Objetivos Específicos</u>	11
<u>Justificación e Importancia</u>	11
<u>Alcance y Delimitación</u>	13
<u>Cronograma de elaboración del Trabajo Especial de Grado</u>	13
<u>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</u>	14
<u>Antecedentes</u>	14
<u>Bases teóricas</u>	17
<u>Bases legales</u>	83
<u>CAPÍTULO III. MARCO INSTITUCIONAL</u>	85
<u>Historia de la Institución</u>	85
<u>Marco Filosófico</u>	87
<u>Organigrama</u>	89
<u>Población que atiende</u>	90
<u>CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO</u>	94
<u>Línea de Trabajo</u>	94
<u>Línea de Investigación</u>	94

<u>Diseño de Investigación</u>	95
<u>Población y Muestra</u>	98
<u>Técnicas e Instrumento de Recolección de Información</u>	100
<u>Validez</u>	100
<u>Presentación y Análisis de recolección de los Resultados del Diagnóstico</u>	101
<u>CAPÍTULO V. EL PROYECTO Y SU DESARROLLO</u>	145
<u>Introducción</u>	145
<u>Objetivo o Propósito</u>	146
<u>Plan de ejecución del proyecto</u>	146
<u>Incidencias</u>	152
<u>Evaluación y Análisis de resultados</u>	152
<u>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	230
<u>Conclusiones</u>	230
<u>Recomendaciones</u>	235
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	238
<u>APÉNDICES Y ANEXOS</u>	252
<u>Anexo 1. Aspectos físicos del Trabajo Especial de Grado</u>	252
<u>Anexo 2. Niveles de Títulos y Subtítulos</u>	258
<u>Anexo 3. Créditos</u>	259
Anexo 4. Evidencia fotográfica	263

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de Elaboración del Trabajo Especial de Grado	13
Tabla 2. Hitos Socioemocionales	65
Tabla 3. Hitos del Lenguaje y la Comunicación.	68
Tabla 4. Hitos Cognitivos.	73
Tabla 5. Hitos Motores	78
Tabla 6. Cuadro de Variables por Objetivos.	97
Tabla 7. Formación Académica como Médico Pediatra en Relación al Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo.	102
Tabla 8. Participación del Médico Pediatra en Eventos de Formación Permanentes en Relación al Trastorno del Espectro del Autista en los Últimos 5 años.	103
Tabla.9 Definición del Trastorno del Espectro Autista.	105
Tabla 10. Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro del Autista.	107
Tabla 11. Entre los 6 y 30 meses, Edad Ideal Para el Diagnóstico Temprano del Espectro Autista.	108
Tabla 12. Recibimiento en la Consulta Pediátrica Tanto en Pública Como Privada de Niños y/o Niñas con Trastornos del Espectro Autista.	110
Tabla 13. Cantidad de Pacientes Recibidos en la Consulta Pediátrica durante el	111

Periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

Tabla 14. Conocimiento como Médico Pediatra de las Características Principales del Niño con Trastornos del Espectro Autista. 113

Tabla 15. Selección de las Conductas o Características Señaladas a Continuación, que Pudiese Considerar como Médico Pediatra como Indicadores de Trastorno del Espectro del Autista en Niños en Temprana Edad. 114

Tabla 16. Las Alteraciones del Lenguaje Como Indicador del Trastorno del Espectro Autista. 116

Tabla 17. Las Alteraciones en la Comunicación, un Indicador del Trastorno del Espectro del Autismo. 117

Tabla 18. La Falta de Sonrisa Social antes del 1er Año, un Indicador de T.E.A. 119

Tabla 19. La falta de respuesta al llamado por su Nombre Alrededor del Año, Como un Indicador de TE.A. 120

Tabla 20. La Pérdida de Cualquier Habilidad Comunicativa o Social Previamente Adquirida en Edades Tempranas, es un Indicador de T.E.A. 122

Tabla 21. La Escasa Habilidad para Prestar Atención a lo que se le Muestra o Señala a Niños en Edades Tempranas, como Indicador de T.E.A. 123

Tabla 22. Escasa Habilidad para llamar la Atención del Adulto para Mostrarle o Pedirle Algo de su Interés (Atención Conjunta) en Niños en Edades Tempranas como Indicador de T.E.A. 125

Tabla 23. Importancia para el Pediatra de contar con Instrumentos Validados para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 126

Tabla 24. Necesidad de un Modelo De intervención para el Médico Pediatra 128

que Conlleve a Producir Cambios para Mejorar la Situación Actual del Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista.

Tabla 25. Empleo del Médico Pediatra en su Práctica Diaria de Algún Instrumento de Evaluación Validado para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 129

Tabla 26. Nombre del Instrumento de Cribado para Detectar en Edades Tempranas el T.E.A. 131

Tabla 27. Conocimientos de los Médicos Pediatras en la Aplicación del Modified Checklist For Austin in Toddlers (M-CHAT), Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños Pequeños 6-30 meses. 132

Tabla 28. Profesionales a quienes los Médicos Pediatras Consideran que Representen una Mayor Responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Autismo. 129

Tabla 29. Acciones del Pediatra ante la Sospecha de la Existencia en el Niño del Diagnóstico de T.E.A. 133

Tabla 30. Conocimiento de Entrenamiento Adecuado del Médico Pediatra para Detectar de Manera Temprana la Presencia del Trastorno del Espectro Autista en Alguno de sus Padres. 135

Tabla 31. Conocimiento del Médico Pediatra de los Criterios que conllevan a la Detección Temprana del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 137

Tabla 32. Conocimiento como Médico Pediatra en su Área de Acción, de Redes o Instituciones de Apoyo Profesional con las que Cuenta para Realizar el Diagnóstico Interdisciplinario del Trastorno del Espectro del Autista. 139

Tabla 33. Importancia de la Participación del Médico Pediatra En un Programa de Capacitación Para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 140

Tabla 34. Selección por Parte del Médico Pediatra del y/o los Temas Considerados Relevantes a Desarrollar en un Programa de Capacitación con Relación al Trastorno del Espectro del Autismo.	143
Tabla 35. Cuadro de Planificación y Ejecución.	148
Tabla 36. Formación Académica como Médico Pediatra en Relación al Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo.	153
Tabla 37. Participación del Médico Pediatra en Eventos de Formación Permanentes en Relación al Trastorno del Espectro del Autista en los Últimos 5 años.	155
Tabla.38 Definición del Trastorno del Espectro Autista.	157
Tabla 39. Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro del Autista.	159
Tabla 40. Entre los 6 y 30 meses, Edad Ideal Para el Diagnóstico Temprano del Espectro Autista.	160
Tabla 41. Recibimiento en la Consulta Pediátrica Tanto en Pública Como Privada de Niños y/o Niñas con Trastornos del Espectro Autista.	162
Tabla 42. Cantidad de Pacientes Recibidos en la Consulta Pediátrica durante el Periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.	163
Tabla 43. Conocimiento como Médico Pediatra de las Características Principales del Niño con Trastornos del Espectro Autista.	165
Tabla 44. Selección de las Conductas o Características Señaladas a Continuación, que Pudiese Considerar como Médico Pediatra como Indicadores de Trastorno del Espectro del Autista en Niños en Temprana Edad.	166

Tabla 45. Las Alteraciones del Lenguaje Como Indicador del Trastorno del Espectro Autista.	168
Tabla 46. Las Alteraciones en la Comunicación, un Indicador del Trastorno del Espectro del Autismo.	170
Tabla 47. La Falta de Sonrisa Social antes del 1er Año, un Indicador de T.E.A.	171
Tabla 48. La falta de respuesta al llamado por su Nombre Alrededor del Año, Como un Indicador de TEA.	173
Tabla 49. La Pérdida de Cualquier Habilidad Comunicativa o Social Previamente Adquirida en Edades Tempranas, es un Indicador de T.E.A.	174
Tabla 50. La Escasa Habilidad para Prestar Atención a lo que se le Muestra o Señala a Niños en Edades Tempranas, como Indicador de T.E.A.	177
Tabla 51. Escasa Habilidad para llamar la Atención del Adulto para Mostrarle o Pedirle Algo de su Interés (Atención Conjunta) en Niños en Edades Tempranas como Indicador de T.E.A.	178
Tabla 52. Importancia para el Pediatra de contar con Instrumentos Validados para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista en Niños.	180
Tabla 53. Necesidad de un Modelo De intervención para el Médico Pediatra que Conlleve a Producir Cambios para Mejorar la Situación Actual del Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista.	181
Tabla 54. Empleo del Médico Pediatra en su Práctica Diaria de Algún Instrumento de Evaluación Validado para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.	183
Tabla 55. Nombre del Instrumento de Cribado para Detectar en Edades	184

Tempranas el T.E.A.

Tabla 56. Conocimientos de los Médicos Pediatras en la Aplicación del Modified Checklist For Austin in Toddlers (M-CHAT), Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños Pequeños 6-30 meses.	186
Tabla 57. Profesionales a quienes los Médicos Pediatras Consideran que Representen una Mayor Responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Autismo.	188
Tabla 58. Acciones del Pediatra ante la Sospecha de la Existencia en el Niño del Diagnóstico de T.E.A.	189
Tabla 59. Conocimiento de Entrenamiento Adecuado del Médico Pediatra para Detectar de Manera Temprana la Presencia del Trastorno del Espectro Autista en Alguno de sus Padres.	190
Tabla 60. Conocimiento del Médico Pediatra de los Criterios que conllevan a la Detección Temprana del Trastorno del Espectro del Autista en Niños.	191
Tabla 61. Conocimiento como Médico Pediatra en su Área de Acción, de Redes o Instituciones de Apoyo Profesional con las que Cuenta para Realizar el Diagnóstico Interdisciplinario del Trastorno del Espectro del Autista.	192
Tabla 62. Importancia de la Participación del Médico Pediatra En un Programa de Capacitación Para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.	194
Tabla 63. Selección por Parte del Médico Pediatra del y/o los Temas Considerados Relevantes a Desarrollar en un Programa de Capacitación con Relación al Trastorno del Espectro del Autismo.	195

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes de Formación Académica como Médico Pediatra en Relación al Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo. 102

Figura 2. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes: Participación del Médico Pediatra en Eventos de Formación Permanentes en Relación al Trastorno del Espectro del Autista en los Últimos 5 años. 104

Figura 3. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a la Definición del Trastorno del Espectro Autista. 105

Figura 4. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a la Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro del Autista. 107

Figura 5. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes Entre los 6 y 30 meses, Edad Ideal Para el Diagnóstico Temprano del Espectro Autista 109

Figura 6. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes al Recibimiento en la Consulta Pediátrica Tanto en Pública Como Privada de Niños y/o Niñas con Trastornos del Espectro Autista. 110

Figura 7. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a la Cantidad de Pacientes Recibidos en la Consulta Pediátrica durante el Periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. 112

Figura 8. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes al Conocimiento como Médico Pediatra de las Características Principales del Niño con Trastornos del Espectro Autista. 113

Figura 9. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes Selección de

las Conductas o Características Señaladas a Continuación, que Pudiese Considerar como Médico Pediatra como Indicadores de Trastorno del Espectro del Autista en Niños en Temprana Edad. 115

Figura 10. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes: Las Alteraciones del Lenguaje Como Indicador del Trastorno del Espectro Autista. 116

Figura 11. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a Las Alteraciones en la Comunicación, un Indicador del Trastorno del Espectro del Autismo. 117

Figura 12. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes: La Falta de Sonrisa Social antes del 1er Año, un Indicador de T.E.A. 119

Figura 13. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes La falta de respuesta al llamado por su Nombre Alrededor del Año, Como un Indicador de TE.A. 121

Figura 14. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a La Pérdida de Cualquier Habilidad Comunicativa o Social Previamente Adquirida en Edades Tempranas, es un Indicador de T.E.A. 122

Figura 15. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes La Escasa Habilidad para Prestar Atención a lo que se le Muestra o Señala a Niños en Edades Tempranas, como Indicador de T.E.A. 122

Figura 16. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes Escasa Habilidad para llamar la Atención del Adulto para Mostrarle o Pedirle Algo de su Interés (Atención Conjunta) en Niños en Edades Tempranas como Indicador de T.E.A. 124

Figura 17. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes Importancia para el Pediatra de contar con Instrumentos Validados para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 125

Figura 18. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes en la Necesidad de un Modelo De intervención para el Médico Pediatra que Conlleve a Producir

Cambios para Mejorar la Situación Actual del Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista. 127

Figura 19. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes al Empleo del Médico Pediatra en su Práctica Diaria de Algún Instrumento de Evaluación Validado para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 128

Figura 20. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes al Nombre del Instrumento de Cribado para Detectar en Edades Tempranas el T.E.A. 130

Figura 21. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes al Conocimientos de los Médicos Pediatras en la Aplicación del Modified Checklist For Austin in Toddlers (M-CHAT), Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños Pequeños 6-30 meses. 131

Figura 22. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a los Profesionales a quienes los Médicos Pediatras Consideran que Representen una Mayor Responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Autismo. 132

Figura 23. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a las Acciones del Pediatra ante la Sospecha de la Existencia en el Niño del Diagnóstico de T.E.A. 134

Figura 24. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes Conocimiento de Entrenamiento Adecuado del Médico Pediatra para Detectar de Manera Temprana la Presencia del Trastorno del Espectro Autista en Alguno de sus Padres. 136

Figura25. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a los Conocimiento del Médico Pediatra de los Criterios que conllevan a la Detección Temprana del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 136

Figura 26. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a los Conocimiento como Médico Pediatra en su Área de Acción, de Redes o Instituciones de Apoyo Profesional con las que Cuenta para Realizar el Diagnóstico Interdisciplinario del

Trastorno del Espectro del Autista. 137

Figura 27. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes a la Importancia de la Participación del Médico Pediatra En un Programa de Capacitación Para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 139

Figura 28. Porcentaje de Respuestas. Pretest a los Ítems correspondientes en la Selección por Parte del Médico Pediatra del y/o los Temas Considerados Relevantes a Desarrollar en un Programa de Capacitación con Relación al Trastorno del Espectro del Autismo. 142

Figura 29. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a, en la Malla Curricular de su formación académica como pediatra contemplaron en alguna de sus asignaturas, por ejemplo, en Neuropediatría, el Trastorno del Espectro del Autismo. 144

Figura 30. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes en su Proceso de Actualización de Saberes en los Últimos 5 Años, Usted Ha Participado en Eventos de Formación Permanente en Relación al Trastorno del Espectro Autista 154

Figura 31. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a la Definición del Trastorno del Espectro Autista. 156

Figura 32. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a la Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro del Autista. 157

Figura 33. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes Entre los 6 y 30 meses, Edad Ideal Para el Diagnóstico Temprano del Espectro Autista. 159

Figura 34. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes al Recibimiento en la Consulta Pediátrica Tanto en Pública como Privada de Niños y/o Niñas con Trastornos del Espectro Autista. 160

Figura 35. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a la Cantidad de Pacientes Recibidos en la Consulta Pediátrica durante el Periodo de octubre de 2022 a

junio de 2023, con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. 161

Figura 36. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes al Conocimiento como Médico Pediatra de las Características Principales del Niño con Trastornos del Espectro Autista. 163

Figura 37. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes Selección de las Conductas o Características Señaladas a Continuación, que Pudiese Considerar como Médico Pediatra como Indicadores de Trastorno del Espectro del Autista en Niños en Temprana Edad. 165

Figura 38. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes: Las Alteraciones del Lenguaje Como Indicador del Trastorno del Espectro Autista. 167

Figura 39. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a Las Alteraciones en la Comunicación, un Indicador del Trastorno del Espectro del Autismo. 169

Figura 40. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes: La Falta de Sonrisa Social antes del 1er Año, un Indicador de T.E.A. 170

Figura 41. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes La falta de respuesta al llamado por su Nombre Alrededor del Año, Como un Indicador de TEA. 172

Figura 42. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a La Pérdida de Cualquier Habilidad Comunicativa o Social Previamente Adquirida en Edades Tempranas, es un Indicador de T.E.A. 173

Figura 43. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes La Escasa Habilidad para Prestar Atención a lo que se le Muestra o Señala a Niños en Edades Tempranas, como Indicador de T.E.A. 176

Figura 44. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes Escasa Habilidad para llamar la Atención del Adulto para Mostrarle o Pedirle Algo de su Interés

(Atención Conjunta) en Niños en Edades Tempranas como Indicador de T.E.A. 177

Figura 45. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes Importancia para el Pediatra de contar con Instrumentos Validados para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 179

Figura 46. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes en la Necesidad de un Modelo De intervención para el Médico Pediatra que Conlleve a Producir Cambios para Mejorar la Situación Actual del Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista. 179

Figura 47. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes al Empleo del Médico Pediatra en su Práctica Diaria de Algún Instrumento de Evaluación Validado para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 180

Figura 48. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes al Nombre del Instrumento de Cribado para Detectar en Edades Tempranas el T.E.A. 182

Figura 49. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes al Conocimiento de los Médicos Pediatras en la Aplicación del Modified Checklist For Austin in Toddlers (M-CHAT), Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños Pequeños 6-30 meses. 183

Figura 50. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a los Profesionales a quienes los Médicos Pediatras Consideran que Representen una Mayor Responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Autismo. 185

Figura 51. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a las Acciones del Pediatra ante la Sospecha de la Existencia en el Niño del Diagnóstico de T.E.A. 186

Figura 52. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes Conocimiento de Entrenamiento Adecuado del Médico Pediatra para Detectar de Manera Temprana la Presencia del Trastorno del Espectro Autista en Alguno de sus Padres. 188

Figura 53. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a los Conocimiento del Médico Pediatra de los Criterios que conllevan a la Detección Temprana del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 191

Figura 54. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a los Conocimiento como Médico Pediatra en su Área de Acción, de Redes o Instituciones de Apoyo Profesional con las que Cuenta para Realizar el Diagnóstico Interdisciplinario del Trastorno del Espectro del Autista. 193

Figura 55. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes a la Importancia de la Participación del Médico Pediatra En un Programa de Capacitación Para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 194

Figura 56. Porcentaje de Respuestas. Postest a los Ítems correspondientes en la Selección por Parte del Médico Pediatra del y/o los Temas Considerados Relevantes a Desarrollar en un Programa de Capacitación con Relación al Trastorno del Espectro del Autismo. 196

Figura 57. Comparación de Resultado a los Ítems correspondientes de Formación Académica como Médico Pediatra en Relación al Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo. 197

Figura 58 Comparación de Resultado a los Ítems correspondientes Participación del Médico Pediatra en Eventos de Formación Permanentes en Relación al Trastorno del Espectro del Autista en los Últimos 5 años. 198

Figura 59. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a la Definición del Trastorno del Espectro Autista. 199

Figura 60. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a la Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro del Autista. 201

Figura 61. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes Entre los 6 y 30 meses, Edad Ideal Para el Diagnóstico Temprano del Espectro Autista. 202

Figura 62. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes al Recibimiento en la Consulta Pediátrica Tanto en Pública como Privada de Niños y/o Niñas con Trastornos del Espectro Autista. 203

Figura 63. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a la Cantidad de Pacientes Recibidos en la Consulta Pediátrica durante el Periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. 204

Figura 64 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes al Conocimiento como Médico Pediatra de las Características Principales del Niño con Trastornos del Espectro Autista. 205

Figura 65. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes Selección de las Conductas o Características Señaladas a Continuación, que Pudiese Considerar como Médico Pediatra como Indicadores de Trastorno del Espectro del Autista en Niños en Temprana Edad. 206

Figura 66. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes Las Alteraciones del Lenguaje Como Indicador del Trastorno del Espectro Autista. 208

Figura 67 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a Las Alteraciones en la Comunicación, un Indicador del Trastorno del Espectro del Autismo. 209

Figura 68 Comparación de los Resultados a los Ítems correspondientes La Falta de Sonrisa Social antes del 1er Año, un Indicador de T.E.A. 210

Figura 69 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes La falta de respuesta al llamado por su Nombre Alrededor del Año, Como un Indicador De TE.A. 211

Figura 70 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes La Escasa Habilidad para Prestar Atención a lo que se le Muestra o Señala a Niños en Edades Tempranas, como Indicador de T.E.A. 212

Figura 71 Comparación de Resultado a los Ítems correspondientes Escasa Habilidad para llamar la Atención del Adulto para Mostrarle o Pedirle Algo de su Interés (Atención Conjunta) en Niños en Edades Tempranas como Indicador de T.E.A. 214

Figura 72 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes Importancia para el Pediatra de contar con Instrumentos Validados para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 215

Figura 73 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes en la Necesidad de un Modelo De Intervención para el Médico Pediatra que Conlleve a Producir Cambios para Mejorar la Situación Actual del Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autista 216

Figura 74 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes al Empleo del Médico Pediatra en su Práctica Diaria de Algún Instrumento de Evaluación Validado para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 217

Figura 75 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes al Nombre del Instrumento de Cribado para Detectar en Edades Tempranas el T.E.A. 218

Figura 76 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes al Conocimientos de los Médicos Pediatras en la Aplicación del Modified Checklist For Austin in Toddlers (M-CHAT), Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños Pequeños 6-30 meses. 219

Figura 77 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a los Profesionales a quienes los Médicos Pediatras Consideran que Representen una Mayor Responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Autismo. 220

Figura 78 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a las Acciones del Pediatra ante la Sospecha de la Existencia en el Niño del Diagnóstico de T.E.A. 222

Figura 79 Comparación de Resultado a los Ítems correspondientes Conocimiento de

Entrenamiento Adecuado del Médico Pediatra para Detectar de Manera Temprana la Presencia del Trastorno del Espectro Autista en Alguno de sus Padres. 223

Figura 80. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a los conocimientos del Médico Pediatra de los Criterios que conllevan a la Detección Temprana del Trastorno del Espectro del Autista en Niños. 224

Figura 81. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a los conocimientos como Médico Pediatra en su Área de Acción, de Redes o Instituciones de Apoyo Profesional con las que Cuenta para Realizar el Diagnóstico Interdisciplinario del Trastorno del Espectro del Autista. 225

Figura 82 Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes a la Importancia de la Participación del Médico Pediatra En un Programa de Capacitación Para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista. 226

Figura 83. Comparación de Resultados a los Ítems correspondientes en la Selección por Parte del Médico Pediatra del y/o los Temas Considerados Relevantes a Desarrollar en un Programa de Capacitación con Relación al TEA. 229

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día nos referimos al autismo como un trastorno o condición en el que se presentan una serie de desórdenes del desarrollo de origen orgánico, al que se le denomina “Trastorno del Espectro Autista” (TEA); el cual comprende desde las manifestaciones más leves y de mejor pronóstico, en ocasiones muy difíciles de diagnosticar por lo imperceptible que resultan y por lo fácil que tiende a confundirse con otros trastornos con los cuales comparte algunas características, hasta las manifestaciones más severas que generalmente están acompañadas de un importante compromiso intelectual.

Cuando aparece el autismo, se produce en la familia un impacto que afecta su dinámica y que ocasiona en sus miembros, principalmente en los padres, un duelo; en este proceso que se inicia con el diagnóstico, luego de un tiempo, se produce en la mayoría de ellos la aceptación, y es cuando comienzan a enrumbarse en el proceso de atención que permita el abordaje integral de la condición.

El Pediatra el primer profesional de la salud al que los padres acuden para recibir orientación sobre sus observaciones; o es éste quien previene a los padres de algunas situaciones que no se corresponde con las manifestaciones esperadas del desarrollo; de cualquier manera, éste profesional requiere estar formado para poder realizar una detección temprana, lo cual deriva en una atención precoz y garantiza un mejor pronóstico, calidad y condición de vida no solo en el niño sino en su familia.

El Pediatra no puede perder la oportunidad de la detección precoz de riesgo de esta condición, y en este sentido, está llamado entonces a tener una formación que le permita contar con las herramientas necesarias que le faciliten la detección para su aproximación al diagnóstico. Debe ser capaz de reconocer las señales de alerta, los signos, y síntomas iniciales del TEA y recurrir a los instrumentos formales y técnicas de pesquisa sencillas para

aplicar en el control de salud de un niño. (Regatky, Gutson, y Salamanco, 2009).

De cualquier manera, la detección precoz de riesgo de TEA y la instauración de programas de tratamiento temprano en todos los entornos en los que vive el niño mejora el pronóstico de los síntomas propios del autismo, las habilidades cognitivas y la adaptación funcional a su entorno (Hervás, A. y cols 2012 p 780). Para un desarrollo óptimo de las personas afectadas y para aumentar la calidad de vida de los niños, promoviendo así su futura inserción social, la detección precoz es la clave (Ruiz, Posada, Hijano, 2009; Millá, 2009 c.p. Fortea, M. y cols. 2013).

Será considerado en la presente investigación la función del Médico Pediatra con respecto al diagnóstico precoz del Trastorno del Espectro Autista para ello se consultaran aquellos médicos del servicio de pediatría del hospital universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo en la ciudad de Valera del estado Trujillo, para realizar la detección temprana de riesgo, y el taller de capacitación será dictado a los médicos del servicio de pediatría que intervienen en la atención del niño con sospecha temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista y que hacen vida en el centro hospitalario ya señalado.

Conforme a lo señalado, este trabajo especial de grado se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I: Se plasma la caracterización del objeto de investigación, es decir, se define el problema acompañándolo con cifras de otros estudios que sirven como sustento al planteamiento. A su vez se redacta la justificación, el objetivo general, los objetivos específicos, el alcance y las limitaciones. La intención o sentido del presente estudio, es describir cómo está siendo realizada la detección temprana de riesgo para el diagnóstico de TEA en nuestro país, pero en este caso a nivel regional, y, en específico, en el

Municipio Valera del Estado Trujillo, en el Hospital Central de Valera, en cuanto a la formación que tiene el servicio de pediatría, con respecto a la detección oportuna de riesgo para el diagnóstico del TEA. Se pretende desarrollar un programa de capacitación dirigido al servicio de Pediatría, para de esta manera, ofrecerle los conocimientos básicos a los médicos adscritos a dicho servicio, qué instrumentos y qué herramientas están siendo utilizadas para la detección temprana de la población infantil con TEA, tomando en consideración, que en Venezuela y en general, regionalmente hablando, no hay estudios ni entrenamiento en dicha temática, de tal manera que se realizan las siguientes interrogantes:

¿Cómo sería desarrollar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo del Autismo?

Siendo el objetivo general: Capacitar a los médicos del servicio de pediatría del Hospital Central Universitario “Dr. Pedro E. Carrillo” para la detección temprana de riesgo de autismo. Por su parte, las implicaciones prácticas del estudio se justifican, ya que podría aportar nuevos conocimientos producidos desde lo académico a nivel nacional y en especial, regional. Podría ser un aporte para la realización de futuras investigaciones, en cuanto que es un tema en el que aún hacen falta responder muchas incertidumbres.

Desde el punto de vista personal y profesional, como médico, al vivir de lleno las debilidades en el seno del servicio de pediatría, quienes se desenvuelven dentro de este, al escaso registro y como tal, el seguimiento de los pacientes que acuden, con el diagnóstico precoz de TEA, lo que conlleva a que la intervención multidisciplinaria, no sea temprana, de tal manera, que es una prioridad, llevar a cabo el programa de capacitación y así, incidir en la mejoría de las condiciones de los niños con la condición.

Capítulo II: Se presentan los antecedentes de la investigación, que sustentan y brindan aportes significativos que repercuten en el análisis de los

resultados a nivel internacional y nacional, cuyos aportes sustentan el presente estudio. Del mismo modo se desarrolla el marco teórico las cuales incluyen: la definición de TEA, los criterios clínicos según el DSM-V, además señales de alerta para detección temprana de riesgo, rol del pediatra, instrumento de cribado, MCHAT, redes de apoyo. Bases legales en los cuales se conceptualiza la temática y el significado jurídico que posee como lo es la Constitución Bolivariana de Venezuela, la Ley Orgánica de Protección del niño, niña y adolescente (2015), la Ley para las Personas con Discapacidad (2009), la Ley Orgánica de la Salud (1998) y la Ley de atención integral para las personas con trastornos del espectro autista (2023).

Capítulo III: En el capítulo III se describe la historia de la institución donde se realizó la investigación, así como su visión, misión y valores institucionales, y por último el organigrama de la institución liderado por fundasalud, director del hospital, secretaria, subdirección, comisión técnica, comisión docente, dirección administrativa, dirección de autogestión y los distintos departamentos médicos como el de pediatría.

Capítulo IV: El Capítulo IV hace mención a la metodología empleada para llevar a cabo el estudio, cuya línea de investigación es Detección Temprana de Riesgo del Trastorno del Espectro Autista. El tipo de investigación es de tipo aplicada, de desarrollo, explicativo; el diseño de la investigación es no experimental, transeccional, de campo. La muestra y la población son las mismas, tiene una población conformada por los médicos del servicio de pediatría del Hospital Universitario “Dr. Pedro E. Carrillo”, como instrumento de recolección se generó una encuesta tipo escala de estimación de Likert, el cual está compuesto por 28 preguntas, con diferentes opciones de respuesta.

Capítulo V: El Capítulo V, es el Proyecto, que responde al diagnóstico de la investigación. Este incluye el propósito del estudio que fue Capacitar al

servicio de pediatría del Hospital Central Universitario “Dr. Pedro E. carrillo para la detección temprana de riesgo de Autismo. En este apartado se anexa el Plan de Ejecución del Proyecto y se exponen los resultados y análisis de los resultados del post test.

Capítulo VI: Se desarrollan las Conclusiones y Recomendaciones, en donde se plantean las conclusiones de los resultados del estudio realizado y las recomendaciones correspondientes como alternativas de respuesta para la búsqueda de soluciones a la problemática expuesta. Para finalizar se presentan las referencias bibliográficas donde se incluyen todas las fuentes consultadas a lo largo del estudio, más los anexos donde se recopilan los instrumentos de recolección de datos, así como las evidencias de lo acaecido en las actividades realizadas (taller de capacitación).

## **CAPÍTULO I.**

### **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante las últimas décadas, la atención temprana ha dado qué hablar a nivel mundial. A pesar de que se han dado vigorosos avances históricos en torno a definir las características de las personas que tienen una conducta que puede estar dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA), aún queda por atender, y de manera oportuna, a los procesos, la exactitud y la rigurosidad que se debe emplear en el diagnóstico.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5ta edición (DSM V, 2014), define el TEA como trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades persistentes que se pueden agrupar en cuatro grandes bloques o criterios sintomáticos: dificultades en la comunicación social y la interacción social, patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que deben estar presentes desde las primeras fases del desarrollo (aunque pueden no manifestarse hasta más tarde) y cuyos síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en varias áreas importantes del funcionamiento habitual de la persona (APA, 2014).

El TEA también se define por patrones de comportamiento, actividades o intereses restringidos, que se manifiestan de forma distinta según la edad y la capacidad, la intervención y las ayudas actuales Montagut, et. Al. (2018). En los últimos años se ha establecido una prevalencia del TEA de cerca del 1% de la población. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2018) acaba de publicar los datos actualizados de prevalencia estimada del TEA en el país: 1 niño/a entre cada 59 a la edad de ocho años. Según estos

estudios, la prevalencia mundial parece estar aumentado (CDC, 2018).

Los TEA afectan a cada persona de manera diferente y pueden ser desde muy leves hasta muy graves. Las personas con estos trastornos tienen ciertos síntomas en común, sin embargo, existen diferencias en cuanto al comienzo de los síntomas, qué tan graves son, cuántos de estos se presentan y si se tienen otras dificultades asociadas al trastorno. Según su nivel de afectación, los niños pueden tener TEA de grado 1, 2 o 3. La gravedad se basa en el deterioro de la comunicación social y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

La detección precoz es fundamental para poder intervenir tempranamente e intentar variar el pronóstico funcional a largo plazo de los niños con TEA. En este sentido, los profesionales que controlan o hacen seguimiento del desarrollo de niños pequeños tienen un rol fundamental en la sospecha, detección de signos tempranos y derivación oportuna a evaluación y tratamiento especializado. De tal manera que Zalaquett (2014), manifiesta que, es ampliamente aceptado que mientras más temprano comience la intervención, mejores resultados se obtienen en el curso del desarrollo.

Las señales de alarma son todas aquellas desviaciones significativas de los patrones evolutivos habituales referidos al desarrollo. Se refiere a signos observables en el niño y en su conducta que indican una señal de alerta sobre el desarrollo que pudiera no ir avanzando de acuerdo a pautas evolutivas normalizadas. Las señales de alarma tempranas para la detección de TEA son aquellas desviaciones referidas al desarrollo comunicativo, social, y flexibilidad de intereses y de conducta.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) (2006) ha recomendado la vigilancia del desarrollo en cada visita preventiva de salud, de tal manera que cualquier preocupación debe ser evaluada con prontitud. Se recomienda además la aplicación de pruebas estandarizadas en los controles de supervisión de salud de 9, 18 y 24 o 30 meses de edad. Para

el 2018, la misma AAP recomienda una estrecha vigilancia de todos los niños durante los primeros 2 años, para obtener un diagnóstico de TEA tan rápido como sea posible.

Es así que, de acuerdo a Álvarez (2015), dado el incremento exponencial en la prevalencia de TEA; la falta de datos epidemiológicos actuales (en Venezuela no existen datos epidemiológicos de la situación, pero se reconoce que ha habido un aumento en el número de consultas sobre este trastorno), junto con la posibilidad de detección precoz evitando las demoras en el diagnóstico, es de gran importancia la sensibilización y conocimiento de los profesionales de la salud, de este trastorno.

El paso del tiempo compromete no solo sus posibilidades de desarrollo, relacionamiento y de adaptación, sino también la eficacia terapéutica y, por tanto, el pronóstico y la calidad de vida del niño y su familia. Según Álvarez (2015), la vigilancia del desarrollo del niño mediante la observación de los hitos del desarrollo en las diferentes aéreas constituye una estrategia fundamental para diagnosticar precozmente estos trastornos; sabiendo que el diagnóstico, estimulación y tratamiento precoz mejora el pronóstico del paciente.

Zabala (2012, p.176) destaca el rol del pediatra como agente primario de detección de personas con TEA, quien es capaz de detectar las alteraciones en el desarrollo del niño desde su nacimiento. La autora señala que “la detección precoz y la intervención temprana son las condiciones más importantes en la clínica para el abordaje terapéutico del niño con Trastorno del Espectro Autista. Una vez más se destaca el rol del pediatra como eje principal en el cuidado y desarrollo del binomio niño-familia”.

El médico pediatra es el primer profesional consultado por los padres. Estos esperan que el pediatra no solo sea un experto en atender a sus hijos durante una enfermedad, sino que también lo sea en temas vinculados al desarrollo. Es por esto, que la consulta pediátrica es un contexto natural idóneo para la observación de señales de alarma

tempranas en el desarrollo infantil y es necesario indagar sobre los conocimientos que poseen los pediatras acerca de las mismas. De acuerdo a Gallo (2021), el abordaje interdisciplinario en los niños con TEA resulta favorable e indispensable, ya que una sola disciplina no puede ni debe dar cuenta de este trastorno del desarrollo humano.

A cargo del pediatra de cabecera estará entonces, a través de los controles periódicos del niño sano, descubrir los trastornos del desarrollo observando las desviaciones y signos precoces que ocurran y hagan sospechar de TEA. Se puede decir, al igual como lo manifiesta Mesa (2016), que aún hay falta de información y capacitación sobre varios aspectos del trastorno, entre ellos, los instrumentos diagnósticos, puntualmente en la formación de profesionales como los pediatras. En relación a esto, muchos profesionales de la salud, incluso de la educación, buscan capacitarse y estar al tanto, así como también realizar movimientos de concientización, pero sin dudas aún queda mucho por investigar y conocer.

Conociendo cuáles comportamientos/características son necesarios para el diagnóstico del autismo, se considera que se pueden generar programas capacitación para la detección temprana del TEA dirigida a médicos pediatras, debido a que en una cita médica rutinaria, es posible que no se aprecien síntomas claros de autismo, en especial si es un niño muy pequeño o si el profesional no está sensibilizado o preparado por reconocer estos signos, ya que son ellos, los pediatras en primera instancia, los que pueden identificar los primeros patrones de comportamiento y dar la alerta sobre la posibilidad de que estos niños puedan presentar características o síntomas del TEA y con esta información, referirlos a un especialista que pueda realizar un diagnóstico de TEA profesional y adecuado, tan rápido como sea posible.

En este particular, esto generará una atención médica adecuada y el inicio de las intervenciones especializadas, debido a que el acuerdo general,

de acuerdo a Far (2018), es que la intervención temprana en casos de TEA puede mejorar múltiples áreas de la calidad de vida del paciente. Este diagnóstico temprano ayudará a la planificación adecuada de las intervenciones clínicas de los niños con TEA.

La intención o sentido del presente estudio, es describir cómo está siendo realizado el diagnóstico de TEA en nuestro país, pero en este caso a nivel regional, y, en específico, en el Municipio Valera del Estado Trujillo, en el Hospital Central de Valera, en cuanto a la capacitación que tiene el servicio de Pediatría, con respecto al diagnóstico precoz del TEA. Se pretende desarrollar un programa de capacitación dirigido al servicio de Pediatría, para de esta manera, ofrecerle los conocimientos básicos a los médicos adscritos a dicho servicio, qué instrumentos y qué herramientas están siendo utilizadas para la detección temprana de la población infantil con TEA, por otro lado, de alguna manera, destacar el gran valor en la formación del pediatra y su impacto en la calidad de vida, no solo del niño con el diagnóstico, sino además, de la familia que tiene un hijo con TEA, en la necesidad de hacer énfasis en el valor humano en la acción del especialista, el cual trasciende y tiene un mayor alcance, más allá del marco de la salud o incluso del mismo diagnóstico, tomando en consideración, que en Venezuela y en general, regionalmente hablando, no hay estudios ni entrenamiento en dichas temáticas, de tal manera que se realizan las siguientes interrogantes:

¿Cómo sería desarrollar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo del Autismo?

¿Determinar cuáles son los elementos, temas o criterios que debe contener un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo del Autismo?

¿Cómo se podría diseñar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo?

¿De qué manera se podría aplicar Conocer un programa de

capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo?

¿Cuáles serían los aspectos a evaluar de un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo?

## **Objetivos del Trabajo Especial de Grado**

### ***Objetivo General***

Capacitar a los médicos del servicio de pediatría del Hospital Central universitario “Dr. Pedro E. Carrillo” para la detección temprana de riesgo de Autismo

### ***Objetivos Específicos***

Identificar la información y conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo.

Diseñar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo.

Aplicar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo.

Evaluar la información y conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de Autismo a partir del programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría.

## **Justificación e Importancia**

Es pertinente capacitar a especialistas que trabajen con esta población, para que, llegado el niño a una institución, no habiendo sido diagnosticado aún, puedan ayudar con las primeras sospechas. A nivel social, ayudaría a pensar en generar nuevas y mejores políticas públicas, sumadas a las existentes, que atiendan las necesidades de las personas involucradas, tanto las personas con TEA como sus familias.

De igual manera, aportaría nuevas miradas para la concientización en diferentes ámbitos. A nivel profesional, se podría hablar de capacitación y mayor interés por estudiar temas asociados, así como realizar posibles estandarizaciones de los instrumentos existentes. A nivel educacional, podría aportar nuevos saberes al ámbito académico, teniendo en cuenta la importancia del tema y que es necesario que los futuros profesionales estén al tanto y formados en el área.

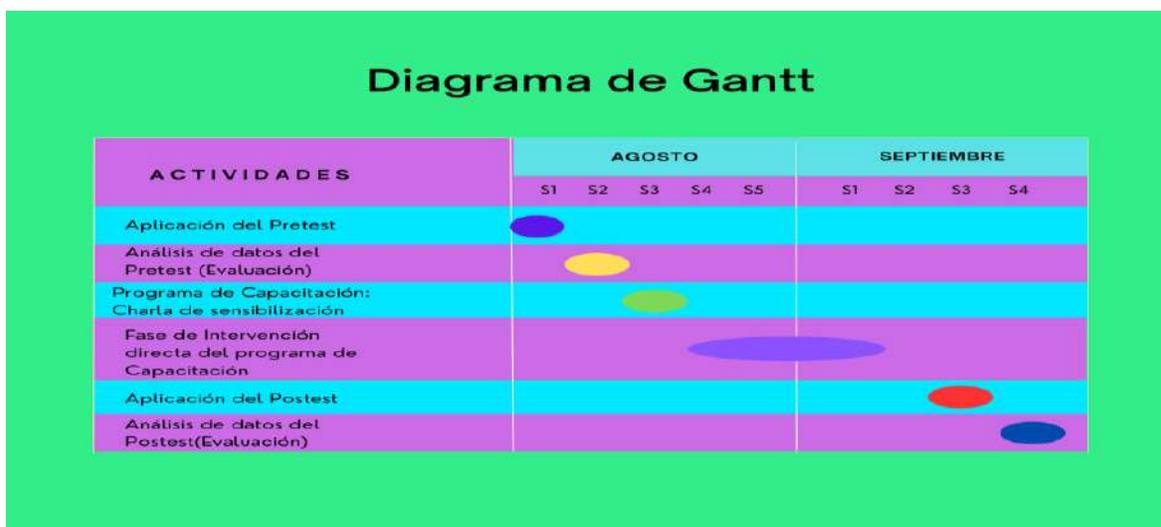
Se considera importante realizar esta investigación (programa de capacitación), ya que podría aportar nuevos conocimientos producidos desde lo académico a nivel nacional y en especial, regional. Podría ser un aporte para la realización de futuras investigaciones, en cuanto que es un tema en el que aún hacen falta responder muchas incertidumbres.

Desde el punto de vista personal y profesional, como médico, al vivir de lleno las debilidades en el seno del servicio de pediatría, quienes se desenvuelven dentro de este, al escaso registro y como tal, el seguimiento de los pacientes que acuden, con el diagnóstico precoz de TEA, lo que conlleva a que la intervención multidisciplinaria, no sea temprana, de tal manera, que es una prioridad, llevar a cabo el programa de capacitación y así, incidir en la mejoría de las condiciones de los niños con la condición.

## Alcance y Delimitación

La capacitación para la detección temprana de riesgo del Autismo, será llevada a cabo en el servicio de pediatría, del hospital universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, en la ciudad de Valera, Municipio Valera, Parroquia Mercedes Díaz, Estado Trujillo-Venezuela, dirigido a los médicos que hacen vida activa en dicha institución, el cual se iniciará desde marzo de 2023, hasta febrero de 2024, tiempo correspondiente al 2do y 3er semestre de la Especialización en atención psicoeducativa en Autismo.

## Cronograma de elaboración del Trabajo Especial de Grado



## **CAPÍTULO II.**

### **MARCO TEÓRICO**

De acuerdo a Arias, (1999) el marco teórico es producto de la revisión documental-bibliográfica y consiste en una recopilación de autores conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar, los cuales comprenden los antecedentes de investigación, bases teóricas y sistema de variables.

#### **Antecedentes**

Según el metodólogo Arias, (1999) los antecedentes son investigaciones realizadas anteriormente que guardan alguna vinculación con el problema en estudio.

A continuación, se hará referencia a algunos de los antecedentes tanto nacionales como internacionales los cuales señalarán y ahondarán algunos datos importantes para así sustentar el marco teórico de este proyecto. Según Arias, (2012), el marco teórico o marco referencial “Es el producto de la revisión documental – bibliográfica y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones que sirven de base a la investigación por realizar.”

Por otro lado, en la Universidad de la República, Uruguay, Álvarez Yessica y otros (2015), llevaron a cabo un estudio titulado “Características clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con trastornos del espectro autista asistidos en la unidad de psiquiatría del centro hospitalario Pereira Rosell”. En cuanto a la detección y tipo de síntomas iniciales, los más frecuentes detectados fueron alteraciones en el lenguaje (ausencia, dificultad o regresión del lenguaje) en el 24.6% (17), problemas de conducta

15.9% (11) y problemas de interacción social 4% (6). Se observaron 53,6 % (37) que presentaban combinación de síntomas en más de un área, de los cuales en el 86.5% (32) de ellos se constató el lenguaje afectado acompañando las otras áreas. Los primeros síntomas fueron notados por los familiares cercanos en un 71% (49) (madres, padres, abuelos), 21.8% (15) sector institucional educativo (maestros y psicólogos de instituciones), 7,2% (5) pediatras y médicos del primer nivel de atención. Los pacientes ingresaron a la unidad especializada de TEA con una edad promedio de 5 años, referidos por Neuropediatra 48% (34), Psiquiatras del primer nivel 35% (24), otros profesionales de la salud 17% (11).

A nivel Nacional, encontramos el trabajo de Polanco (2016) de la Universidad Monteávila, Caracas, quien optaba al título de especialista en atención psicoeducativa en autismo, "Rol del pediatra en la detección temprana de indicadores y factores de riesgo del trastorno del espectro autista". Los resultados del mismo evidenciaron que la edad de los pediatras pareciera encontrarse relacionada con la formación que en torno a la condición TEA habían recibido durante su formación académica; los pediatras de más edad reportaron no haber conocido del tema a través de su pensum de estudio, mientras que los pediatras de menos edad sí. Esto pudiera guardar relación con el hecho de que con anterioridad el estudio del autismo solo estaba supeditado a algunas instituciones, la mayoría no gubernamentales que por motivos generalmente personales se agrupaban.

Los pediatras que se capacitan posteriormente son los de menos edad, y lo hacen por iniciativa propia, por lo tanto, la falta de formación formal y continua es lo que pudiera estar limitando la capacidad para lograr con pericia la detección temprana de los signos de alerta del Trastorno del Espectro Autista; 59,99% indicó que su preparación estaba por debajo de la categoría "buena"; sin embargo, de forma paradójica el 37,5% de los pediatras que reportaron no haber recibido ningún tipo de formación ni durante la carrera ni posterior a ella indicaron tener por lo mínimo "buena"

capacidad para la detección de factores de riesgo, no quedando claro sobre la base de qué aspectos han desarrollado la pericia.

El 100% de los pediatras encuestados señaló que durante su práctica habitual no usa ningún tipo de escala, cuestionario o test que le permita valorar la presencia de señales de alerta que pudieran indicar un trastorno del Neurodesarrollo y que le permitan derivar a la estimulación temprana; se infiere que desconocían de la existencia de los mismos.

En torno a su papel de importancia en la detección temprana al ser los primeros especialistas a los que acuden los padres para consultar sus dudas y sospechas, el 100% expresa entenderlo y además comparten la idea de aumentar su nivel de conocimiento.

Por último, Ojeda Franklin (2020), optando al título de especialista en atención psicoeducativa en autismo, también en la Universidad Monte Ávila, destaca el estudio Taller “Diagnóstico precoz en el trastorno del espectro autista en edades comprendidas entre los 0 meses y 6 años”, dirigido a los pediatras del centro médico quirúrgico hospital privado. Barquisimeto, Edo Lara. Los resultados del mismo evidenciaron que la mayoría de los Pediatras ha participado en eventos de formación, pero ninguno está claro en lo que se refiere a las características del niño con esta condición en edades tempranas entre los 0 y 18 meses. El 100% de los pediatras encuestados señaló que durante su práctica habitual no usa ningún tipo de escala, cuestionario o test que le permita valorar la presencia de señales de alerta que pudieran indicar un trastorno del Neurodesarrollo y que le permitan derivar a la detección de un TEA.

De forma unánime indican intención de incluir dentro de su práctica diaria el uso de instrumentos que les facilite detectar señales de alarma y les permita realizar en forma rápida una detección precoz que permita referir para una evaluación integral y un proceso de atención temprana recibiendo los beneficios que la misma representa para el niño que muestre alguna

alteración en su desarrollo evolutivo.

### **Bases teóricas**

Según Arias, (1999), las bases teóricas son el producto de la revisión documental-bibliográfica y consiste en una recopilación de autores conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar, los cuales comprenden los antecedentes de investigación, bases teóricas y sistema de variables.

### **Trastornos del espectro autista. Definición.**

Autismo proviene del griego “autos” y significa “sí mismo”, y fue introducido por Bleuler para expresar el aislamiento o ensimismamiento de algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en una conducta intencional de evitar relaciones sociales.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un trastorno del desarrollo, de origen multicausal, que da lugar a diferencias significativas en las habilidades que típicamente se esperan en los niños y niñas, en tres aspectos fundamentales: interacción social, comunicación verbal y no verbal, y flexibilidad de intereses y de conducta.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son una gama de disfunciones del desarrollo Neurológico, con una base genética dominante, de origen en la infancia y que se caracterizan con síntomas relacionados con dificultades marcadas en el área de la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades. (American Psychiatric Association, 2015).

Se dice que es un Trastorno ya que es una condición en la que se ven alteradas cualitativamente un conjunto de capacidades en el desarrollo comunicativo, social y cognitivo. Finalmente, el término espectro explica la dispersión de los síntomas; “nos encontramos ante un conjunto de síntomas

semejantes que permiten identificar el trastorno, pero a su vez presenta una amplia diferencia en la afectación de los mismos” (Gallego, 2012, p.8). Esto ocasiona por lo general un deterioro significativo en varios ámbitos importantes del funcionamiento habitual.

Aun cuando se puede encontrar grandes diferencias en cuanto a coeficiente intelectual o gravedad de los síntomas, existen una serie de características comunes: problemas de reciprocidad social y de comunicación (verbal y no verbal) y conductas restringidas y repetitivas.

Así mismo el Trastorno del Espectro Autista suele manifestarse durante los tres primeros años de vida, aunque al no existir ningún tipo de retraso intelectual ni rasgo físico que ayude a identificarlo puede diagnosticarse mucho más tarde.

Por otro lado, Zúñiga, Balmaña, & Salgado (2017), manifiestan que: “El TEA es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico e inicio en la infancia, que afecta el desarrollo de la comunicación social, como de la conducta, con la presencia de comportamientos e intereses repetitivos y restringido”.

Según Daniel Valdez (2016) “El autismo es un síndrome que afecta la comunicación social y la flexibilidad en distintos grados según cada caso. Por eso, en los manuales internacionales se habla en la actualidad de trastornos del espectro autista (TEA). ¿Qué significa? Si el “espectro” de colores describe las distintas gamas de colores con sus diversas tonalidades, hablar de “espectro autista” supone referirse a un continuo dimensional con la misma diversidad que los colores de un arco iris” (p.8).

Existen dos sistemas internacionales de clasificación de trastornos psiquiátricos y de la conducta, los mismos, se crearon para lograr homogeneizar y unificar lo que es la conceptualización de los trastornos mentales y sus criterios diagnósticos profesionales, cada uno de ellos realizaron los siguientes manuales: por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2021)); el “International Classification of Diseases” (ICD); por la

American Psychiatric Association (APA); y el “Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders” (DSM), por esta razón, son los encargados de definir lo que es el Trastorno del Espectro Autista.

Según el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y gracias a la publicación hecha por la OMS, el término de Autismo es definido como “un grupo de afecciones caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo”.

Hoy en día la OMS y sus asociados, perciben la necesidad existente en los países, del fortalecimiento en cuanto a la promoción de salud y bienestar óptimo, para las personas con TEA, centrando a la vez sus esfuerzos en base a: compromiso de los gobiernos acerca de este tema, orientación para planes de acción, contribución en la obtención de pruebas, también se encuentra reflejado su trabajo en la creación de programas de capacitación de padres y cuidadores de niños con trastornos del desarrollo.

Según lo descrito por Loovas y Smith (1989), los niños con autismo poseen ciertas características comunes, que a la vez generan varias dificultades, pareciera que los mismos pertenecieran a un grupo homogéneo, pero luego de conocer las investigaciones hechas a esta población, se reconocen una gama amplia de desigualdades personales, también se destacan logros, que se evidencian de manera distinta tras los tratamientos en cada individuo, lo cual repercute directamente en sus niveles de adaptación social, afectiva y cognitiva.

Como investigadores pioneros sobre el tema se destacaron Kanner, en EE.UU, y Asperger en Austria. Estos trastornos fueron descritos por primera vez por Leo, Kanner (1943), en su libro publicado con el título de: “Alteraciones autísticas del contacto afectivo”, casi coincidió cronológicamente con la descripción del autismo llevada a cabo por el pediatra vienés Hans, Asperger (1944) en su libro titulado: “Psicopatía autística”. Ambos describieron cuadros clínicos que hoy se incluyen en los

denominados trastornos del espectro autista.

En función de las investigaciones y hallazgos científicos, la valoración del TEA fue variando a lo largo del tiempo. Tanto las descripciones de Kanner (1943) como de Asperger (1944) se centraron en aspectos muy peculiares de la conducta infantil. Ambos autores hicieron referencia a pacientes con alteraciones en el comportamiento social, el lenguaje y las habilidades cognitivas. De este modo, ambos destacaron el aislamiento que manifestaban sus pacientes. La diferencia más notable entre los niños de Asperger y los niños de Kanner era el lenguaje, más conservado en los primeros. En los años 50 fue considerado un trastorno psicogénico, y en algunos países fueron enfocados como psicosis.

A partir de los años 70 se pusieron en debate estas hipótesis vinculadas a la psicosis y se lo comenzó a enfocar como trastornos del desarrollo en las áreas de la socialización, la comunicación y la imaginación. Se creó el término TGD, Trastornos Generalizados del Desarrollo, el cual no resultó afortunado ya que no todo el desarrollo se encuentra afectado. En esta época, diversos investigadores retomaron los escritos para empezar a desarrollar investigaciones dirigidas a explicar el Trastorno del Espectro Autista desde una perspectiva cognitiva y neurobiológica.

Lorna Wing y Judith Gould (1979) publicaron un estudio donde desarrollaron el concepto de tríada de síntomas conductuales, conocida como la “tríada Wing”, allí establecieron las áreas deficitarias ya definidas por Kanner y Asperger. Esta tríada hizo referencia al déficit en la reciprocidad social, dificultades en la comunicación verbal y no verbal, y patrones repetidos y estereotipados de conducta, así como intereses restringidos. Ambas estipularon distintos niveles de afectación sustituyendo la idea de una serie de síntomas necesarios y suficientes por la de “espectro” o “continuo” de dimensiones alteradas en mayor o menor medida (A. Riviere, 1991).

En los años 80, Wing incorporó la denominación Trastornos del Espectro Autista (TEA), pero este concepto recién se incluyó en el último

Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría 5ª edición (DSM V) en el año 2013. Hasta entonces, se hablaba de Autismo o Síndrome Autista. A partir de los aportes de Lorna Wing (1981) se resaltó la noción dimensional de una evolución, no una categoría de afecciones en las que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la flexibilidad mental.

Wing fue una psiquiatra británica que utilizó el término Trastornos del Espectro Autista en un trabajo publicado en 1981. En él, describió 34 casos de niños y adultos con autismo, en un rango de edad de 5 a 35 años, los cuales tenían una gran semejanza con la descripción elaborada tanto por Asperger como Kanner, y no coincidían fácilmente con los criterios diagnósticos para autismo que eran utilizados en ese momento por clínicos y académicos. Es ella quien acuñó el término por primera vez y ha proveído de una nueva categoría diagnóstica dentro del espectro autista.

En la década del 90, tanto la Organización Mundial de la Salud en su décima edición, CIE 10, como la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales, DSM 4, incluyen el síndrome. Hubo un reconocimiento de que el autismo o el Trastorno Generalizado del Desarrollo era un síndrome heterogéneo en el que aparecían varios subtipos. A partir de entonces, se ha ido desvelando la importancia de este trastorno, tanto por su elevada prevalencia, como por la repercusión social que comporta en las personas que lo padecen.

Tras el paso de los años, se han realizado cambios en la concepción del Trastorno del Espectro Autista, lo que ha producido cambios también en los manuales utilizados para su diagnóstico. Esto ocurrió en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), algunos de los cambios más recientes son los que ocurrieron entre el DSM-IV (1994) y DSM-V (2013). Las diferencias entre ambos fueron:

El trastorno del espectro autista era definido como un trastorno generalizado del desarrollo. Dentro del trastorno generalizado del desarrollo

se establecieron 5 subtipos: trastorno autista, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Los síntomas debían aparecer antes de los 36 meses. El trastorno se caracteriza por presentar 3 síntomas: déficit en la reciprocidad social, déficit en el lenguaje o la comunicación, repertorio de intereses y actividades repetitivas y restringidas.

El trastorno del espectro autista recibió el nombre como tal y fue incluido en una categoría más amplia denominada “trastornos del neurodesarrollo. Se han eliminado los distintos subtipos, quedando así una única categoría general denominada “trastornos del espectro autista”. Los síntomas debían aparecer en edad temprana, no necesariamente antes de los 36 meses. El trastorno se caracteriza por presentar dos bloques de síntomas, los cuales son: comportamientos restringidos y repetitivos y déficit en la comunicación social

A partir de las distintas revisiones de los referentes diagnósticos y de la clasificación del DSM, se definió finalmente al autismo como Trastorno del Espectro Autista. “Los trastornos del Espectro Autista (TEA) son una gama de disfunciones del desarrollo Neurológico, con una base genética dominante, de origen en la infancia y que se caracterizan con síntomas relacionados con dificultades marcadas en el área de la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades. Esto genera por lo general un deterioro significativo en varios ámbitos importantes del funcionamiento habitual” (DSM V, 2013 p.28).

Cómo se desarrolló anteriormente, en la última versión del DSM se denominó al autismo como Trastorno del Espectro Autista, ya que reconoció la sintomatología autista común a todas las personas en un amplio espectro de fenotipos. Esta denominación incluyó a todos los subtipos de autismo descritos en los sistemas diagnósticos previos. Según el DSM-5 (2013), el diagnóstico de TEA requiere la presencia de todos los siguientes criterios:

Deterioro cualitativo de la comunicación social e interacción manifestado por 3 signos: 1. Déficit en

reciprocidad socioemocional. 2. Déficit en conductas comunicativas no verbales para la interacción social. 3. Déficit en el desarrollo y mantenimiento de relaciones apropiadas a su nivel de desarrollo. 4. Híper o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno, como indiferencia aparente al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, olfatear excesivamente o tocar objetos, fascinación por luces u objetos que giran (P.28)

Como se describió anteriormente, según la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013), los síntomas patognomónicos de TEA son dos: los déficits en la comunicación social y los comportamientos e intereses restringidos y repetitivos, son considerados criterios para su diagnóstico y a su vez, pueden variar en distintos grados de severidad de acuerdo al grado de apoyo que necesita la persona con este trastorno.

Los TEA afectan a cada persona de manera diferente y pueden ser desde muy leves hasta muy graves. Las personas con estos trastornos tienen ciertos síntomas en común, sin embargo, existen diferencias en cuanto al comienzo de los síntomas, qué tan graves son, cuántos de estos se presentan y si se tienen otras dificultades asociadas al trastorno. Según su nivel de afectación, los niños pueden tener TEA de grado 1, 2 o 3. La gravedad se basa en el deterioro de la comunicación social y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos. Los niveles de severidad del TEA (DSM V, 2013) son: nivel 3 (necesita ayuda muy notable), nivel 2 Necesita ayuda notable, nivel 1 necesita ayuda.

### **Desarrollo del niño**

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2017) los términos desarrollo, desarrollo psicomotor o neurodesarrollo se utilizan indistintamente para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia, relativas al lenguaje, la

cognición, la motricidad, la interacción social y la conducta, define entonces al desarrollo infantil como: "...un proceso dinámico y continuo de organización progresiva y compleja de las funciones cerebrales en el que convergen tanto factores genéticos como medioambientales. Este proceso comienza en el útero y continúa después del nacimiento" (p.53).

En los niños con TEA, este desarrollo se encuentra afectado en diferentes dimensiones. Riviere (1997) plantea el Inventario Del Espectro Autista (IDEA) donde determina cuatro niveles característicos. Luque Berenice (2012) retoma las dimensiones propuestas en el inventario y refiere que los niños con Trastornos del Espectro Autista comienzan a manifestar, entre los 12-18 meses y los 3 años, alteraciones en las siguientes áreas del desarrollo:

#### **Relaciones sociales: Corresponde a la dimensión social en el IDEA.**

Las relaciones sociales son aquellas interacciones que se desarrollan entre individuos en diferentes contextos. Piaget (1986) entiende al desarrollo social como un proceso que comienza bajo un individualismo absoluto y avanza hacia formas crecientes de socialización. Sus aportes al estudio de la infancia, plantearon que el desarrollo cognitivo es una construcción continua del ser humano, marcada por varias etapas, necesidades y acciones. Es así como Piaget divide esas etapas en periodos de tiempo y define el momento y el tipo de habilidad intelectual que un niño desarrolla según la fase cognitiva en la que se encuentra. Estos períodos son: sensorio motor, preoperatorio, operaciones concretas y operaciones formales.

En relación a la socialización, se hace referencia al niño en su interés por otros niños y sus habilidades sociales. Según Elia Roca (2005) "Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias. (...) Son pautas de funcionamiento que nos permiten relacionarnos con otras personas" (p.11).

Piaget (1986) sostiene que, durante el desarrollo del niño, en el primer período sensorio motor, éste pasa por un período de egocentrismo donde no logra ponerse en el lugar del otro. La atención está centrada en sí mismo y hace que no busque interactuar con otros. Es por esto que los juegos suelen ser en paralelo, donde cada niño genera un juego propio sin vincularse o interactuar con el otro. Luego, en el período objetivo simbólico, ya superando los tres años, el niño se interesa por iniciar interacciones pudiendo establecer juegos compartidos.

Para que el niño se interese por otros niños, primero se debe establecer un diálogo interactivo entre ese niño y su madre. Es a partir de poder vincularse con un otro y de descentrar la atención en sí mismo que podrá establecer relaciones con sus pares. Esta habilidad se relaciona claramente con la concepción del sujeto como "ser social". Las experiencias tempranas de interacción social, desempeñan un papel clave en la adquisición de conductas sociales.

En los niños con TEA, las relaciones sociales se encuentran afectadas. Pueden ir desde el aislamiento completo a dificultades para comprender sutilezas sociales y relacionarse sobre todo con su grupo de pares.

### **Comunicación y lenguaje: Corresponde a la dimensión de la comunicación y el lenguaje en el IDEA.**

Según Kerbrat Orecchioni (1986) la comunicación es multicanal y pluri semiótica, ya que los interlocutores utilizan distintos canales y recursos verbales, paraverbales y no verbales a fin de efectivizar su participación como interlocutores válidos en la interacción.

Para Luque (2012) el lenguaje se asienta sobre las funciones socialmente desarrolladas filo y ontogenéticamente antes, en formas de comunicación prelingüísticas y aún en presencia del lenguaje, nuestros intercambios están compuestos por múltiples aspectos comunicativos, no solo lingüísticos. La comunicación es un proceso interactivo en el que

quienes intervienen utilizan diferentes estrategias para el intercambio de información. Por lo tanto, el lenguaje es un elemento esencial de la comunicación que permite editar deseos, creencias, esquemas, conceptos; mientras se produce lenguaje se realizan adaptaciones complejas en la mente de los interlocutores para que sea pragmáticamente adecuado, relevante y con sentido.

Azcoaga (1983) define al lenguaje como “una función cerebral superior, específica del hombre, que se adquiere mediante un proceso de aprendizaje posibilitado por la actividad cortical cerebral, y que es imprescindible para otros aprendizajes” (p.5).

Los trastornos de la comunicación y el lenguaje de los niños con espectro autista no se definen por la presencia o ausencia del lenguaje, sino por la falta de intención comunicativa. Comunicar constituye un problema a veces insoluble para estos niños, ya que carecen de la competencia cuya finalidad esencial es compartir la experiencia interna con otras personas, tanto sea para pedir, mostrar, declarar.

Según Luque Berenice “La comunicación es una actividad intencionada porque tiene un propósito, una intención que se comparte con otro sujeto. Es intencional ya que es deliberada, tiene un tema acerca de algo o alguien, un referente externo o interno, se realiza mediante significantes, es decir, mediante signos y no por medio de actos instrumentales tales como los que se realizan con los objetos, en tanto significar es ser una cosa, la representación o signo de otra se realiza o por gestos o por palabras” (p.137).

### **Imaginación, juego e imitación: Corresponde a la dimensión de la simbolización en el IDEA.**

Según Luque Berenice (2012) “las capacidades de ficción permiten a los niños situarse de un modo simulado, hacer como si, suspendiendo las características reales de los objetos y relaciones ordinarias de referencia entre las representaciones y el mundo, que lo llevan a simular un mundo,

alejándose de la realidad inmediata” (p.146). Se pueden crear así mundos alternativos y posibles metarrepresentaciones que alejan a todos los niños de una interpretación cruda y literal de la realidad.

Para los niños con TEA el mundo es literal, sin metáfora posible, realista, ya que no hay posibilidad de ficción, de dejar en suspenso las propiedades reales de los objetos y crear con ellos juegos imaginativos y mundos alternativos. Esta dificultad no les permite a los niños con este trastorno reflejar sus emociones.

Las formas de aprendizaje por imitación son decisivas en los procesos de humanización, constituyen la esencia de la reciprocidad, al hacer algo que acaba de hacer el otro se reconoce no solo el acto si no también la semejanza entre ambos, identificando los propios modelos emocionales con los de los demás. Los niños con TEA tienen serias dificultades intersubjetivas que les impiden o dificultan la identidad con otros, lo que a su vez bloquea la adquisición de funciones superiores que se alcanzan a través de la imitación.

Piaget (1986) consideraba que la imitación era decisiva para el desarrollo de las capacidades simbólicas al definir al mecanismo por el que se constituyen los significantes. Es así que la dificultad para imitar es, al mismo tiempo, un reflejo y una condición de las limitaciones simbólicas e intersubjetivas de los niños con este trastorno.

### **Anticipación y flexibilidad: Corresponde a la dimensión de la anticipación/ flexibilidad en el IDEA.**

Según Piaget, la acción del niño no funciona como simple repetición, sino subordinado al esquema principal de una serie más o menos larga de esquemas transitivos. Hay al mismo tiempo, distinción de los fines y de los medios y la coordinación intencionada de los esquemas. Estas acciones se caracterizan por presentar un vector de previsión/ anticipación, por una marca de flexibilidad versátil, por una orientación hacia lo nuevo frente a lo ya conocido que suponen cambios revolucionarios en el desarrollo. La

flexibilidad es la habilidad que permite la adaptación a los cambios y a las nuevas situaciones inesperadas.

La inflexibilidad y la incapacidad anticipatoria son características de los niños con TEA. Los niños con este trastorno presentan resistencia muy intensa a los cambios, tienen una rígida adherencia a estímulos que se repiten de forma idéntica y falta de conductas anticipatorias.

### **Señales de alarma temprana en el desarrollo**

Como se ha explicado anteriormente, el infante, durante su desarrollo atraviesa una serie de cambios en términos físicos, cognitivos, emocionales y sociales que lo habilitan a una vida autónoma y plena. Aquí, radica la importancia de reconocer aquellas señales de alarma tempranas, ya que la presencia de las mismas, podría afectar el desarrollo armónico del niño.

En primera instancia, resulta necesario definir al riesgo, en términos generales, según la Organización Panamericana de Salud (1999) es “una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.)” (p.16). El mismo es un concepto probabilístico, ya que no todos los individuos tienen las mismas posibilidades de presentar un resultado desfavorable. Es posible hablar de factores de riesgo, como características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociadas con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Existen distintos tipos de factores de riesgo, uno de ellos es el biológico – social.

Se entiende como riesgo biológico, a los niños que durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo. Mientras que los niños de riesgo psicosocial, son aquellos, que viven bajo condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, ya sea por maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo. Respecto

al factor de riesgo, relacionado con el desarrollo emocional, se hace referencia a aquellas características del niño, de su entorno inmediato o incluso de su medio comunitario y social que constituyen un riesgo de déficit o de distorsión de las condiciones adecuadas, para el despliegue de los recursos y de los cambios evolutivos que implica el desarrollo.

Los factores de riesgo constituyen parte de la cadena causal de hechos o situaciones que conducen a la enfermedad. Una intervención temprana trata de disminuir la presencia de tales factores de riesgo para disminuir la probabilidad de enfermar.

En relación al aspecto etiológico, los investigadores tienen diferentes puntos de vista, siendo varias las teorías para explicar la causa, las cuales van desde aquellos que defendieron las bases psicogénicas en las primeras investigaciones, especulando acerca del factor ambiental como básico en la causa de la condición; los que defienden las bases biogénicas dentro de los que se encuentra la posibilidad de alguna alteración cromosómica, un exceso o deficiencia de algunos neurotransmisores o alguna infección viral durante el embarazo.

Las causas específicas asociadas a un diagnóstico del espectro autista son un misterio en la gran mayoría de casos (un 90%) y en el 10% restante normalmente se asocia a la fragilidad del cromosoma X, esclerosis tuberosa o anomalías cromosómicas detectables citogenéticamente (Torras, 2010, p.3).

A su vez, Paluszny (2013) explica que la etiología está vinculada a un desajuste orgánico. “Se desconoce la causa de tal desajuste, pero varias causas diferentes pueden producir el defecto fundamental del sistema nervioso central que originan los síntomas” (p.65). Es por ello que se afirma que el autismo es multicausal.

Las señales de alarma son todas aquellas desviaciones significativas de los patrones evolutivos habituales referidos al desarrollo. Se refiere a signos observables en el niño y en su conducta que indican una señal de

alerta sobre el desarrollo que pudiera no ir avanzando de acuerdo a pautas evolutivas normalizadas. Las señales de alarma tempranas para la detección de TEA son aquellas desviaciones referidas al desarrollo comunicativo, social, y flexibilidad de intereses y de conducta.

Tanto la presencia de un patrón evolutivo no esperable, como la ausencia de uno esperable, es señal de que algo puede ir mal en su desarrollo, es decir que puede hacer sospechar de la existencia de un desajuste que conduce a iniciar un proceso más completo de exploraciones. Se ponen de manifiesto en la observación de los niños, se presentan regularmente, persisten con intensidad fuerte o mediana y desbordan las capacidades de tolerancia y contención de los cuidadores primarios. Por otra parte, su observación debe funcionar como una alerta y orientar al seguimiento del mismo, para prevenir la aparición de algún trastorno. Nunca una señal de alarma en sí misma tiene la categoría de un diagnóstico: son orientadores de sentido, indican la posibilidad de desarrollar a futuro una dificultad severa o no.

Existen señales de alarma que son indicadores de un posible sufrimiento subjetivo y o vincular, por ejemplo, hay modos en la crianza que inciden como factores específicos de riesgo. Las distorsiones vinculares perturban el acceso del bebé al conocimiento de sí mismo y del entorno. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012) “Sea cual fuera su causa, las carencias de cuidados en el marco de un vínculo entre él bebe y el adulto llevan a una pobreza de las interacciones, y, por lo tanto, de la vida cognitiva del pequeño. Por otra parte, las distorsiones vinculares perturban el acceso del bebe al conocimiento de sí mismo y del entorno” (p.15).

Es así, cómo puede comprometerse la capacidad de poner en uso la palabra y funcionar en el lenguaje. Por otro lado, si las interacciones con el adulto son reiteradamente inadecuadas, incoherentes e imprevisibles, pueden llevar al niño a retirarse de los intercambios y replegarse sobre sí

mismo no pudiendo establecer una matriz comunicativa eficaz.

### **Factores de Riesgo del TEA**

Al identificar niños por sus antecedentes personales o familiares presentan mayor riesgo de TEA, aunque no se haya evidenciado ningún síntoma específico; es necesario realizar un seguimiento de su desarrollo. Lara, Utría y Ávila (2012) describen que aquellos niños que han presentado algún proceso perinatal que pudiera haber afectado al sistema nervioso (como el consumo materno de alcohol, tabaco, fármacos teratógenos u otras sustancias durante la gestación; o también las infecciones pre o postnatales como rubéola congénita, haemophilus influenzae y citomegalovirus, que cursen con meningitis o encefalitis), podrían desarrollar TEA con mayor probabilidad.

“El antecedente materno de aborto espontáneo ha sido reportado como una condición de alta significatividad..., así como el sangrado vaginal y los edemas durante el embarazo”. (Lara, Utria y Ávila, 2012 p.14).

Así mismo mencionan que la edad avanzada en el padre o la madre están asociados al riesgo de TEA; factores perinatales como la presentación de nalgas, Apgar bajo ( $\leq 7$  a los 5 min.), bajo peso, nacimiento antes de la semana 35 y tamaño pequeño para la edad gestación, prolongación de la tarea de parto, parto inducido de forma precipitada y la prolongada labor de alumbramiento.

El Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009) nombra otros factores de riesgos familiares como ser hijo de padres con historial psiquiátrico de psicosis esquizofrénica o trastorno afectivo. La fuente anterior menciona que “el estrés materno (tensión y ansiedad marcada) durante el embarazo se relacionan con una alta probabilidad que sus hijos

experimenten una serie de síntomas clínicos que pueden desembocar en trastornos neuroconductuales diversos” (p.79); afirmando que algunos antecedentes de estrés prenatal se relacionan con la aparición de alteraciones del neurodesarrollo como autismo.

Dentro de los antecedentes personales se destacan algunas enfermedades metabólicas como la fenilcetonuria no tratada tras el nacimiento. La presencia de crisis epileptógenas (en el contexto de encefalopatías epilépticas) en el primer año de vida también parece estar asociado al diagnóstico de autismo posteriormente, aunque no puede ser considerado factor de riesgo sino comorbilidad asociada.

Dado el componente genético del TEA aquellos hermanos de niños diagnosticados de TEA tienen una probabilidad de desarrollar TEA más elevada que el resto de la población general, que podrá ser aún más alta, si el componente genético es determinado como en el caso de algunos síndromes asociados. Estos niños con familiares que presentan TEA (padres o hermanos), son candidatos a una vigilancia más exhaustiva.

### **Consulta pediátrica**

La Pediatría es una rama de la medicina que se ocupa de la salud del ser humano desde la concepción hasta el final de la adolescencia. Según el Ministerio de Salud Argentino (2010) “La pediatría cumple hoy un rol fundamental en la promoción de la salud a través de los controles, pautas de crianza, alimentación, vacunas, cuidados, prevención de accidentes, etc., generando de esta manera una conducta anticipatoria que evita daños en el presente y futuro de la población infantil. El pediatra debe trabajar con la convicción de que el cuerpo social funciona como una unidad y que, consecuentemente, deberá influir sobre todas las instancias que lo constituyen” (p.5).

Las áreas de competencia del médico pediatra se han definido por actividades profesionales que se agrupan según ámbitos de desempeño. Una de ellas es: “Atender al niño en su crecimiento y desarrollo y en la

prevención y tratamiento de enfermedades en su contexto familiar y social, lo que implica relevar historia clínica y conocer, asesorar y orientar a la familia y realizar recomendaciones, indicaciones y seguimiento” (p.9).

El médico pediatra es el primer profesional consultado por los padres. Estos esperan que el pediatra no solo sea un experto en atender a sus hijos durante una enfermedad, sino que también lo sea en temas vinculados al desarrollo.

Es por esto que se piensa que la consulta pediátrica es un contexto natural idóneo para la observación de señales de alarma tempranas en el desarrollo infantil y es necesario indagar sobre los conocimientos que poseen los pediatras acerca de las mismas.

### **Señales de alarma tempranas en la consulta pediátrica**

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2004) los trastornos del desarrollo son patologías que afectan entre un 20 y 35% de los niños. Tal como refiere la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2020), es importante tener en cuenta que una señal de alarma no implica necesariamente una afectación del desarrollo. Cada una deberá ser pensada en función del momento madurativo del niño y del contexto específico de cada cultura y cada comunidad. Se puede pensar que los indicadores del desarrollo permiten describir un desarrollo esperable y en armonía o, de lo contrario, advertir señales de sufrimiento temprano.

Es el pediatra quien tiene la responsabilidad de atenderlos de manera adecuada. La Academia Americana de Pediatría (2006) ha recomendado la vigilancia del desarrollo en cada visita preventiva de salud, de tal manera que cualquier preocupación debe ser evaluada con prontitud. Se recomienda además la aplicación de pruebas estandarizadas en los controles de supervisión de salud de 9, 18 y 24 o 30 meses de edad.

### **Interdisciplina**

Como ya se ha mencionado, los Trastornos del Espectro Autista son

trastornos del desarrollo infantil. De aquí radica la importancia de abordar a estos niños a través de la interdisciplina y así poder atenderlos de forma integrada e integral.

Alicia Stolkiner (1987) menciona que “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (p.2).

En consideración con lo propuesto por Alicia Stolkiner (2005) en los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. El trabajo interdisciplinario debe ser grupal y no debe darse de cualquier manera ya que no basta con la simple yuxtaposición de disciplinas, ni con un grupo de personas compartiendo el mismo espacio con el mismo paciente, sino que debe existir la construcción de un marco conceptual común.

Azcoaga (1995), señala que “para alcanzar los objetivos buscados se debe considerar el trabajo interdisciplinario, no se concibe la posibilidad de que una sola persona resuelva con igual competencia todos los problemas de investigación que plantea un solo caso clínico” (p.150). De esta manera, se puede decir que, en el abordaje del niño con TEA, es muy importante el trabajo en equipo debido a que, por su complejidad, no puede ser abordado desde una sola disciplina.

Según Yanina Sosic (2014) en el trabajo interdisciplinario existe un diálogo permanente entre profesionales de la salud, instituciones y familias. Supone, además, un abordaje intersectorial, es decir un trabajo con diferentes sectores y actores sociales que incluye un respeto y una necesidad de diversidad de saberes para optimizar la salud.

Por lo tanto, el proceso de interacción que se genera a través de la

interdisciplinaria transmite emociones y vínculos en el equipo, producto de las aperturas conceptuales necesarias e implicadas en el entrecruzamiento de las disciplinas y también por el hecho de encontrarse involucrados resolviendo una tarea conjunta.

### **Interdisciplina en el marco de la salud pública**

En relación al concepto de salud, este fue definido desde diferentes puntos de vista a lo largo del tiempo. Actualmente la OMS, la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

El Sector Salud tiene, junto con otras áreas responsables de la implementación de políticas públicas, la función de promover los entornos protectores de los derechos de niños y niñas, garantizando su atención temprana en forma integral, de manera que sean contemplados los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

Los pediatras trabajan en diferentes contextos que incluyen todos los niveles de atención del sistema de salud desde el primer nivel, hasta los más específicos o de mayor complejidad donde las especialidades pediátricas ocupan un lugar destacado. Existen diferentes ramas que complementan el accionar del pediatra de cabecera, brindando soporte ante situaciones y/o enfermedades específicas. Las mismas pueden ser: neuropediatría, neumonología, nefrología, cardiología, gastroenterología y hepatología, endocrinología, hematología, alergología, oncología, reumatología, neonatología, cirugía, radiología, psiquiatría, ginecología, traumatología, cuidados paliativos, entre otras.

Resulta un claro beneficio tanto para el pediatra de cabecera como para los pacientes y sus familias cuando la organización de los recursos humanos de cada especialidad pediátrica se hace según necesidades locales o regionales, asegurando una adecuada referencia y contrarreferencia.

En el primer nivel de atención, el pediatra clínico es médico de cabecera y referente de la atención de los recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes, porque es el profesional del equipo de salud capacitado por formación y por experiencia para proveer la mejor calidad de atención de la salud y la promoción de los derechos de ese grupo etario. En este nivel el pediatra trabaja con otros integrantes del equipo de salud en tareas de prevención, promoción de la salud y educación sanitaria con un enfoque global de la atención.

### **Equipo interdisciplinario en el abordaje del niño con TEA**

El abordaje interdisciplinario en los niños con TEA resulta favorable e indispensable, ya que una sola disciplina no puede ni debe dar cuenta de este trastorno del desarrollo humano.

Es un derecho de todos los bebés, niños y niñas que el equipo de salud realice controles periódicos para poder llevar un seguimiento de su salud, crecimiento y desarrollo. A cargo del pediatra de cabecera estará, a través de los controles periódicos del niño sano, descubrir los trastornos del desarrollo observando las desviaciones y signos precoces que ocurran y hagan sospechar de TEA. Así se podrá detectar precozmente problemas en el desarrollo, incidir de manera satisfactoria e intentar mejorar el pronóstico funcional a largo plazo con la adquisición de nuevas habilidades.

La Academia Americana de Pediatría (2001), en su informe, advierte a no esperar hasta que el niño no vaya cumpliendo y alcanzando hitos del desarrollo, sino, actuar para reconocer lo antes posible cualquier riesgo de retraso, para derivar al niño a los servicios de atención temprana.

Por lo tanto, al identificar una desviación en el desarrollo, se puede intervenir y/o mejorar esa condición a través de las derivaciones correspondientes a un equipo interdisciplinario. La atención temprana en estos niños, es imprescindible para garantizar un mejor desarrollo personal y una mejor calidad de vida para ellos y su familia.

El Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), definió a la Atención Temprana como: “...el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenten los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (p.7).

El pediatra deberá conocer dónde, cómo y quiénes llevan a cabo esta atención temprana. Según Limiñana Gras, Rosa María (2004) “La intervención profesional en Atención Temprana cubre una amplísima gama de dimensiones del desarrollo infantil, gestionadas por especialistas en diferentes ámbitos del mismo, pero intencionalmente coordinadas y guiadas por el objetivo común de favorecer al máximo las posibilidades vitales del niño” (p.102.).

La atención temprana en estos niños es una condición necesaria para alcanzar una buena calidad de vida en los años posteriores, y para que las personas con este trastorno logren un desarrollo pleno de sus capacidades. Como plantean Dawson y Bernier (2013) una detección temprana y una intervención en los primeros meses y años de vida es sustancial para la mejoría en la evolución de estos niños y niñas.

El Modelo Denver de Inicio Temprano (MDIT)<sup>7</sup> fue desarrollado en el año 2000 por Sally Rogers y Geraldine Dawson. Consideran a la infancia como un periodo de marcada plasticidad y desarrollo cerebral, y potencial de aprendizaje “la capacidad que tienen los infantes de un rápido aprendizaje sugieren que los primeros años de vida son un periodo de gran plasticidad cerebral y cambio” (Sally Rogers y Geraldine Dawson, 2000, p.1).

Se puede esperar entonces, que la atención temprana contribuirá al

aprovechamiento de la gran gama de plasticidad del cerebro del niño para poder minimizar en lo posible las dificultades caracterizadas en este trastorno.

El modelo DIR fue creado por Stanley Greenspan (1979) y defiende la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios, lo que supone la colaboración de diversas y diferentes disciplinas tradicionales. Este intercambio de conocimientos permitirá una intervención más global y lo más ajustada posible a las necesidades de cada niño/a y su familia.

Según Luque Berenice (2010), el equipo básico de intervención debería estar conformado por profesionales capacitados en la temática. Este equipo deberá contar con: Neuropediatra o Paidopsiquiatra, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Psicopedagogo o Docente Especial, Terapeuta Ocupacional preferentemente formado en integración sensorial y Acompañante Terapéutico o Docente Integrador para el ámbito educativo normalizado (jardines y escuelas comunes) en el caso que el niño no concurra a una escuela especial.

## **Prevalencia**

Se han identificado trastornos del espectro autista (TEA) en 1 de cada 36 niños de 8 años de edad (2.8 %), según un análisis publicado en el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR) de los CDC (2023). Las cifras de los nuevos hallazgos son más altas que las de la estimación anterior, del 2018, que halló una prevalencia de 1 de cada 44 niños (2.3 %). Los datos provienen de 11 comunidades que están en la Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM, por sus siglas en inglés) y no son representativos de todos los Estados Unidos. Un segundo informe sobre niños de 4 años de edad en las mismas 11 comunidades destaca el impacto del COVID-19, al mostrar alteraciones en el progreso en la detección temprana del autismo.

En los primeros meses de la pandemia, los niños de 4 años de edad

tuvieron menos probabilidades de ser evaluados o de que se les identificaran TEA, en comparación con los niños de 8 años cuando tenían 4 años. Esto coincide con las alteraciones en los servicios de cuidado de niños y de atención médica durante la pandemia de COVID-19. “Las alteraciones causadas por la pandemia en la evaluación oportuna de los niños y los retrasos en conectar a los niños con los servicios y el apoyo que necesitan podrían tener consecuencias de larga duración”, dijo Karen Remley, M.D., directora del Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC. “Los datos en este informe pueden ayudar a las comunidades a entender mejor la manera en que la pandemia afectó la identificación temprana del autismo en los niños pequeños y anticipar las futuras necesidades a medida que estos niños vayan creciendo”, agregó.

Cambios demográficos entre los niños en quienes se identificó autismo La prevalencia de los TEA entre los niños asiáticos, de raza negra e hispanos fue al menos un 30 % más alta en el 2020 que en el 2018, y la prevalencia de los TEA entre los niños de raza blanca fue un 14.6 % más alta que en el 2018. Por primera vez, el porcentaje de niños de 8 años de edad asiáticos o nativos de las islas del Pacífico (3.3 %), hispanos (3.2 %) y de raza negra (2.9 %) en quienes se identificó autismo fue más alto que entre los niños de 8 años edad de raza blanca (2.4 %). Esto es lo contrario a las diferencias raciales y étnicas observadas en los informes anteriores de la Red de ADDM en los niños de 8 años de edad. Estos cambios podrían reflejar una mejor realización de las pruebas del desarrollo, y mayor concientización y acceso a los servicios entre grupos históricamente subatendidos. Además, las disparidades en la concurrencia de discapacidades intelectuales han persistido. Se identificó un porcentaje más alto de niños de raza negra con autismo que también tenían discapacidad intelectual, en comparación con los niños con autismo de raza blanca, los hispanos, o los asiáticos o nativos de las islas del Pacífico.

Estas diferencias podrían estar relacionadas, en parte, con el acceso a servicios que diagnostican el autismo y brindan apoyo a los niños con autismo. En general, la prevalencia del autismo en los sitios de la Red de ADDM fue casi cuatro veces más alta en los niños que en las niñas. Sin embargo, este es el primer informe de la Red de ADDM en el que la prevalencia del autismo entre las niñas de 8 años de edad ha sobrepasado el 1 % .La prevalencia del autismo en las 11 comunidades de la Red de ADDM varió desde 1 de cada 43 niños en Maryland (2.3 %) hasta 1 de cada 22 niños en California (4.5 %). Estas variaciones podrían deberse a cómo las comunidades están identificando a los niños con autismo. La variabilidad en los sitios de toda la Red de ADDM ofrece una oportunidad para comparar las políticas y los modelos locales para proveer servicios diagnósticos y de intervención que podrían mejorar la identificación del autismo y proporcionar apoyo más integral para las personas con autismo.

Otro estudio publicado por la OMS en el 2022 por Zeidan y cols, mencionan que se calcula que, en todo el mundo, uno de cada 100 niños tiene autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia del autismo en muchos países de ingresos bajos y medianos es hasta ahora desconocida. En los últimos años, la comunidad internacional ha sido testigo de enormes mejoras positivas en la concientización pública y la respuesta de salud pública al autismo. Entre los beneficios se encuentran las mejoras significativas en la identificación temprana de la afección, lo que en parte explica tasas de prevalencia más altas a lo largo del tiempo. Paralelamente, las estimaciones epidemiológicas han ido aumentando en todo el mundo, especialmente en regiones que antes estaban subrepresentadas, como África y la región de Oriente Medio. Estos estudios continúan informando la respuesta de salud pública en todo el mundo. Estudios recientes continúan

demostrando la prevalencia relativamente alta y los impactos económicos y de salud del autismo.

El sexo biológico se ha considerado como un claro factor contribuyente en función de la consistencia en la mayor proporción entre hombres y mujeres informada en todo el estudio. Para complicar la inferencia sobre el sexo como factor biológico existen hipótesis sobre diferencias en la determinación que bien pueden explicar la muy amplia gama de proporciones (0,8 a 6,1). Por ejemplo, algunos estudios atribuyeron las diferencias de sexo a aspectos del diagnóstico "centrados en los niños", como que las niñas tienen intereses restringidos socialmente más apropiados que los niños, o niveles generales más altos de habilidades sociales, o un coeficiente intelectual más bajo. Además, las prácticas actuales de evaluación del autismo no están optimizadas para las niñas en comparación con los niños.

En particular, algunos estudios han demostrado que muchas niñas con una prueba de detección de TEA positiva dieron falsos positivos. Por lo tanto, si bien el sexo masculino puede utilizarse razonablemente como indicador biológico, se desconoce el impacto de las cuestiones de determinación en las estimaciones de prevalencia.

La evidencia también vincula la prevalencia del autismo con una variedad de determinantes sociales, incluida la geografía y la raza/etnicidad. Otra investigación centrada en los determinantes sociales del autismo ha encontrado una asociación positiva entre el NSE y la prevalencia del autismo, aunque no de forma consistente. No pudimos encontrar evidencia convincente de asociaciones causales directas entre cualquiera de estos factores y la variación en la prevalencia del autismo. En cambio, es probable que los determinantes sociales interactúen con

factores biológicos de maneras complejas, ejerciendo una influencia en la prevalencia y los resultados al modificar los patrones de búsqueda de ayuda y acceso a la atención. Por ejemplo, la inconsistencia en la asociación entre el NSE y la prevalencia del autismo puede reflejar diferencias en la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud en países como Suecia y Francia, pero no en otros países como Estados Unidos. De manera similar, evidencia previa en los Estados Unidos ha revelado consistentemente diferencias raciales, pero hallazgos recientes sugieren que tales disparidades disminuyen después de la estratificación por NSE. Nuevos hallazgos de la India también informan de más casos de autismo entre los grupos de nivel socioeconómico más alto en comparación con los de nivel socioeconómico más bajo, aunque sin alcanzar significación estadística. Paradójicamente, la prevalencia de otras discapacidades infantiles, incluida la discapacidad intelectual, es consistentemente mayor entre los grupos de nivel socioeconómico más bajo. Como tal, los hallazgos de la epidemiología del autismo convergen con otras áreas de investigación, lo que señala la necesidad de una mejor comprensión y políticas específicas para abordar las disparidades en salud.

De manera similar, las tendencias temporales en la prevalencia del autismo también reflejan los efectos combinados de múltiples factores en lugar de una única vía causal. Los factores que se sabe que explican el aumento de la prevalencia incluyen el aumento de la conciencia comunitaria y la respuesta de la salud pública a nivel mundial, los cambios en la definición de casos que han ampliado los límites del diagnóstico con el tiempo, el aumento del diagnóstico de formas más leves y el aumento en la identificación del autismo en personas que antes no eran tan competentes. poblaciones diagnosticadas definidas por sexo, geografía, raza/etnia o NSE. Hasta la fecha, existe evidencia débil o contradictoria para la hipótesis de que la variación geográfica o las tendencias temporales en la prevalencia

pueden reflejar diferencias en la exposición a factores de riesgo ambientales.

La incidencia de los Trastornos del Espectro Autista es otra de las interrogantes que los profesionales e investigadores del área de la salud aún no han podido responder de forma concreta a nivel mundial, ya que se cuenta con datos específicos de algunos países más no con referentes estadísticos claros como en el caso de otros padecimientos, a pesar de la cantidad de estudios y difusión sobre esta condición, que se ha realizado en los últimos años, evidente por la cantidad de artículos arbitrados, publicaciones y congresos focalizados en el conocimiento de esta alteración (Ramos, 2010).

La relevancia del conocimiento de la prevalencia de esta condición radica en que los datos obtenidos permitan al avance del conocimiento no solo de sus causas, incidencia mundial, sectores geográficos más afectados sino también la estructuración de otras estrategias de abordajes, así como de la creación de servicios efectivos en cada periodo vital del individuo para la atención de sus necesidades; por lo que se ha buscado a través de diversos medios además de los académicos difundir dichos trastornos para su conocimiento en la colectividad a través de la televisión, cine y radio (Montiel y Peña, 2008, cp. Domínguez y Mahfoud, 2009; Ramos, 2010).

A nivel mundial, las cifras que se tienen en relación con la prevalencia del autismo son las siguientes: En Inglaterra y Suecia, así como en Estados Unidos donde se tienen numerosos hallazgos, según la Sociedad Nacional de Autismo del Reino Unido, a principios del siglo XXI, 91 de cada 10000 personas poseían TEA lo que indica el 1% de la población general (Wing y Potter, 1999) con una prevalencia en aumento; estudios en España arrojan un índice de 9/10000 habitantes estimándose una existencia de un infradiagnóstico por el no seguimiento de criterios

diagnósticos establecidos, en muchas instituciones sobre todo en Aragón (Frontera, 2004); mientras que García (2011) indica que la Organización LINCA en el año 2005 encontró que de cada 500 nacimientos registrados al menos 1 es un niño con un TGD, sin diferencias a nivel de etnias o clases sociales.

En el estudio, "La prevalencia global del trastorno del espectro autista: un metanálisis de tres niveles" realizado por Talantseva y cols (2023) refiere que, el trastorno del espectro autista (TEA) es uno de los trastornos del desarrollo más incapacitantes y supone una carga económica extremadamente alta. Obtener estimaciones de prevalencia lo más precisas posible es crucial para guiar a los gobiernos en la planificación de políticas de identificación e intervención para personas con TEA y sus familiares. La precisión de las estimaciones de prevalencia puede aumentar mediante análisis sumativos de los datos recopilados en todo el mundo. Las estimaciones de prevalencia más altas se registraron en Estados Unidos. Hubo un aumento en las estimaciones de prevalencia del autismo con el tiempo. La prevalencia también fue significativamente mayor en los niños de entre 6 y 12 años en comparación con los niños menores de 5 años y mayores de 13 años.

Estos hallazgos también confirman una clara tendencia asociada con el ingreso del país y el IDH: los países con mayores ingresos e IDH tienden a reportar estimaciones de prevalencia más altas. Se puede suponer que esta diferencia podría atribuirse a la brecha de detección, asociada con un menor acceso a diagnósticos apropiados, una menor conciencia entre los padres y las comunidades profesionales sobre el autismo y actitudes culturales específicas hacia los trastornos mentales y del desarrollo que pueden influir en los caminos de las familias hacia buscar atención.

El efecto de los factores socioeconómicos sobre la prevalencia del TEA es evidente no sólo en el caso de comparaciones entre países, sino que también se informa de las diferencias entre diferentes comunidades

dentro de un estudio. Como ejemplo, un estudio realizado en Texas encontró que la comunidad de altos ingresos del estado tenía una prevalencia de TEA seis veces mayor que el grupo de ingresos más bajos, según los datos administrativos. Por otro lado, los efectos del ingreso del país y el IDH en nuestro análisis también pueden verse confundidos por el hecho de que los países de altos ingresos están mucho más representados en nuestra muestra en comparación con los de bajos ingresos y se basan en tamaños de muestra más grandes.

En cuanto a los grupos de edad, la prevalencia de TEA fue significativamente mayor en los niños de entre 6 y 12 años (0,82% [IC 95% = 0,67-0,98]) en comparación con el subgrupo de niños menores de 5 años (0,60% [IC 95%] IC = 0,45-0,76]) y los mayores de 13 años (0,57% [IC 95% = 0,40-0,76]). Entre los 6 y los 10 años, los diagnósticos se pueden asignar de manera más sólida, mientras que, a edades más bajas, algunos niños podrían no ser incluidos hasta el ingreso a la escuela primaria o más tarde, cuando las demandas sociales de un niño aumentan y las deficiencias autistas específicas se vuelven más evidentes.

Al mismo tiempo, a edades más avanzadas, algunas mejoras en las formas más leves de TEA pueden plantear desafíos tanto para la identificación como para la confirmación del diagnóstico.

Es importante destacar, que numerosos investigadores quienes dudan sobre la confiabilidad de estas cifras, basados en las disparidades encontradas, así como a las interrogantes o contradicciones conceptuales y descriptivas sobre el trastorno indican que si bien es cierto se ha notado un incremento en la población general, la prevalencia actual tendría que situarse de 2/10000 a 1/1000 individuos, afectando en mayor medida a los hombres que a las mujeres en una relación de 4 a 1 (Folstein, 1999 cp. López, Rivas y Taboada, 2009).

En el caso particular de nuestro país, al igual que en otros países latinoamericanos no se cuentan con estadísticas precisas vinculadas a la

prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista pero según los estudios realizados por algunos centros de atención exclusiva para personas con esta condición pudiera estimarse que hasta el 2009 nacían al año 3400 niños con este diagnóstico; a su vez una investigación realizada en el estado Zulia arrojó una incidencia de 1,7/1000 niños (Montiel y Peña, 2008, cp. Domínguez y Mahfoud, 2009; Pantín, 2009).

Finalmente, pese a los posibles datos contradictorios existentes, la mayor parte de las investigaciones actuales relacionadas a los Trastornos del Espectro Autista señalan un incremento en su prevalencia a nivel mundial, notándose un crecimiento vertiginoso de esta población en los últimos 20 años, considerándose como el tercer trastorno más común en los seres humanos (Domínguez y Mahfoud, 2009; López, Rivas y Taboada, 2009; García, 2010).

### **Características**

A continuación, se caracterizan por áreas de abordaje, las manifestaciones conductuales propias del Espectro Autista:

#### **Socialización**

En el área de la socialización se reconoce que las interacciones sociales de los individuos con espectro autista, se manifiestan dentro de un continuo que va desde el pleno desinterés hacia los otros, estableciendo relaciones objetables o ignorando su presencia, hasta el desear acercamientos sin concertar contactos efectivos con los demás, por la falta de destrezas o poseer habilidades inadecuadas (Etchepareborda, 2001).

Según Wing (1989, cp. Etchepareborda, 2001) las alteraciones sociales de las personas con esta condición se expresan en los déficit manifestados en las siguientes áreas: reconocimiento social, como forma de identificarse a sí mismo y al otro; comunicación social, que comprende el uso de lenguaje verbal o no verbal con un fin, para interactuar con los otros, defender derechos, manifestar necesidades y la comprensión social

que no es más que entender el contexto relacional, claves y normas sociales mostrando empatía hacia los otros.

En consecuencia, partiendo de la concepción de la existencia de un continuo en las habilidades sociales desplegadas por los individuos, se evidencian dificultades más leves o graves a nivel de cada una de las áreas de la triada anteriormente mencionada, dependiendo del nivel de funcionamiento que los mismos posean. Las manifestaciones conductuales en los primeros meses de vida más notorias son: ausencia de atención conjunta y contacto visual; quietud la mayor parte del tiempo; aislamiento ante el contacto corporal con el cuidador y falta de responsividad ante mención del nombre propio (Holguín, 2003).

Posteriormente, en las etapas evolutivas siguientes se observan: uso de expresiones gestuales y faciales atípicas, con muecas o despliegue de posturas corporales no cónsonas al contexto (risas inmotivadas, ceño fruncido); deficiencias en el contacto visual y su empleo adecuado dentro de las interacciones; dificultades en la reciprocidad social o emocional, el establecimiento de relaciones con sus pares, comprensión de las necesidades, gestos y emociones de los demás así como para compartir los intereses de los otros (Díaz, García y Martín, 2004; López, Rivas y Taboada, 2009).

## **Lenguaje y Comunicación**

Al describir el lenguaje de los individuos con trastorno generalizado del desarrollo se debe considerar al igual, que en el caso de la socialización, los diferentes niveles de manifestación de las deficiencias en esta área, las cuales van desde la agnosia auditiva verbal (incomprensión del lenguaje conocida como sordera para las palabras), mutismo sin presencia de la utilización de señas, gestos hasta el uso del habla como medio de comunicación pero con diferentes dificultades sobre todo a nivel de la comprensión y expresión lo que incide a su vez en sus interacciones con

los otros (Holguín, 2003).

El desarrollo del lenguaje en las primeras etapas evolutivas del niño que manifiesta habla se caracteriza por: aparición tardía; presencia muy esporádica del balbuceo; ecolalia inmediata o demorada, con repetición de palabras u oraciones escuchada de otras personas, películas, canciones o programas de televisión; articulación, comprensión y expresión lingüística por debajo a lo esperado para su edad, por lo que ocasionalmente la construcción de frases para manifestar necesidades, disgustos o emociones no se observa; inversión pronominal, empleo inadecuado de los pronombres personales al emitir respuestas verbales; uso literal del lenguaje; entonación, velocidad y volumen atípicos; deficiencia en la comunicación no verbal con dificultades en la habilidad de emplear y responder a la gestualidad de los otros con ejecución de gestos no cónsonos a los intercambios sociales (Etchepareborda, 2001).

En consecuencia, podría delimitarse que las personas con trastornos del espectro autista pueden tener deficiencias en la estructuración del lenguaje o pragmática del mismo e incluso en ambas áreas; manteniéndose en mayor o menor medida estas dificultades en etapas del desarrollo posterior (adolescencia, adultez y senectud) en función de la atención sostenida que se le brinde al individuo desde edades tempranas (Díaz, García y Martín, 2004).

### **Cognición y funciones ejecutivas**

En el ámbito cognoscitivo, los individuos con TEA, presentan un procesamiento de la información estimular enmarcado por la desorganización, falta de cohesión (valoración de las partes más que de las totalidades) y desconexión, identificándose por tanto un déficit que se expresa en: atención selectiva; dificultad para la abstracción e integración de información sensorial o secuenciada; deficiencia para comprender situaciones, objetos o contextos con numerosos estímulos, así como para

establecer empatía con los otros (Etchepareborda, 2001).

Pese al déficit cognoscitivo descrito, dicha aproximación a la realidad posibilita el desarrollo de habilidades particulares sobre todo a nivel de la memorización, cálculo e incluso en la música y en algunos casos pueden ser de carácter excepcional. Sin embargo, aún existen muchos vacíos e interrogantes por explicar sobre la cognición de las personas con TEA que imposibilitan comprender, así como delimitar el trastorno primario que genera la forma particular de procesamiento (Etchepareborda, 2001; Artigas, 2011).

Por otra parte, se han identificado deficiencias en las funciones ejecutivas de las personas con Trastornos del Espectro Autista, a nivel de la planificación, flexibilidad, la memoria de trabajo, organización e inhibición, lo que obstaculiza entre otras acciones: el seguimiento de rutinas, ejecución de conducta gobernada por reglas, adaptación, mantenimiento de hábitos, estructuración conductual y la resolución de problemas (Etchepareborda, 2001).

Finalmente, por la forma de aproximación a la realidad, se generan alteraciones conductuales tales como: patrones de comportamientos repetitivos, adhesión a rituales específicos, preocupaciones persistentes entre otras acciones que dificultan el pleno desempeño del individuo en los diferentes contextos donde se desenvuelve, más aún, si estos ambientes son cambiantes, poco estructurados o con excesiva cantidad de estimulaciones (López, Rivas y Taboada, 2009).

En consecuencia, en relación al área cognitiva de los individuos con TEA Etchepareborda (2001) indica que se ha encontrado una variabilidad que va desde individuos con una deficiencia profunda hasta sujetos con grandes capacidades; a su vez se ha observado la presencia de mayores capacidades no verbales, un alto rendimiento en actividades mecánicas, dependientes de la memoria con grandes dificultades en la interpretación, integración y razonamiento; siendo la evaluación de esta área de

desempeño indispensable para el establecimiento de un plan de intervención psicoeducativo.

### **Área Sensitivomotora**

A nivel sensitivo motriz, la caracterización del individuo con TEA es diversa y no excluyente de otras alteraciones neurológicas, orgánicas o médicas, siendo la única manifestación conductual definitoria en esta área del desarrollo, la presencia de las estereotipias motoras que pueden tener lugar en las manos con el aleteo, movimientos irregulares, golpes con los dedos o en todo el cuerpo evidenciándose el mantenimiento de posturas anómalas, balanceo o inclinación del tronco; consideradas actualmente como uno de los criterios para el diagnóstico de esta condición más no definitorio o determinante de su existencia (López, Rivas y Taboada, 2009).

Por tanto, al no tenerse manifestaciones comportamentales específicas, son pocos los datos sistematizados que se tienen en esta área vinculados con el autismo, siendo un ámbito en auge actualmente, por hallazgos aislados más no concluyentes como en otros aspectos, tales como: lenguaje y socialización, donde se cuenta con una caracterización más precisa de las expresiones conductuales en dichas áreas del desarrollo (Artigas, 2011).

### **Área sensorial**

Los problemas del procesamiento sensorial a menudo se reconocen por primera vez durante los primeros años de la infancia, cuando los padres notan que un niño tiene una aversión inusual al ruido, la luz, los zapatos que se sienten muy apretados y la ropa que irrita la piel. También podrían notar falta de agilidad y problemas para subir escaleras, así como dificultad con las habilidades motoras finas, como sostener un lápiz y abrochar botones. Aún más desconcertante (y alarmante) para los padres son los

niños que muestran comportamientos extremos, como: Gritar si se moja su cara. Hacer berrinches cuando usted intenta vestirlos. Tener un umbral de dolor inusualmente alto o bajo. Chocar contra paredes e incluso personas. Llevarse a la boca cosas no comestibles, como piedras y pintura. Estos y otros comportamientos atípicos pueden reflejar problemas del procesamiento sensorial, dificultad para integrar la información de los sentidos, que puede abrumar a los niños y dar lugar a conductas confusas. Los padres de niños con estos problemas a menudo lo llaman trastorno del procesamiento sensorial (SPD, por sus siglas en inglés).

Sin embargo, los psiquiatras se apresuran a señalar en el Manual diagnóstico y estadístico que el SPD no es un trastorno reconocido. Los problemas de procesamiento sensorial se consideran actualmente un síntoma del autismo, porque la mayoría de los niños y adultos en el espectro autista también tienen problemas sensoriales significativos. Sin embargo, la mayoría de los niños con problemas sensoriales no están en el espectro. También se pueden encontrar en niños con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH, trastorno obsesivo-compulsivo o TOC y otros retrasos en el desarrollo, o en niños que no tienen ningún diagnóstico. Cambios de humor drásticos y rabietas Lo que los padres suelen notar primero son los comportamientos inusuales y los cambios de humor bruscos, extraños en el mejor de los casos y perturbadores en el peor.

A menudo es una reacción exagerada a un cambio en el entorno: un cambio radical e inexplicable en el comportamiento del niño. Por ejemplo, a un estudiante de primer grado puede que le vaya bien en un ambiente tranquilo con un adulto tranquilo. Pero coloque a ese niño en un supermercado lleno de una sobrecarga de estimulación visual y auditiva, y usted podría tener los ingredientes para un berrinche extremo, que es aterrador tanto para el niño como para el padre. “Las rabietas de estos niños

son tan intensas, tan prolongadas y tan imposibles de parar una vez que han comenzado, que simplemente usted no puede ignorarlas”, señala Nancy Peske, cuyo hijo Cole lidia con problemas sensoriales. Peske es coautora de *Raising a Sensory Smart Child* junto con la terapeuta ocupacional Lindsey Biel, quien trabajó con Cole.

Respuesta de ‘lucha o huida’ Otra respuesta al sentirse abrumados es huir. Si un niño sale corriendo del área de juegos del parque o del estacionamiento, sin importarle el peligro, Peske dice que es una señal de alerta de que se podría estar alejando de algo que lo molesta (lo cual puede no ser evidente para el resto de nosotros) o huyendo hacia un ambiente o sensación que calmará su sistema. O un niño podría tornarse agresivo cuando está experimentando una sobrecarga sensorial, dice. “En realidad están teniendo una respuesta neurológica de ‘pánico’ ante las sensaciones cotidianas, que el resto de nosotros damos por sentadas”. Se sabe que algunos niños en el espectro tienden a deambular hacia el agua, a menudo con resultados mortales. Una teoría es que el agua les brinda un tipo de estimulación que ellos anhelan debido a sus problemas sensoriales.

“No todos los niños con problemas sensoriales hacen esto —dice Peske— pero la mayoría se inclina hacia las sensaciones y ambientes que encuentran relajantes o estimulantes. Su autorregulación no es buena, por lo que la seguridad pierde prioridad frente a su necesidad de obtener esa estimulación o esa experiencia relajante de estar en el agua”. Los niños, adolescentes y adultos con problemas sensoriales experimentan una sensibilidad excesiva (hipersensibilidad) o una sensibilidad insuficiente (hiposensibilidad). ¿Qué son los problemas sensoriales? Los problemas del procesamiento sensorial fueron identificados por primera vez por la terapeuta ocupacional A. Jean Ayres, PhD. En la década de los setenta, la Dra. Ayres introdujo la idea de que los cerebros de ciertas personas no pueden hacer lo que la mayoría de las personas damos por sentado:

procesar toda la información que se capta a través de los siete sentidos (no los cinco sentidos tradicionales) para proporcionar una imagen clara de lo que está sucediendo tanto interna como externamente.

Junto con el tacto, la audición, el gusto, el olfato y la vista, la Dra. Ayres agregó los sentidos “internos” de la conciencia corporal (propiocepción) y el movimiento (vestibular). Cuando el cerebro no puede sintetizar toda esta información que llega de manera simultánea, “es como un congestionamiento de tráfico en nuestra cabeza — dice Peske— con señales contradictorias que llegan rápidamente desde todas las direcciones, de modo que usted no sabe cómo dar sentido a todo”. ¿Cuáles son estos dos sentidos ‘extras’ en el trabajo de la Dra. Ayres? Los sentidos internos Los receptores propioceptivos se localizan en las articulaciones y ligamentos, lo que permite el control motor y la postura. El sistema propioceptivo le dice al cerebro dónde está el cuerpo con relación a otros objetos y cómo moverse. Los niños que son hiposensibles anhelan la estimulación, les encantan las actividades de saltar, de chocar suave y también bruscamente con cosas y personas, así como la presión profunda como la que proporcionan los abrazos de oso apretados.

Si son hipersensibles, tienen dificultad para entender dónde está su cuerpo en relación con otros objetos y pueden tropezar con cosas y parecer torpes, esto se debe a problemas para detectar la cantidad de fuerza que están aplicando, pueden rasgar el papel al borrar, pellizcar demasiado fuerte o lanzar al piso objetos bruscamente. Los receptores vestibulares, localizados en el oído interno, le indican al cerebro dónde está el cuerpo en el espacio al proporcionarle la información relacionada con el movimiento y la posición de la cabeza. Estos son elementos clave para el equilibrio y la coordinación, entre otras cosas. Los niños con hiposensibilidad están en constante movimiento, anhelan movimientos rápidos, giratorios y/o intensos, y aman ser arrojados en el aire y saltar sobre muebles y

trampolines. Los niños que son hipersensibles pueden sentir miedo de las actividades que requieren un buen equilibrio, incluyendo trepar en los juegos del parque, andar en bicicleta o balancearse en un pie, especialmente con los ojos cerrados.

Ellos también pueden parecer algo torpes. Una lista de control sensorial Para ayudar a los padres a determinar si el comportamiento de su hijo indica problemas sensoriales graves, Peske y Biel han creado una detallada lista sensorial que cubre las respuestas a todos los tipos de información, desde andar descalzo hasta oler objetos que no son alimentos, así como también preguntas que involucran la función motora fina y la motora gruesa, tales como usar tijeras (fina) y atrapar una pelota (gruesa). La lista para bebés y niños pequeños incluye la resistencia a ser acurrucados, hasta el punto de alejarse y arquearse hacia atrás cuando los agarran, lo que puede atribuirse a una sensación real de dolor al ser tocados. En la edad preescolar, la ansiedad de los niños excesivamente estimulada puede conducir a rabiets frecuentes y/o extendidas.

Los niños en edad escolar que son hiposensibles pueden mostrar “comportamientos negativos” incluyendo lo que parece hiperactividad, aunque en realidad están buscando estimulación. Los que son hipersensibles son evasivos. Esto puede traducirse en negativas para cepillarse los dientes o que se les pinte la cara. Para hacer las cosas aún más complicadas, los niños pueden ser tanto buscadores como evasores de estímulos y tener retos propioceptivos y vestibulares, acompañados de asuntos relacionados con los cinco sentidos tradicionales. Comportamiento malinterpretado Peske resume la forma en que los problemas sensoriales pueden afectar a los niños de esta manera: “Si usted es un niño hipersensible a ciertas sensaciones, no sólo es probable que esté ansioso o irritable, incluso enojado o temeroso, también es probable que lo llamen ‘exigente’ e ‘hipersensible’. Si se apresura porque usted está ansioso o está

demasiado estimulado y no está utilizando bien su función ejecutiva porque su cuerpo tiene una necesidad tan poderosa de escapar, es ‘impulsivo’. Si tiene problemas con la planificación y la ejecución de sus movimientos debido al pobre funcionamiento y organización de las áreas motoras del cerebro —añade— usted es ‘torpe’.

Porque está distraído por sus problemas sensoriales y tratando de darle sentido a todo, usted puede tener alguna forma de retraso en el desarrollo, convirtiéndolo en un poco ‘inmaduro’ o demasiado infantil para su edad”. En medio de esta confusión, puede haber alivio para algunos padres al reconocer lo que puede causar un comportamiento inexplicable. “¡Cuando describo a los padres los problemas sensoriales de los niños — dice Peske— la reacción habitual es ‘oh, ¡Dios mío, eso es todo!’”. Han estado tratando de entender ‘eso’ durante muchos meses o incluso ¡años! La sensación de alivio al finalmente saber lo que ‘es’, es enorme”.

Preguntas frecuentes ¿Qué son los problemas sensoriales? Los problemas sensoriales son problemas relacionados con el procesamiento de la información que se recibe de los sentidos, como la vista y el oído. Los niños con problemas sensoriales a menudo se sienten abrumados por cosas como la luz y el ruido, y pueden portarse mal o tener rabietas como resultado. ¿Qué es el trastorno de procesamiento sensorial? El trastorno del procesamiento sensorial es un conjunto de comportamientos relacionados con las dificultades para procesar la información recibida de los sentidos, como la vista y el oído. A veces se le conoce como SPD, (Sensory Processing Disorder). El trastorno del procesamiento sensorial no está reconocido por los psiquiatras como un diagnóstico oficial. ¿Qué es SPD? Es otra manera de llamar al trastorno de procesamiento sensorial.

El trastorno del procesamiento sensorial es un conjunto de comportamientos relacionados con problemas para procesar la información recibida a través de los sentidos, como la vista y el oído. Los psiquiatras no

reconocen el SPD como un diagnóstico oficial. ¿Cuáles son las señales del trastorno del procesamiento sensorial? Las señales del trastorno del procesamiento sensorial incluyen cambios repentinos de humor y comportamientos extraños. Los niños con problemas sensoriales pueden evitar las luces brillantes o los sonidos fuertes, correr y chocar contra las cosas, tener rabietas o parecer torpes. ¿El trastorno del procesamiento sensorial es autismo? El trastorno del procesamiento sensorial (SDP) no es un trastorno del espectro autista (TEA), pero los dos trastornos pueden lucir similares. Los problemas sensoriales suelen ser un síntoma del TEA. Sin embargo, muchos niños con SPD no tienen TEA (ni ningún otro diagnóstico).

### **Fenotipos conductuales**

Además de los aspectos anteriormente descritos, se encuentran un conjunto de conductas específicas presentes en mayor medida en los individuos con trastornos del espectro autista, considerándose como rasgos distintivos de esta condición en relación con otras existentes, estando entre estas respuestas comportamentales, según Holguín (2003), las siguientes:

Conducta de juego: Se observa la ejecución de juegos repetitivos, monótonos no simbólicos, con un uso no funcional de los juguetes, preferencia por actividades individuales estructuradas con rechazo o apatía hacia la participación en situaciones lúdicas colectivas, así como simuladas; siendo frecuente el alineamiento, hacer girar o apilar objetos, sean estos o no de carácter lúdico.

Actividades e intereses restringidos: Derivado de su forma de procesamiento cognoscitivo se observan los siguientes rasgos: atención focalizada a partes o elementos específicos de los objetos más que a la totalidad de los mismos (textura, olor, forma etc); ejecución de conductas ritualistas no funcionales, mostrando renuencia ante limitaciones o prohibición de su realización (ej.: caminar por partes específicas, dormir con

algún juguete, sentarse en el mismo lugar de la mesa); negatividad y dificultad para adaptarse a los cambios en personas y contextos; intereses particulares y limitados por ciertos temas u objetos de forma temporal pero con gran implicación (programas de tv, juguetes, películas, animales entre otros).

Al involucrarse o adherirse a su interés particular, pueden llegar a repetir fragmentos exactos de canciones, películas o series e incluso comportarse como algún actor o personaje de televisión, igualmente se observa la presencia de vinculación con el movimiento de algunos objetos llevando este conjunto de conductas además de las otras mencionadas a situaciones de aislamiento o de rechazo en las interacciones en grupos (López, Rivas y Taboada, 2009).

### **Comorbilidad en el TEA**

Con frecuencia los niños con TEA tienden a presentar diversas afecciones comórbidas, es decir, desarrollan ciertas condiciones o, trastornos, asociadas al autismo. Por lo tanto, cuando se habla de comorbilidades asociadas al TEA, se hace referencia a todas aquellas condiciones que ocurren al mismo tiempo en la misma persona. En la mayoría de los casos, estas afecciones están relacionadas con la depresión, la hiperactividad, la ansiedad, el déficit de atención y conductas problemáticas. En otros casos, se pueden presentar situaciones en las cuales se autolesionan, sufren de epilepsias, trastornos del sueño, entre otras.

En relación a esta situación la Dra. María Laura Braz, Neuróloga Infantil y Especialista en Neurodesarrollo y Enfermedades Raras, ha mencionado en una entrevista realizada por Roberti (2018) que: ...debido al abanico de características diferentes que presenta el TEA, podemos encontrar también una gran variedad de trastornos y enfermedades asociados que entran en comorbilidad con el Autismo (...) entre las condiciones comórbidas más nombradas también tenemos a: Trastorno bipolar, Enfermedad

gastrointestinal, Dispraxia, Disforia de género, Neuroinflamación y trastornos inmunológicos, Trastorno obsesivo-compulsivo, Síndrome de Tourette, Problemas sensoriales, Esclerosis tuberosa, Trastornos del sueño.

La “Comorbilidad” es un término médico que se utiliza para referirse a la presencia y el efecto de uno o más trastornos o enfermedades adicionales a la enfermedad o trastorno diagnosticado como primario en una persona. Esto quiere decir que un paciente puede presentar varios problemas de salud debido a 2 o más diagnósticos, como, por ejemplo: Trastorno de Espectro Autista y Síndrome de Dravet.

Debido al abanico de características diferentes que presenta el TEA, podemos encontrar también una gran variedad de trastornos y enfermedades asociados que entran en comorbilidad con el Autismo, siendo la Epilepsia la primera enfermedad en comorbilidad con el TEA por su alto porcentaje de casos (más de un 40%), a esta le siguen el Síndrome del X frágil, la Discapacidad Cognitiva (Anteriormente llamado “Retraso mental”) el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) y el Trastorno de Ansiedad. Sin embargo, entre las condiciones comórbidas más nombradas también tenemos a: Trastorno bipolar, Enfermedad gastrointestinal, Dispraxia, Disforia de género, Neuroinflamación y trastornos inmunológicos, Trastorno obsesivo-compulsivo, Síndrome de Tourette, Problemas sensoriales, Esclerosis tuberosa, Trastornos del sueño, Epilepsia.

Distinguir las comorbilidades en las personas con TEA puede ser muy complicado debido a que los síntomas del TEA se sobreponen con los síntomas de otros trastornos, y las características del TEA hacen que el diagnóstico con métodos tradicionales sea muy complicado. Sin embargo, algunas de las señales pueden ser el estancamiento en el avance o desarrollo, involución, nuevas alteraciones o incremento de alteraciones que ya se habían dominado. Es por esto que la Dra. María Laura Braz recomienda control anual con Neurología para realizar estudios de rutina como el electroencefalograma para descartar que se esté desarrollando

alguna comorbilidad y en tal caso poder actuar a tiempo.

El Autismo no es una enfermedad y por lo tanto no tiene cura, el tener Autismo o estar dentro del TEA no implica necesariamente el uso de medicamentos, sin embargo, sí es importante el adecuado abordaje de la enfermedad o trastorno que esté en comorbilidad con el TEA ya que de esto depende el avance y mejor desarrollo del niño, por ejemplo, un niño que tiene TEA y también Epilepsia necesita medicación anticonvulsiva que lo ayude a controlar las crisis epilépticas y por ende tener mejoras y avances en su desarrollo.

En este sentido, afirma que detectar las comorbilidades asociadas al TEA es difícil debido a que las condiciones o síntomas de la condición, se superponen. Sin embargo, recomienda que, ante algunas señales de estancamiento y nuevas manifestaciones o incremento de las mismas, conviene realizar estudios y controles anuales con Neurología, para descartar alguna comorbilidad o poder actuar a tiempo. En concordancia, recuerda que el autismo no es una enfermedad por lo que no implica necesariamente el uso de fármacos, lo que si necesita atención son todos los trastornos que están en comorbilidad con el TEA.

Lo que permite entrever las necesidades de atención que requiere un niño con TEA, ya que no solo puede sufrir problemas de salud como cualquier otra persona, sino que puede presentar otras necesidades vinculadas a otras afecciones comórbidas. Lo que hace que sean más vulnerables según lo menciona la OMS (2020), debido a la inactividad, alteraciones dietéticas y características de la condición.

Esto permite advertir, la necesidad de servicios de salud y educación que garanticen prevención, cuidado y tratamientos adecuados que garanticen derechos a su salud y su felicidad.

## **El Autismo en Venezuela**

Al hablar de datos estadísticos debemos reconocer que, en nuestro país, Venezuela no existen estadísticas formales de la población que

presenta la condición del Trastorno del Espectro Autista; sin embargo, Pereira, M. (2010) señala que la incidencia es cercana a los patrones encontrados en otros países; al respecto agrega además Estrella, W (2010) que en Venezuela como en muchos otros países estamos a ciegas en cuanto a estadísticas propias se refiere, además profundiza indicando que la ausencia de los mismos dificulta y hasta hace poco probable la planificación de políticas de prevención y control.

Aun cuando no existan estadísticas formales resulta imprescindible resaltar el trabajo que desde la necesidad surgida a iniciativa de padres, profesionales y entes no gubernamentales ha permitido que se hayan creado asociaciones para ofrecer servicios de atención especializada dirigidos a las personas con autismo y a sus familias; ejemplo de ello son: CEPIA, SOVENIA, GRUPO REDAPSI, FUNDACION NUEVO DIA, etc. (Domínguez, C. y Mahfoud, A., 2009). Desde el Estado los intentos se han realizado a través de los Centros de Atención Integral para Personas con Autismo-CAIPA, los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y los centros dispensadores de salud que atienden a la población infantil a través de las distintas especialidades pediátricas (Méndez et al, c.p. Domínguez, C. y cols, 2009).

En la actualidad, desde el Ministerio del Poder Popular para la Educación se dictan directrices para la creación de nuevos CAIPA, y recientemente CAIPA Sucre y CAIPA Plaza (2016), en el Estado Miranda (A. Domínguez, comunicación personal, 26 de abril de 2016).

Pese a estas iniciativas, Domínguez, C. y cols, (2009) han indicado que:

No se ha logrado consolidar el desarrollo de programas institucionales de cobertura nacional que fomenten una investigación de calidad sobre los TEA... es importante tener un censo preciso que permita cuantificar los recursos necesarios para el financiamiento de proyectos de prevención, diagnóstico e intervención terapéutica y educativa... (p 113).

Estas mismas autoras proponen en su artículo luego de considerar los

documentos de referencia internacional y los artículos publicados por autores venezolanos, algunas líneas de investigación: Elaborar una Guía de Buena Práctica para el diagnóstico y la investigación de los pacientes con TEA.... Crear una base de datos centralizada. Establecer líneas de investigación relacionadas con la genética, la inmunología y los factores de riesgo ambientales implicados en la patogénesis de los TEA. Crear comités de ética que evalúan la viabilidad de los proyectos de investigación ... (Domínguez, C. y cols, 2009, p. 113).

Es este punto sería importante acotar como complemento de lo antes señalado, que existe otra área de atención poco considerada y es la concerniente a la formación y preparación de los profesionales que brindan atención a la persona con autismo, empezando por los profesionales de la salud, donde el papel si se quiere protagónico lo lleva generalmente el Pediatra por ser el primer especialista al que acuden los padres; pasando por psicólogos, neurólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacionales, fisioterapeutas, terapeuta de lenguaje, y no menos importantes los Docentes. Podemos entonces afirmar luego de éste panorama que es mucho lo que falta por hacer en nuestro país, pero afortunadamente cada vez más surgen iniciativas que abonan al camino para el logro de estos objetivos.

### **Rol del pediatra en el Trastorno del espectro autista.**

Resulta probablemente difícil que, en una primera consulta médica además de corta duración, se aprecien síntomas claros de autismo, en especial si es un niño muy pequeño, (Sampedro, 2012); no existe tiempo de interacción y juego suficiente; y podría además estar sucediendo según éste autor, que el médico ésta pasando por alto los signos de alarma si manejan criterios muy amplios de maduración; es decir, prestan más atención a las mediciones de crecimiento que de desarrollo. El Pediatra está llamado entonces a tener una formación que le permita contar con las herramientas necesarias que le faciliten el diagnóstico.

Debe ser capaz de reconocer los signos y síntomas iniciales del TEA y recurrir a los instrumentos formales para evaluar a estos pacientes en forma sistemática. No puede perder la oportunidad de la detección precoz de esta patología dada su importancia y porque existen técnicas de pesquisa sencillas ... (Regatky, Gutson, y Salamanco, G. 2009, p. 246).

De cualquier manera, sea en los primeros meses de vida o posteriormente, el pediatra debe estar informado y formado en la caracterización del trastorno y sus diversas manifestaciones a fin de orientar a los padres y derivar oportunamente a la evaluación y atención especializada. Si el profesional no recibe formación, hay más riesgo de fracaso por desacuerdo, miedo a cometer errores, desconocimiento o falta de criterio para determinar si el comportamiento del niño indica Trastorno del Espectro Autista, tal como se señala el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2014, Canal, García, Santos, Bueno, y Posada, M (2014).

Al ser el pediatra el profesional que atiende y vigila la salud de los niños, esperamos que sean los que con mayor facilidad y pericia logren detectar los problemas relacionados con el crecimiento, el desarrollo y la conducta de los niños.

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2004), los trastornos del desarrollo son patologías que afectan entre un 20 y 35% de los niños. El médico pediatra es el primer profesional consultado por los padres. Estos esperan que el pediatra no solo sea un experto en atender a sus hijos durante una enfermedad, sino que también lo sea en temas vinculados al desarrollo. Es por esto que, la consulta pediátrica es un contexto natural idóneo para la observación de señales de alarma tempranas en el desarrollo infantil y es necesario indagar sobre los conocimientos que poseen los pediatras acerca de las mismas.

Gallo, (2021), en el estudio "Conocimiento acerca de las señales de alarma tempranas y el rol del fonoaudiólogo en el abordaje de los niños con

TEA, por parte de pediatras que se desempeñan en Efectores Públicos de la ciudad de Rosario”, destaca que, en el primer nivel de atención, el pediatra clínico es médico de cabecera y referente de la atención de los recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes, porque es el profesional del equipo de salud capacitado por formación y por experiencia para proveer la mejor calidad de atención de la salud y la promoción de los derechos de ese grupo etario.

Regatky, G y otros (2009), en el trabajo “Trastorno del espectro autista”. [Versión Electrónica]. Revista Hospital Niños Buenos Aires. Vol. 51 (235). 246-249, señalan que, el pediatra, debe ser capaz de reconocer los signos y síntomas iniciales del TEA y recurrir a los instrumentos formales para evaluar a estos pacientes en forma sistemática. No puede perder la oportunidad de la detección precoz de esta patología dada su importancia y porque existen técnicas de pesquisa sencillas.

### **El Cribado en el Proceso de Diagnóstico del trastorno del espectro autista.**

La utilidad de las pruebas de tamizado como un primer instrumento para la identificación de posibles problemas en el desarrollo de los infantes está bien documentada), éstos son instrumentos que permiten realizar una evaluación rápida y breve con el propósito de identificar a aquellos niños que requieren un diagnóstico o evaluación más completa, como lo mencionan Bolaños y otros (2015), Indicadores de riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo como instrumento para la detección temprana de retrasos y alteraciones del desarrollo. [Versión Electrónica]. Acta Pediátrica México (36), 35-146.

El uso de los procedimientos de cribado tiene consecuencias positivas. Está claro que la variabilidad plantea dificultades para la aplicación de sistemas de detección temprana e implica asumir que no todos los casos de

autismo son detectables a la misma edad y del mismo modo, lo que justifica un enfoque evolutivo para la detección precoz. Estas afirmaciones la realizan Canal y cols (2015), Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. [Versión Electrónica]. Revista de Neurología. 58 (1), S123-7.

Las facilidades de aplicación de éste tipo de instrumentos permiten vigilar periódicamente el desarrollo de un mayor número de niños; permite que posteriormente sean evaluados de forma más completa, mediante escalas de evaluación del desarrollo, a fin de determinar con mayor certeza las áreas afectadas y ofrecer el tratamiento pertinente con un especialista en desarrollo... (Bolaños, C. y cols. 2015).

La pesquisa temprana permite según lo planteado por éstos autores identificar precozmente a los niños con mayor riesgo de padecer un trastorno del Neurodesarrollo; sin embargo, es importante acotar que no son instrumentos diagnósticos per se, sino que permiten identificar a los que requieren de una evaluación más completa. Para éste fin existen instrumentos específicos.

En la actualidad existen instrumentos específicos de detección que pueden ser usados por pediatras, padres, educadores, psicólogos y otros profesionales de la salud. Estos instrumentos facilitan el primer paso a la identificación temprana de los Trastornos del Espectro Autista para luego abordar y ejecutar las acciones que podrán estar dirigidas al niño con TEA, a su familia y al entorno, reduciendo de esta manera la tensión en la familia y facilitando los apoyos que permitan la disminución de los problemas de conducta (Álvarez y Fernández, 2014).

Para una detección precoz adecuada, la actividad de vigilancia del desarrollo debe complementarse con la utilización de un instrumento para el cribado. Los instrumentos de cribado de autismo vienen desarrollándose en el ámbito internacional desde los años 90. En general, los instrumentos de cribado consisten en una evaluación breve diseñada para identificar a niños

que necesitan un estudio más detenido y amplio por estar en riesgo de presentar un retraso o una discapacidad.

En esta situación destaca Zugler y cols. (2022) a través del CDC actualizó los hitos del desarrollo basados en evidencia para herramientas de vigilancia, los cuales se muestran a continuación:

Hitos socioemocionales con datos normativos de respaldo, herramientas de evaluación y referencias de opiniones clínicas publicadas

Hitos socioemocionales	Edad	CDC o nuevo	Fuente		
			Datos normativos <sup>a</sup>	Herramientas de detección y evaluación del desarrollo <sup>b</sup>	Opinión clínica publicada <sup>c</sup>
Se calma cuando le hablan o lo cargan.	2 meses	Nuevo	Ertem et al (35)	—	ASHA (11), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Sharp et al (37)
mira tu cara	2 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35), Sheldrick y Perrin (38)	—	Futuros brillantes (36), Dosman et al (8), Scharf et al (18)
Parece feliz de verte cuando te acercas a ella.	2 meses	Nuevo	Ertem et al (35), Sheldrick y Perrin (38), Thalagala (39)	—	—
Sonríe cuando le hablas o le sonríes.	2 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Bhave et al (40), Ertem et al (35), Lejarraga et al (41), Thalagala (39)	ASQ-3 (22), PEDS-DM (25)	ASHA (11)
Sonríe solo para llamar tu atención.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35)	ASQ-3, PEDS-DM	Futuros brillantes (36)
Se ríe (aún no es una risa completa) cuando intentas hacerla reír.	4 meses	Nuevo	Accardo y Capute (30), Bhave et al (40), Ertem et al (35), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	ASHA (11), Bellman et al (42), Bright Futures (36)
Te mira, se mueve o hace sonidos para llamar o mantener tu atención.	4 meses	Nuevo	Ertem et al (35)	PEDS-DM	—
Conoce gente conocida	6 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Bhave et al (40), Ertem et al (35)	ASQ-3	Futuros brillantes (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

Le gusta mirarse en el espejo.	6 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Bhave et al (40), Lejarraga et al (41)	ASQ-3	Futuros brillantes (36)
risas	6 meses	Nuevo	Accardo y Capute (30), Bhave et al (40), Ertem et al (35), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	Bellman et al (42), Bright Futures (36), Dosman et al (8)
Es tímido, pegajoso o temeroso con extraños.	9 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (43), Kumar et al (44), Lancaster et al (45)	—	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Muestra varias expresiones faciales, como feliz, triste, enojada y sorprendida	9 meses	Nuevo	Thalagala (39)	—	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Mira cuando dices su nombre.	9 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Gladstone et al (46), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	Futuros brillantes (36) Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Reacciona cuando te vas (te mira, te alcanza o llora)	9 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (43)	—	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Sonríe o ríe cuando juegas al escondite	9 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35), Lejarraga et al (41), Sheldrick y Perrin (38), Thalagala (39)	PEDS-DM	Bellman et al (42), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Juega contigo, como pat-a-cake	12 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35), Fenson et al (47), Sheldrick y Perrin (38)		Bellman et al (42), Bright Futures (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Copia a otros niños mientras juega, como sacar juguetes de un recipiente cuando otro niño lo hace.	15 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	—	Futuros brillantes (36), Dosman et al (8)
Te muestra un objeto que le gusta.	15 meses	Nuevo	Crais y otros (48)	ASQ-3	Dosman et al (8), Primeras palabras (14), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Aplauda cuando está emocionado	15 meses	Nuevo	Crais y otros (48), Kwon y otros (49)	—	—
Abrazos muñeco de peluche u otro juguete	15 meses	Nuevo	Crais y otros (48), Fenson y otros (47)	—	Colson y Dworkin (16), Johnson y Blasco (15)
Te muestra afecto (te abraza, te abraza o te besa)	15 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (43)	ASQ-SE-2 (23), Bayley III (27)	Johnson y Blasco (15), Vaughan (17)
Se aleja de ti, pero mira para asegurarse de que estás cerca.	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	ASQ-SE-2	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

Puntos para mostrarte algo interesante.	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	Bayley III, MCHAT-R (24), PEDS-DM	Bellman et al (42), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Te extiende las manos para que te las laves.	18 meses	Nuevo	Gladstone y otros (46)	—	—
Mira algunas páginas de un libro contigo <sup>d</sup>	18 meses	Nuevo	Ertem et al (35)	ASQ-SE-2	Behrman et al (50), Colson y Dworkin (16), Vaughan (17)
Te ayuda a vestirlo pasando el brazo por la manga o levantando el pie.	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	ASQ-3, PEDS-DM	Bright Futures (36), Dosman et al (8), Johnson y Blasco (15)
Se da cuenta cuando otros están heridos o molestos, como hacer una pausa o verse triste cuando alguien llora	24 meses	Nuevo	—	PEDS-DM	Dosman et al (8), Scharf et al (18)
Mira tu cara para ver cómo reaccionar ante una nueva situación.	24 meses	Nuevo	—	ASQ-SE-2, MCHAT-R, PEDS-DM	Bright Futures (36), Dosman et al (8), Johnson y Blasco (15)
Juega junto a otros niños y a veces juega con ellos.	30 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Lancaster y otros (45), Lansdown y otros (51)	ASQ-SE-2, PEDS-DM	Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Te muestra lo que puede hacer diciendo: "¡Mírame!".	30 meses	Nuevo	Sheldrick y Perrin (38)	—	—
Sigue rutinas simples cuando se le ordenan, como ayudar a recoger juguetes cuando usted dice: "Es hora de limpiar".	30 meses	Nuevo	—	ASQ-SE, PEDS-DM	Colson y Dworkin (16), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18), Vaughan (17)
Se calma dentro de los 10 minutos posteriores a que usted la deja, como cuando la deja en la guardería	3 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	—	Dosman et al (8), Johnson y Blasco (15)
Observa a otros niños y se une a ellos para jugar.	3 años	Nuevo	Lansdown y otros (51)	ASQ-SE-2, PEDS-DM	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Finge ser otra cosa durante el juego (maestro, superhéroe, perro)	4 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (43)	ASQ-3, PEDS-DM	Behrman et al (50), Bright Futures (36), Dosman et al (8)
Pide ir a jugar con los niños si no hay ninguno cerca, como "¿Puedo jugar con Alex?" <sup>d</sup>	4 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Gladstone y otros (46)	—	—
Consuela a otros que están heridos o tristes, como abrazar a un amigo que	4 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	ASQ-3, PEDS-DM	Dosman y otros (8)

llora					
Evita peligros, como no saltar desde grandes alturas en el patio de recreo.	4 años	Nuevo	—	ASQ-SE-2	—
Le gusta ser un "ayudante"	4 años	Nuevo	Gladstone et al (46), Haltiwanger y Coster (52)	PEDS-DM	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Cambia de comportamiento según el lugar donde se encuentra (lugar de culto, biblioteca, parque infantil)	4 años	Nuevo	Gladstone y otros (46)	ASQ-SE-2, PEDS-DM	—
Sigue reglas o se turna cuando juega con otros niños	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Gladstone et al (46), Haltiwanger y Coster (52), Kumar et al (44), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	Bright Futures (36), Colson y Dworkin (16), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Canta, baila o actúa para ti	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	—	—
Hace tareas sencillas en casa, como combinar calcetines o recoger la mesa después de comer.	5 años	Nuevo	Gladstone et al (46), Haltiwanger y Coster (52)	PEDS-DM	—

Hitos del lenguaje y la comunicación con datos normativos de respaldo, herramientas de evaluación y referencias de opiniones clínicas publicadas

Hitos del lenguaje/comunicación	Edad	CDC o nuevo	Fuente		
			Datos normativos <sup>a</sup>	Herramientas de detección y evaluación del desarrollo <sup>b</sup>	Opinión clínica publicada <sup>c</sup>
Hace sonidos distintos al llanto	2 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Dosman et al (8), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3 (22), PEDS-DM (25)	Blackwell y Baker (53), Bright Futures (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Reacciona a sonidos fuertes <sup>d</sup>	2 meses	Nuevo	—	—	Accardo y Capute (30), ASHA (11), Bellman et al (42), Bright Futures (36)

Hace sonidos como "oooo" y "aahh" (arrullo)	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35)	ASQ-3	ASHA (11), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Hace sonidos cuando le hablas.	4 meses	Nuevo	Ertem et al (35), Den Ouden et al (54), Kumar et al (44)	ASQ-3	Bellman y otros (42)
Gira la cabeza hacia el sonido de tu voz.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Bhavet al (40), Den Ouden et al (54), Sheldrick y Perrin (38)	—	Bellman et al (42), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Se turna para hacer sonidos contigo.	6 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Kumar et al (44), Lejarraga et al (41)	—	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Sopla "frambuesas" (saca la lengua y sopla)	6 meses	Nuevo	Accardo y Capute (30)	—	Blackwell y Baker (53), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Hace ruidos chillones	6 meses	Nuevo	—	ASQ-3	Bellman et al (42), Blackwell y Baker (53), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Hace diferentes sonidos como "mamamama" y "babababa"	9 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Bhavet al (40), Den Ouden et al (54), Lancaster et al (45), Lejarraga et al (41), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	ASHA (11), futuros brillantes (36)
Levanta los brazos para que lo recojan.	9 meses	Nuevo	Ertem et al (35), Fenson et al (47), Gladstone et al (46), Kwon et al (49), Sheldrick y Perrin (38)	—	ASHA (11), Bright Futures (36), Dosman et al (8), First Words (14), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

Saluda con la mano "adiós"	1 2 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Crais et al (48), Den Ouden et al (54), Ertem et al (35), Fenson et al (47), Kwon et al (49)	—	ASHA (11), Bright Futures (36), Primeras palabras (14), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Llama a un padre "mamá" o "papá" u otro nombre especial	1 2 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Crais et al (48), Sheldrick y Perrin (38)	—	AAP (12), Bright Futures (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Entiende "no" (hace una breve pausa o se detiene cuando lo dices)	1 2 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Gladstone et al (46), Lancaster et al (45), Lejarraga et al (41), Thalagala (39)	Bayley III (27)	Blackwell y Baker (53), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Intenta decir 1 o 2 palabras además de mamá o papá, como "ba" para pelota o "da" para perro	1 5 m e s e s	Nuevo	Gladstone et al (46), Lancaster et al (45), Tamis-Lemonda et al (55)	ASQ-3, PEDSDM	Bright Futures (36), Johnson y Blasco (15), Sharp y Hillenbrand (37)
Mira un objeto familiar cuando lo nombras.	1 5 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35), Lancaster et al (45), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Sigue instrucciones dadas tanto con gestos como con palabras. Por ejemplo, te da un juguete cuando extiendes la mano y le dices: "Dame el juguete".	1 5 m e s e s	Nuevo	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Gladstone et al (46)	ASQ-3	Futuros Brillantes (36), Johnson y Blasco (15)
Puntos para pedir algo o conseguir ayuda	1 5 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (43), Kwon et al (49), Lancaster et al (45)	ASQ-3	AAP (12), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Intenta decir $\geq 3$	1 8	Centros para el	Accardo y Capute	ASQ-3	Bellman et al (42), Blackwell y Baker (53), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

palabras además de mamá o papá	m e s e s	Control y la Prevención de Enfermedades	(30), Ertem et al (35), Gladstone et al (46), Lancaster et al (45), Sheldrick y Perrin (38)		
Sigue instrucciones de 1 paso sin ningún gesto, como darle el juguete cuando le dices: "Dámelo".	1 8 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Gladstone et al (46), Lancaster et al (45), Sheldrick y Perrin (38)	—	ASHA (11), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Señala cosas en un libro cuando preguntas, por ejemplo, "¿Dónde está el oso?"	2 4 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Lejarraga et al (41)	ASQ-3	ASHA (11), Bellman et al (42), Blackwell y Baker (53), Bright Futures (36), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Dice al menos 2 palabras juntas, como "Más leche".	2 4 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Den Ouden (54), Ertem et al (43), Gladstone et al (46), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3	AAP (12), ASHA (11), Bellman et al (42), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Señala al menos 2 partes del cuerpo cuando le pides que te las muestre	2 4 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Muluk et al (56), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	ASHA (11), Bellman et al (42), Blackwell y Baker (53), Bright Futures (36), Johnson y Blasco (15)
Utiliza más gestos que simplemente saludar y señalar, como lanzar un beso o asentir con la cabeza.	2 4 m e s e s	Nuevo	Fenson y otros (47), Kwon y otros (49)	—	Dosman et al (8), Primeras palabras (14)
Dice ~50 palabras	3 0 m e s e s	Nuevo	Accardo y Capute (30), Lancaster et al (45), Tamis-Lemonda et al (55)	ASQ-3	AAP (12), Bright Futures (36), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Dice ≥2 palabras, con 1 palabra de acción, como "Perrito corre".	3 0 m e s e s	Nuevo	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Lancaster et al (45), Tamis-Lemonda et al (55)	ASQ-3, Bayley III	Blackwell y Baker (53), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)

Nombra cosas en un libro cuando señalas y preguntas: "¿Qué es esto?"	3 0 m e s e s	Nuevo	Lancaster et al (45), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, Bayley III	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Dice palabras como yo, yo o nosotros.	3 0 m e s e s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Lancaster et al (45), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, Bayley III	Bright Futures (36), Colson y Dworkin (16), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Habla con usted en una conversación utilizando al menos 2 intercambios de ida y vuelta *	3 a ñ o s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	Bayley III	—
Hace preguntas sobre quién, qué, dónde o por qué, como "¿Dónde está mamá/papá?"	3 a ñ o s	Nuevo	Ertem et al (43), Nair y Russell (57), Sheldrick y Perrin (38)	—	ASHA (11), Colson y Dworkin (16)
Dice qué acción sucede en una imagen cuando se le pregunta, como correr, comer o jugar.	3 a ñ o s	Nuevo	Gladstone y otros (46)	ASQ-3, Bayley III	Gerber et al (20), Knobloch et al (58), Scharf et al (18)
Dice el nombre cuando se le pregunta	3 a ñ o s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Gladstone et al (46), Haltiwanger y Coster (52), Lansdown et al (51), Lejarraga et al (41), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3	Gerber et al (20), Knobloch et al (58), Scharf et al (18)
Habla lo suficientemente bien como para que los demás lo entiendan, la mayor parte del tiempo.	3 a ñ o s	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35), Gladstone et al (46), Lancaster et al (45)	Bayley III	ASHA (11), Bellman et al (42), Blackwell y Baker (53), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Dice oraciones con ≥4 palabras *	4 a ñ o s	Nuevo	—	ASQ-3	ASHA (11)
Dice algunas palabras de una canción, cuento o canción infantil	4 a ñ o s	Centros para el Control y la Prevención de	—	—	Colson y Dworkin (16)

		Enfermedades			
Habla de al menos una cosa que pasó durante su día, como "jugué fútbol". <sup>mi</sup>	4 años	Nuevo	—	—	ASHA (11)
Responde preguntas sencillas, como "¿Para qué sirve un abrigo" o "¿Para qué sirve un crayón?"	4 años	Nuevo	Ertem et al (43), Gladstone et al (46), Lejarraga et al (41), Nair y Russell (57), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3	ASHA (11), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Cuenta una historia que escuchó o inventó con al menos 2 eventos, como un gato atrapado en un árbol y un bombero salvándolo.	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	McCabe y Rollins (59), Sheldrick y Perrin (38)	—	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Responde preguntas sencillas sobre un libro o una historia después de leerlo o contárselo	5 años	Nuevo	—	—	ASHA (11)
Mantiene una conversación con >3 intercambios de ida y vuelta	5 años	Nuevo	—	—	ASHA (11)
Usa o reconoce rimas simples (bat-cat, ball-tall)	5 años	Nuevo	—	PEDS-DM	ASHA (11), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

Hitos cognitivos con datos normativos de respaldo, herramientas de evaluación y referencias de opiniones clínicas publicadas

Hitos cognitivos	Edad	CDC o nuevo	Fuente		
			Datos normativos <sup>a</sup>	Herramientas de detección y evaluación del desarrollo <sup>b</sup>	Opinión clínica publicada <sup>c</sup>
Te observa mientras te mueves	2 meses	Centros para el Control y la	Accardo y Capute (30), Atkinson et al (60),	ASQ-3 (22)	—

		Prevención de Enfermedades	Bhave et al (40), Ertem et al (35), Sheldrick y Perrin (38)		
Mira un juguete durante varios segundos.	2 meses	Nuevo	Kumar y otros (44)	—	Accardo y Capute (30), Bellman et al (42)
Si tiene hambre, abre la boca cuando ve el pecho o el biberón.	4 meses	Nuevo	Carruth y Skinner (61), Thalagala (39)	ASQ-3, PEDS-DM (25)	Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Mira sus manos con interés.	4 meses	Nuevo	Den Ouden et al (54), Ertem et al (35), Lejarra ga et al (41)	—	Bellman et al (42), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Se lleva cosas a la boca para explorarlas.	6 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35)	ASQ-3	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Alcanza a agarrar un juguete que quiere	6 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Den Ouden y otros (54), Kumar y otros (44)	ASQ-3	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Cierra los labios para demostrar que no quiere más comida	6 meses	Nuevo	—	PEDS-DM	—
Busca objetos que se le caen fuera de la vista (como su cuchara o su juguete)	9 meses	Nuevo	Accardo y Capute (30), Ertem et al	—	Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)

			(35)		
Golpea 2 cosas juntas	9 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35), Gladstone et al (46), Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3	Bellman et al (42), Bright Futures (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Pone algo en un recipiente, como un bloque en una taza.	12 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Gladstone et al (46), Lancaster et al (45), Thalagala (39)	ASQ-3	Futuros brillantes (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Busca cosas que te ve esconder, como un juguete debajo de una manta.	12 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Gladstone et al (46)	—	Futuros brillantes (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Intenta usar las cosas de la manera correcta, como un teléfono, una taza o un libro	15 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	—	Dosman et al (8), Johnson y Blasco (15)
Apila al menos 2 objetos pequeños, como bloques.	15 meses	Nuevo	—	Cerveza VMI (28)	—
Te copia haciendo tareas del hogar, como barrer con una escoba.	18 meses	Centros para el Control y la	Den Ouden et al (54), Fenson et al (47)	ASQ-3, PEDS-DM	Bellman et al (42), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

		Prevención de Enfermedades			
Juega con juguetes de forma sencilla, como empujar un coche de juguete.	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (43), Gladstone et al (46) Lancaster et al (45)	ASQ-3	Bellman et al (42), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Johnson y Blasco (15), Scharf et al (18)
Sostiene algo en una mano mientras usa la otra, por ejemplo, sostiene un recipiente y quita la tapa.	24 meses	Nuevo	Kimmerle y otros (62)	—	—
Intenta usar interruptores, perillas o botones en un juguete	24 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al (35)	ASQ-3	Bright Futures (36), Colson y Dworkin (16), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Juega con >1 juguete al mismo tiempo, como poner comida de juguete en un plato de juguete.	24 meses	Nuevo	—	PEDS-DM	—
Usa cosas para fingir, como darle un bloque a una muñeca como si fuera comida.	30 meses	Nuevo	—	ASQ-3	Futuros brillantes (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Muestra habilidades simples para resolver problemas, como pararse en un taburete pequeño para alcanzar algo.	30 meses	Nuevo	Lancaster y otros (45)	ASQ-3	—
Sigue instrucciones de 2 pasos, por ejemplo, "Deja el juguete y cierra la puerta".	30 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute (30), Ertem et al (35), Gladstone et al (46) Lancaster et al	Bayley III (27)	AAP (12), Bright Futures (36), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

		med ades	(45)		
Demuestra que conoce al menos un color, como señalar un crayón rojo cuando le preguntas: "¿Cuáles es rojo?"	30 m e s e s	Nue vo	Accard o y Capute (30), Sheldric k y Perrin (38)	—	Knobloch y otros (58)
Dibuja un círculo cuando le muestras cómo.	3 a ñ o s	Cent ros para el Cont rol y la Prev enci ón de Enfe rmed ades	Accard o y Capute (30), Egan y Brown (63)	ASQ-3	Behrman et al (50), Bellman et al (42), Bright Futures (36), Colson y Dworkin (16), Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Evita tocar objetos calientes, como una estufa, cuando le adviertes <sup>d</sup>	3 a ñ o s	Nue vo	Haltiwa nger y Coster (52)	ASQ-SE (23)	—
Nombra algunos colores de artículos.	4 a ñ o s	Cent ros para el Cont rol y la Prev enci ón de Enfe rmed ades	Accard o y Capute (30), Lejarra ga et al (41), Sheldric k y Perrin (38)	ASQ-3, Bayley III, PEDS-DM	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Cuenta lo que viene después en una historia muy conocida.	4 a ñ o s	Cent ros para el Cont rol y la Prev enci ón de Enfe rmed ades	—	—	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
Dibuja una persona con ≥3 partes del cuerpo.	4 a ñ o s	Cent ros para el Cont rol y la Prev enci ón de Enfe	Lejarra ga et al (41),	ASQ-3, PEDS-DM	Futuros brillantes (36), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

		med ades			
Cuenta hasta 10	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	ASQ-3	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Nombra algunos números entre 1 y 5 cuando los señalas	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Williams y Lerner (64)	PEDS-DM	ASHA (11), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Usa palabras sobre el tiempo, como ayer, mañana, mañana o noche.	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Sheldrick y Perrin (38)	PEDS-DM	Colson y Dworkin (16), Gerber et al (20), Scharf et al (18)
Presta atención durante 5 a 10 minutos durante las actividades, por ejemplo, durante la hora del cuento o haciendo manualidades (el tiempo frente a la pantalla no cuenta) <sup>d</sup>	5 años	Nuevo	—	ASQ-SE	—
Escribe algunas letras en su nombre.	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Sheldrick y Perrin (38)	ASQ-3, PEDS-DM	Dosman et al (8), Gerber et al (20), Scharf et al (18)

Nombra algunas letras cuando las señalas.	5 años	Nuevo	Williams y Lerner (64)	ASQ-3	Gerber y cols. (20), Scharf y cols. (18)
---	--------	-------	------------------------	-------	--

## Hitos motores con datos normativos de respaldo, herramientas de evaluación y referencias de opiniones clínicas publicadas

Hitos del desarrollo motor	Edad	CDC o nuevo	Fuente		
			Datos normativos <sup>a</sup>	Herramientas de detección y evaluación del desarrollo <sup>b</sup>	Opinión clínica publicada <sup>c</sup>
Mantiene la cabeza erguida cuando está boca abajo.	2 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Carruth y Skinner ( 61 ), Den Ouden et al ( 54 )	—	Futuros brillantes ( 36 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Mueve ambos brazos y piernas.	2 meses	Nuevo	—	ASQ-3 ( 22 )	Futuros brillantes ( 36 )
Abre las manos brevemente	2 meses	Nuevo	Accardo y Capute ( 30 ), Ertem et al ( 35 ), Lejarraga et al ( 41 )	ASQ-3	Futuros brillantes ( 36 )
Mantiene la cabeza firme sin apoyo cuando la sostiene.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al ( 35 ), Lejarraga et al ( 41 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	PEDS-DM ( 25 )	Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Sostiene un juguete cuando se lo pones en la mano.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Dosman et al ( 8 ) <sup>d</sup>	—	Bellman y otros ( 42 ), Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Usa su brazo para golpear los juguetes.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Bhave et al ( 40 ), Dosman et al ( 8 ), Ertem et al ( 43 ), Kumar et al ( 44 )	—	Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Se lleva las manos a la boca.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Den Ouden et al ( 54 ), Ertem et al ( 35 ), Lejarraga et al ( 41 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	—	Futuros brillantes ( 36 ), Dosman et al ( 8 )
Empuja hacia arriba sobre los codos/antebrazos cuando está boca abajo.	4 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Lejarraga et al ( 41 ), Thalagala ( 39 )	—	Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Rueda desde la barriga hacia la espalda.	6 meses	Centros para el Control y la	Accardo y Capute ( 30 ), Den Ouden et al ( 54 ), Dosman et al ( 8 ), Ertem et al	ASQ-3	Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )

	es	Prevencción de Enfermedades ( 35 )		
Empuja hacia arriba con los brazos rectos cuando está boca abajo.	6 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Carruth y Skinner ( 61 ), Thalagala ( 39 )	Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Se apoya en las manos para sostenerse cuando está sentado.	6 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Carruth y Skinner ( 61 ), Dosman et al ( 8 ), Ertem et al ( 35 ), Kitsao-Wekulo et al ( 65 ), Lejarraga et al ( 41 )	ASQ-3 Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Se sienta solo	9 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Bhavé et al ( 40 ), Gajewska et al ( 66 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Se sienta sin apoyo	9 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Bhavé et al ( 40 ), Cox et al ( 67 ), Dosman et al ( 8 ), Ertem et al ( 35 ), Gladstone et al ( 46 ), Lancaster et al ( 44 ), Lejarraga y otros ( 41 )	Bellman y otros ( 42 ), Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Usa los dedos para "rastrillar" la comida hacia sí mismo.	9 meses	Nuevo	Accardo y Capute ( 30 ), Carruth y Skinner ( 61 ), Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	ASQ-3 Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Mueve cosas de una mano a la otra	9 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Carruth y Skinner ( 61 ), Cox et al ( 67 ), Den Ouden et al ( 54 ), Gladstone et al ( 46 ), Kitsao-Wekulo et al ( 65 ), Lancaster et al ( 45 ), Lejarraga et al ( 41 ), Sheldrick y Perrin ( 38 ), Thalagala ( 39 )	ASQ-3 Futuros brillantes ( 36 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Se levanta para ponerse de pie	12 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Bhavé et al ( 40 ), Den Ouden et al ( 54 ), Dosman et al ( 8 ), Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Lancaster et al ( 45 ), Lejarraga et al ( 41 ), Organización Mundial de la Salud ( 68 )	Bellman y otros ( 42 ), Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Camina agarrándose de los muebles.	12 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Ertem et al ( 43 ), Lejarraga et al ( 41 ), Organización Mundial de la Salud ( 68 )	Bellman y otros ( 42 ), Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Bebe de una taza sin tapa, mientras la sostiene.	12 meses	Nuevo	Gladstone y otros ( 46 ), Lancaster y otros ( 45 )	ASQ-3, PEDS-DM Bright Futures ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Recoge cosas entre el pulgar y el índice, como pequeños trozos de comida.	12 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Kumar et al ( 44 ), Lancaster et al ( 45 ), Lejarraga et al ( 41 )	Futuros brillantes ( 36 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Da algunos pasos por su cuenta	15 meses	Centros para el Control y la Prevencción de Enfermedades	Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Noller e Ingrisano ( 69 )	Futuros brillantes ( 36 )
Utiliza los dedos para alimentarse ella misma.	15 meses	Nuevo	Carruth y Skinner ( 61 ), Dosman et al ( 8 ), Kumar et al ( 44 ), Lejarraga et al ( 41 )	Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )

	es		41 )		
Camina sin agarrarse de nada ni de nadie.	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Bhave et al ( 40 ), Gladstone et al ( 46 ), Kitsao-Wekulo et al ( 65 ), Lancaster et al ( 45 ), Lejarraga et al ( 41 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	ASQ-3, PEDS-DM	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 36 ), Dosman et al ( 8 )
Garabatos	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Ertem et al ( 43 ), Kitsao-Wekulo et al ( 65 ), Lancaster et al ( 45 ), Lansdown et al ( 51 ), Lejarraga et al ( 41 )	ASQ-3	Bright Futures ( 36 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Bebe de una taza sin tapa y a veces puede derramarse.	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Den Ouden et al ( 54 ), Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Lancaster et al ( 45 )	ASQ-3	Bright Futures ( 36 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Se alimenta con los dedos	18 meses	Nuevo	Carruth y Skinner ( 61 ), Dosman et al ( 8 ), Kumar et al ( 44 ), Lejarraga et al ( 41 )	—	Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Intenta usar una cuchara.	18 meses	Nuevo	Ertem y otros ( 43 ), Gladstone y otros ( 46 )	ASQ-3	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 70 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Se sube y baja de un sofá o silla sin ayuda	18 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Carruth y Skinner ( 61 ), Kitsao-Wekulo et al ( 65 ), Lancaster et al ( 45 ), Lejarraga et al ( 41 )	—	Bright Futures ( 36 ), Colson y Dworkin ( 16 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
patear una pelota	24 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Lancaster et al ( 45 ), Lejarraga et al ( 41 ), Sheldrick y Perrin ( 38 ), Thalagala ( 39 )	ASQ-3	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 36 ), Colson y Dworkin ( 16 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Carreras	24 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Accardo y Capute ( 30 ), Gladstone et al ( 46 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	ASQ-3	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 36 ), Colson y Dworkin ( 16 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Camina (no sube) algunas escaleras con o sin ayuda.	24 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Bhave et al ( 40 ), Ertem et al ( 43 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	ASQ-3, PEDS-DM	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 70 ), Colson y Dworkin ( 16 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Come con cuchara	24 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Dosman et al ( 8 ), Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 ), Muluk et al ( 56 )	—	Bright Futures ( 36 ), Colson y Dworkin ( 16 ), Dosman et al ( 8 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Usa las manos para torcer cosas, como girar pomos de puertas o desenroscar tapas.	30 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Lancaster y otros ( 45 )	MSEL ( 32 )	Futuros Brillantes ( 36 ), Johnson y Blasco ( 15 )
Se quita algo de ropa solo, como pantalones holgados o una chaqueta abierta.	30 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Dosman et al ( 8 ), Ertem et al ( 43 ), Gladstone et al ( 46 )	ASQ-3, PEDS-DM	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )

Salta del suelo con ambos pies.	30 meses	Nuevo	Gladstone et al ( 46 ), Kitsao-Wekulo et al ( 65 ), Lejarraga et al ( 41 ), Sheldrick y Perrin ( 38 )	ASQ-3	Bright Futures ( 36 ), Colson y Dworkin ( 16 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
Pasa las páginas del libro, una a la vez, cuando le lees	30 meses	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	MSEL	Futuros brillantes ( 36 ), Knobloch et al ( 58 )
Ensarta elementos juntos, como cuentas grandes o macarrones.	3 años	Nuevo	Gladstone y otros ( 46 )	ASQ-3	Gerber y otros ( 20 ), Knobloch y otros ( 58 ), Scharf y otros ( 18 )
Se pone algo de ropa solo, como pantalones holgados o una chaqueta.	3 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Dosman y otros ( 8 ), Ertem y otros ( 35 )	ASQ-3, PEDS-DM	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Johnson y Blasco ( 15 ), Scharf et al ( 18 )
usa un tenedor	3 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Dosman y otros ( 8 )	ASQ-3	Bellman et al ( 42 ), Futuros brillantes ( 36 )
Atrapa una pelota grande la mayor parte del tiempo.	4 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	ASQ-3	Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Se sirve comida o agua él mismo, con la supervisión de un adulto.	4 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	—	ASQ-3	Gerber y otros ( 20 ), Scharf y otros ( 18 )
Desabrocha algunos botones	4 años	Nuevo	Ohtoshi y otros ( 71 )	—	Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Sostiene un crayón o un lápiz entre los dedos y el pulgar (no en el puño)	4 años	Nuevo	Egan y Brown ( 63 ), Ertem et al ( 43 )	ASQ-3	Futuros brillantes ( 36 ), Dosman et al ( 8 ), Knobloch et al ( 58 )
Botones botones	5 años	Nuevo	Ohtoshi y otros ( 71 )	ASQ-3	Futuros brillantes ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )
Salta sobre 1 pie	5 años	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Gladstone y otros ( 46 ), Kitsao-Wekulo y otros ( 65 ), Nair y Russell ( 57 )	ASQ-3	Bellman et al ( 42 ), Bright Futures ( 36 ), Gerber et al ( 20 ), Scharf et al ( 18 )

El cribado es el primero de una secuencia de pasos de evaluación que incluyen generalmente una revisión del cribado, o recribado, y una derivación hacia servicios especializados de diagnóstico, así como hacia recursos de atención temprana. La diferencia de estos sistemas respecto a los procesos

más tradicionales de detección y diagnóstico está en que los sistemas de cribado requieren poco tiempo, poca experiencia y una mínima preparación técnica.

Con relación a los diferentes cribados para la detección del TEA Valdez y Ruggieri (2015), explican que existen dos estrategias para realizarlo: 1. Medidas de cribado no específicos: utilizando una medida de cribado que identifique diversos problemas de retrasos significativos en el área de lenguaje y cognición. Dentro de los cuales se encuentran el Cuestionario de Edades y Etapas (ADQ) e Inventario de Desarrollo del Niño (CDI). 2. Medidas de cribado específicas: para identificar específicamente la sintomatología autista. Dentro de los que se pueden mencionar Checklist for Autism in Toddlers o Lista de Chequeo de Autismo para Niños (CHAT), Checklist for Autism in Toddlers o Lista de Chequeo de Autismo para Niños (M-CHAT) versión modificada; Checklist for Autism in Toddlers o Lista de Chequeo de Autismo para Niños (M-CHAT R / F) versión revisada con entrevista de seguimiento, Lista de Chequeo de Conductas Autistas, Escala de Evaluación del Autismo Infantil.

### **Bases legales**

Las Bases Legales en una investigación son de elemental importancia, ya que es a través de estos constructos legales que damos por entendido la gran particularidad jurídica que ha de tener nuestro estudio. De acuerdo a lo teorizado por Palella y Martins (2012).

La fundamentación legal o bases legales se refieren a la normativa jurídica que sustenta el estudio. Desde la Carta Magna, las Leyes Orgánicas, las Resoluciones, Decretos, entre otros. Es importante que se especifique el número del articulado correspondiente, así como una breve paráfrasis de su contenido a fin de relacionarlo con la investigación a desarrollar.

La presente investigación tiene su basamento legal en las diferentes leyes y normas propias de la República Bolivariana de Venezuela, entre ellas

la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (CRBV, 1999). En los artículos 83 y 84 garantiza el derecho social y fundamental a la salud

Por otra parte, en la Ley Orgánica de la Salud en la disposición Del Funcionamiento de los Establecimientos de Atención Médica, reza, reza en el artículo 40, debe tener demarcada su área de influencia o cobertura de población, lo cual es indispensable para conocer la situación de la salud.

Por otra parte, en la Ley para las Personas con Discapacidad (2009) en la disposición de los Derechos y Garantías para las personas con Discapacidad, reza en los artículos 6, 12 a las políticas públicas para la atención, rehabilitación, y habilitación como un derecho fundamental. Finalmente, el objetivo es que los servicios de salud estén alineados con esta orientación para brindar calidad en el servicio, por lo tanto, la mejora de la gestión, en este caso del servicio de Pediatría del Hospital Central Universitario “Dr. Pedro E. carrillo”.

Ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA) (2007), en el artículo 29, señala tienen derecho y garantías consagradas y reconocidos en esta ley, además de los inherentes a su condición específica.

Ley de atención integral para las personas con trastornos del espectro autista (2023), en los artículos 3, 5, 11 propone el diagnóstico integral, y el Estado garantizará atención integral a las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) en las instituciones especializadas y destinadas para tal fin, mediante tratamiento individualizado y abordaje multidisciplinario que así lo amerite, en cuanto a: Tratamientos de las condiciones médicas asociadas al trastorno (neurológicas, gastrointestinales, inmunológicas y metabólicas), así como de las áreas del neurodesarrollo con terapias de lenguaje, ocupacional y de integración sensorial, psicoeducativas (psicopedagogía, psicología), psicosociales (docente especialista y trabajo social), y otras asociadas.

### **CAPÍTULO III. MARCO INSTITUCIONAL**

#### **Hospital Central “Dr. Pedro Emilio Carrillo” de Valera**

Hospital Central “Dr. Pedro Emilio Carrillo” de Valera. Se encuentra ubicado al final de la Calle 6 entre Avenidas 13 y 14, Municipio Mercedes Díaz, Valera Estado Trujillo, es una institución sin fines de lucro destinada al servicio de salud gratuito a toda la comunidad Trujillana. Los recursos económicos con los que cuenta la institución son provenientes de Ministerio del Poder Popular para la Salud a nivel central, así como también la Gobernación destina un porcentaje del aporte económico con el fin de cubrir todas las necesidades que presenta la institución.

#### **Reseña Histórica**

En mayo de 1923, en el Municipio Valera y zonas adyacentes se comienza a presentar los servicios de salud en el hospital “Nuestra señora de la Paz”, bajo la responsabilidad de las hermanas Santa Ana. En 1946, el Gobierno Nacional adquiere mediante la compra a los hermanos Colina, una hacienda llamada “Morón” situada al norte de la ciudad, por un monto de Bolívares 60.000,00. El 17 de enero de 1949, el diario “El Universal”, a través de Ofipren en Trujillo, anuncia la propia construcción de un nuevo hospital para Valera e informa que en las oficinas de la línea aérea “Taca”, se exhibe la perspectiva del conjunto del moderno hospital que será construido en la ciudad.

Diez (10) años duro la construcción antisísmica de esta gran edificación; levantada en una gran gigantesca estructura de hierro y rellena en sus paredes con ladrillos de arcilla. Fue la obra construida bajo una concepción moderna de arquitectura hospitalaria: sencilla, elegante,

funcional y con la capacidad suficiente para una ciudad que crecía aceleradamente, con su extensa área de influencia, conformada por Valera y otras poblaciones del estado circunvecinos. En el primer trimestre del año 1956 queda concluida la edificación que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social denominó originalmente Hospital Central de Valera. Ese año fue destinado para su equipamiento: maquinarias, electrificación, material médico-quirúrgico, lavandería, aires acondicionados entre otros; todo adquirido directamente de los Estados Unidos de Norteamérica por un costo de 25 millones al cambio oficial de BS. 3,35 por dólar.

A finales del año 1956, el Doctor Luis Castillo Arráez, Jefe de la Unidad Sanitaria de Carora fue transferido a esta ciudad como director del nuevo hospital. En marzo de 1957 el Presidente de la República, General Marcos Pérez Jiménez, acompañado por el Doctor Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, Ministro de Sanidad y Asistencia Social, por el Ministro de Obras Públicas entre otros Ministros e importantes personalidades Nacionales y Regionales, entre estas el señor Araujo Presidente del Estado, Juan Abreu Presidente del Concejo Municipal de Valera., inauguran oficialmente la nueva institución con el nombre de Hospital Central "Dr. José Antonio Tagliaferro" Profesional de la medicina nacido en San Cristóbal, que había ejercido en Valera durante varios años y adquirió un gran prestigio como profesional honesto y abnegado.

El Hospital fue abierto a la comunidad el día 15 de septiembre de 1958, con una capacidad física de 300 camas, 2 Departamentos de Hospitalización, Medicina General, Obstétrica y Ginecológica, posteriormente funcionan los Departamentos de Cirugía y Pediatría, además las especialidades de Neonatología, Oftalmología, ORL, Anestesiología Gastroenterología y Anatomía Patológica. Entre sus primeros médicos fundadores estuvieron los doctores Hugo Rivas Cols, José A. Valero Parra, Rafael Ángel Márquez y Raúl Días Castañeda. En septiembre del año 1960 de las camas presupuestadas se le arriendan 50

camas al Instituto Venezolano del Seguro Social, quien inició sus actividades en esa fecha y se hace un convenio entre el Seguro Social de asignarle el 4to. Piso del mismo para asistir la población asegurada hasta el año 1987.

El 7 de octubre de 1961 se incorpora la Docencia Universitaria a través de la ilustre Universidad de los Andes, para formación de Médicos de Pregrados. En el año 1968 es clasificado como Hospital Regional Tipo III, con una capacidad de doscientas cincuenta (250) camas para prestar sus servicios a siete mil (7.000) habitantes. Para el 23 de abril de 1982 por iniciativa de la agrupación socio-cultural de Trujillo y del Colegio de Médicos de la entidad, le fue otorgado en vida al ilustre médico Trujillano Dr. Pedro Emilio Carrillo, el nombre del Hospital. Con el correr de los tiempos se fueron incorporando nuevas generaciones de médicos, muchos de ellos formados en el propio hospital en el anexo de la escuela de medicina de la Universidad de los Andes, extensión Trujillo.

El 15 de septiembre de 1993 es calificado Hospital Universitario Tipo IV, Actualmente cuenta con cuatro (04) departamentos de Gineco-Obstetricia con sesenta (60) camas y en Pediatría cuenta con cien (100) camas.

## **Marco Filosófico**

### **Misión**

Proveer a la comunidad Trujillana de un servicio de Salud gratuita de calidad y confiabilidad, dotando a todos los servicios existentes de lo necesario para ayudar adecuadamente a la población más necesitada de la región, atendiéndolos en forma directa para conocer su estado de salud e indicarles la manera de mejorar según los casos que se presenten en cada servicio.

### **Visión**

Lograr la optimización de todos los servicios para así figurar entre los primeros hospitales con los más altos índices en cuanto a la calidad y

eficiencia, contando con un personal altamente competitivo y emprendedor, que asuma el reto de liderar con ética y calidad un sistema de salud relevante.

### **Objetivos**

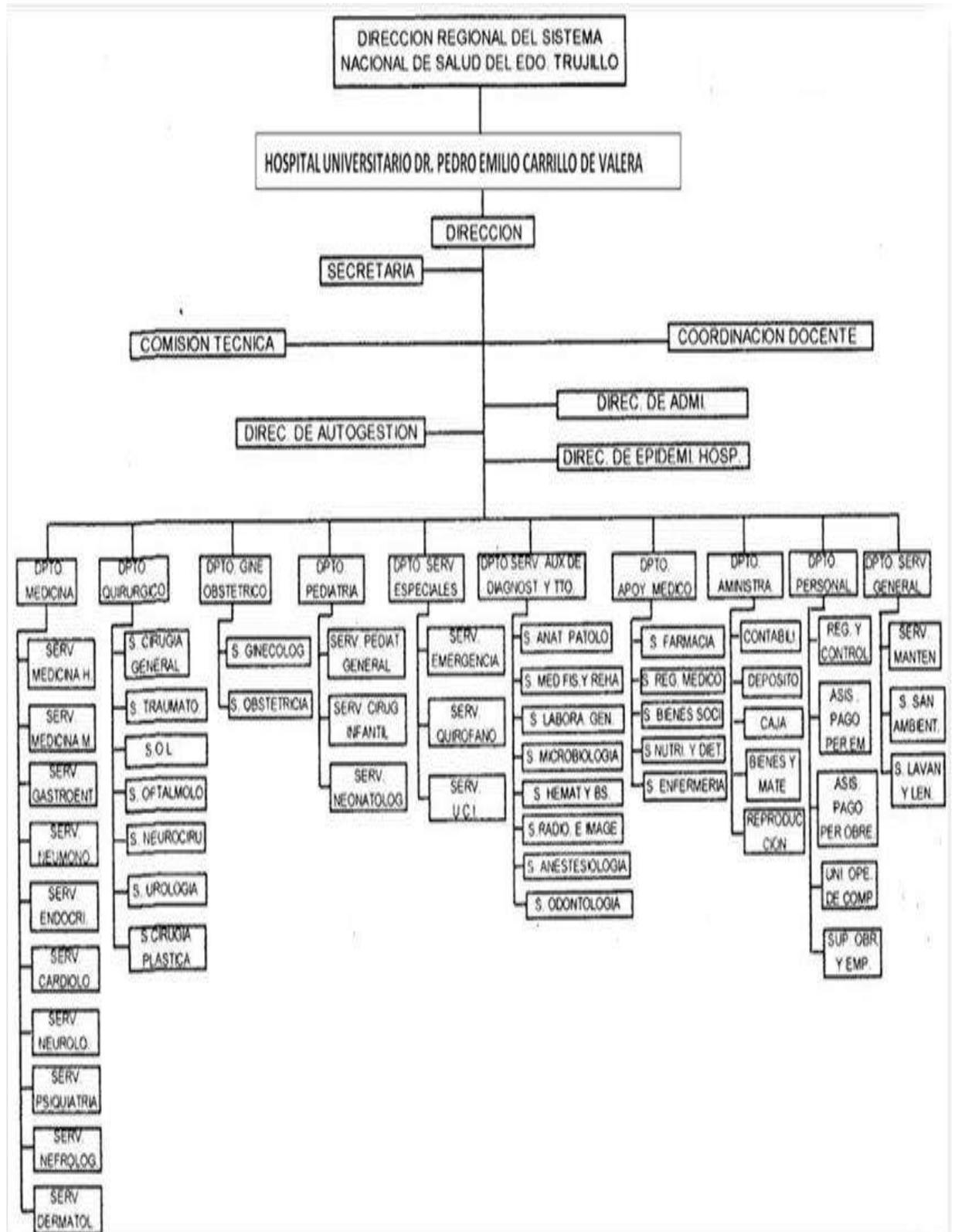
El objetivo del Hospital Central Dr. Pedro Emilio Carrillo de Valera es prestar sus servicios de salud en las diferentes áreas de medicina a toda la comunidad trujillana, así como parte de las regiones de los Estados Mérida, Lara y Zulia. A largo plazo, ser el hospital modelo de la región andina.

### **Funciones principales**

Garantizar el servicio médico gratuito a toda la colectividad. preservar y mantener el bienestar de la salud de todos los ciudadanos, ejecutar los análisis necesarios para evaluar a los pacientes y poder determinar el grado de servicio a prestar, contratar al personal médico y paramédico que cumpla con las normas de la institución, proveer a los diferentes servicios de materiales y equipos necesarios para la evaluación del paciente.

### **Organigrama**

#### **Organigrama de la empresa**



## **Población que atiende**

### **Estructura Organizativa General**

Una de las principales características que define a una institución, es su estructura organizativa, entre ellas los niveles, jerarquías como columna vertebral de toda organización. Este aspecto es considerado de esa forma, ya que por deducción podemos asociar este hecho a la idea que sustenta que toda actividad o proceso que se realiza con un orden específico, nos permiten obtener del mismo los más óptimos resultados.

El Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” es como toda empresa que tenga bien planificada su estructura laboral, logra cumplir con su misión principal, considerando conjuntamente a esa idea al personal calificado, o no perteneciente a la misma, que es el encargado de contribuir responsablemente en las diferentes áreas de toda la organización.

El HUPEC, cuenta actualmente con un margen de 400 empleados en nómina fija y con 400 obreros fijos. Sin tomar en cuenta el personal adscrito a la institución por necesidad de servicio como suplente, suplentes eventuales y contratados.

Dirección Regional, Ministerio de Salud del Estado Trujillo: Tiene la misión de establecer las políticas del sector salud en el Estado, teniendo como fin elevar la calidad de vida de la población incorporando a la comunidad y a las instituciones vinculadas al sector en el proceso de toma de decisión.

Distrito Sanitario Valera: Adjunto al Hospital Central Dr. Pedro Emilio Carrillo de Valera donde se tratan a todos los pacientes con problemas de salud como, por ejemplo: epidemias, enfermedades de transmisión sexual, vacunas, saneamiento ambiental, entre otros casos.

Dirección: El departamento de Dirección es el encargado del control y dirección del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” conforme a su régimen de status de la legislación laboral, asesorando las diferentes

direcciones en las situaciones que tengan relación al funcionamiento de este organismo público.

**Secretaría:** Es un departamento subordinado de la dirección y sus funciones son las siguientes: Redactar correspondencias internas y externas, dar información al público, atender las llamadas telefónicas, controlar los archivos de dirección, llevar el control de las audiencias del director.

**Subdirección:** Cumple con las funciones de la Dirección en un momento dado (en caso de ausencia temporal o total) y a su vez tiene la supervisión del reclutamiento y selección del personal médico.

**Comisión Técnica:** Se encarga de asesorar a la Dirección y Subdirección en los diferentes problemas que se le puedan presentar al Hospital, está integrada por los Jefes de Servicios y los Jefes de Departamento.

**Coordinación Docente:** Departamento encargado de asesorar a la Subdirección, primero recluta, luego selecciona y por último coordina las pasantías de los estudiantes de medicina, así como las de Post-Grado, en las diferentes especialidades del personal médico, de la misma manera coordina la carrera de Técnico Superior Universitario y de la licenciatura de enfermería, con los convenios que tienen en diferentes en diferentes Universidades del País.

**Dirección de Administración:** Su objetivo es el manejo de los recursos monetarios de la institución, tiene bajo su responsabilidad tanto el control como el patrimonio físico y financiero del Hospital a través de los balances parciales, análisis y estados de cuenta. El departamento está integrado por la contabilidad, Depósito, Caja y Bienes Nacionales.

**Dirección de Autogestión:** Órgano encargado de garantizar un excelente funcionamiento de todos los servicios para la atención médica, tiene un plan de cobro de los diferentes servicios tales como: laboratorio, radiología, ambulancias y estacionamiento; dirige los aportes económicos

para funcionar parcialmente en forma autónoma y poder garantizar sus servicios a la colectividad.

Departamento de Medicina General: Se encarga de dar asistencia médica integral a aquellas personas que necesitan atención médica para su valoración y conducta, de esta forma se chequeará profundamente su diagnóstico para ser intervenido o de lo contrario, solo se aplicará el tratamiento médico que le corresponda, está conformado por los diferentes servicios: Medicina de hombres, medicina de mujeres, gastroenterología, neumología, endocrinología, cardiología, nefrología, dermatología.

Departamento Quirúrgico: Encargado de planificar y realizar intervenciones de cirugía mayor, menor y operaciones quirúrgicas en los diferentes servicios de medicina general, está dividido de la siguiente manera: Servicio de Traumatología, Servicio de Cirugía.

Departamento Gineco-Obstetra: Consta de dos (02) servicios: Servicio de Ginecología: atiende a aquellas mujeres que tienen problemas o enfermedades en el sistema genital. Servicio de Obstetricia: se encarga de atender a las mujeres que llegan en estado delicado o al momento del parto.

Departamento de Pediatría: Es el encargado de prestarle atención a los niños desde su nacimiento hasta los doce (14) años de edad, está dividido en: Pediatría General, cirugía Infantil, emergencia pediátrica, neonatología

Departamento de Servicios Especiales: Este departamento consta de tres (03) servicios: Emergencia: este servicio atiende a los pacientes con enfermedades agudas, de este se transfiere al área de hospitalización según sea el caso y si lo amerita. Cuidados Intensivos: atienden a pacientes con enfermedades de suma gravedad en las cuales se utilizan equipos y ciudadanos especiales. Servicio de Quirófano: atienden a pacientes que requieran intervenciones quirúrgicas. Subespecialidades: Neurología, Gastroenterología, Nefrología, Infectología, Cardiología.

Departamento de Apoyo Médico: Presta el de servicio de índole comunitario y está conformado por: Servicio de Farmacia, servicio de Bienestar Social, servicio de Registro Médico, servicio de Servicio De Nutrición Y Dietética, servicio de Fórmula Infantil, servicio de Enfermería.

Departamento de Intendencia: Se encarga de administrar los bienes del instituto, en este se encuentran los servicios de: Contabilidad, depósito, caja, reproducción.

## **CAPÍTULO IV.**

### **MARCO METODOLÓGICO**

Según Balestrini M. (2001) el Marco Metodológico se corresponde a un conjunto de “procedimientos lógicos, tecno-operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos; a propósito de permitir descubrir y analizar los supuestos del estudio y de reconstruir los datos, a partir de los conceptos teóricos convencionalmente operacionalizados”. (p.125).

Arias (2006) explica el marco metodológico como el “Conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas”.

De allí que en el presente Capítulo se describen los aspectos metodológicos de la investigación: tipo de investigación, diseño de investigación, nivel de investigación, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimiento.

#### **Línea de trabajo**

Detección de Riesgo del Trastorno del Espectro Autista.

#### **Tipo de investigación**

Según Sabino (1992) toda investigación versa, naturalmente, sobre algún área del conocimiento, aunque esta pertenezca a más de una disciplina científica. Puede interpretarse también como un esfuerzo que se emprende para resolver un problema: no un problema cualquiera claro está, sino un problema de conocimiento.

Así mismo, Hernández y Col (2006), plantean que la investigación aplicada es “aquel tipo de investigación que tiene fines prácticos en el sentido de solucionar problemas detectados en un área del conocimiento. Está ligada a la aparición de necesidades o problemas concretos y al deseo del investigador de ofrecer soluciones a estos” (p.103).

Chávez (2007) manifiesta que la misma, “tiene como fin principal resolver un problema en un período de tiempo corto, dirigida a la aplicación inmediata mediante acciones concretas para enfrentar el problema”. (p.134).

Por todo lo anteriormente mencionado y partiendo de las características obtenidas a través del problema y objetivos expuestos, se da paso al tipo de investigación a utilizar, la cual se orienta hacia la Investigación Aplicada y de Acción, ya que esta última pretende intervenir para cambiar el conocimiento actual de un grupo de médicos del servicio de pediatría del Hospital universitario “Dr. Pedro E. Carrillo”, en Valera, Estado Trujillo a través de un programa de capacitación con respecto a la detección temprana de riesgo en el diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista.

### **Diseño de investigación**

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. En la investigación presente se trata de una investigación no experimental, la cual es definida por Hernández (2010) como “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149).

Se enmarca en el Diseño de Investigación No Experimental, ya que según expresan Hernández y Fernández (2014) en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan

situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

Kerlinger (1979, p.116), señala “La investigación no experimental o *expost-facto* es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones”.

Nuevamente Hernández y Fernández (2014), señalan que los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.

Por lo tanto, dicha investigación se presenta como un Proceso Transeccional, ya que se realiza una recolección de datos en un solo momento o tiempo único. Según Cárdenas, M. (2009) es un diseño pretest y posttest de un solo grupo, el autor señala que a través de él podemos observar cambios (Pág. 85-86).

Por otra parte, se trata de una investigación de campo la cual la define el Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales (2006) como “el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia... (p.18).”

Investigación de Campo, ya que permite al investigador indagar en el espacio directo donde se encuentran los objetos de estudio, el fin de esta, es conocer de fondo las causas reales de la problemática a investigar, qué elementos intervienen en ella, la frecuencia en que se presenta la problemática, etc. En este tipo de investigación, se toma como punto de partida el conocimiento científico que se tiene del objeto de estudio y en base a ello, se realiza un plan de intervención

factible y aplicable, la elaboración de dicho plan le permite al investigador comprobar a través de instrumentos específicos si el plan propuesto y aplicado funciona o no para disminuir o eliminar la causa que ocasiona la problemática seleccionada (Zorrilla, 2010). Según Cárdenas, M. (2009) es un diseño pretest y postest de un solo grupo, el autor señala que a través de él podemos observar cambios (Pág. 85-86).

Los datos de interés son recogidos en forma directa en la realidad. En este caso se recolectó la información directamente en el escenario propuesto, el servicio de pediatría del Hospital Universitario “Dr. Pedro E. Carrillo”.

Por las características de la investigación, se considera una investigación bajo el enfoque cuantitativo, de campo, no experimental y de corte transversal; basado en su objetivo, primero se realizó un pretest al servicio de pediatría del Hospital Universitario “Dr. Pedro E. Carrillo”, donde se identificaron las necesidades de los pediatras sobre la detección temprana de riesgo para el diagnóstico de autismo, se procedió a diseñar el programa de capacitación, se organizó su aplicación y al finalizar la capacitación se aplicó el post test a los participantes.

### Cuadro de Variables por Objetivos

Objetivos específicos	Variables	Dimensión	Conceptualización	Indicadores
Identificar los conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de autismo	Conocimiento para el diagnóstico precoz del Autismo.	Conocimiento sobre aspectos fundamentales del autismo	Conocimiento previo de las características de esta afectación para poder determinar si un niño puede ser considerado dentro del espectro del autismo. Garcia2010	Definición. Características del TEA (características en los ámbitos de comunicación, social, conductual, sensorial y cognitivas). Apoyos que requieren. Atención oportuna. Detección e intervención temprana.

Diseñar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de autismo	Programa de capacitación	Diseño del programa de capacitación.	La EMC es el conjunto de actividades que permite a los profesionales de la salud actualizar sus conocimientos y garantizar su capacitación para el desempeño de su actividad. Supone una necesidad no solo para los médicos, sino para las instituciones de salud.	Modalidad de trabajo. Objetivo. Contenidos. Actividades y estrategias. Materiales y recursos. Evaluación. Cronograma.
Aplicar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de autismo	Programa de capacitación.	Implementar el programa de capacitación.	Puesta en práctica de todas las acciones involucradas en el programa de capacitación, desarrollo de sus contenidos y uso de recursos apropiados.	Modalidad de trabajo. Objetivo. Contenidos. Actividades y estrategias. Materiales y recursos. Evaluación. Cronograma.
Evaluar la información y conocimiento que poseen los médicos del servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de autismo a partir del programa de capacitación.	Conocimientos adquiridos sobre los aspectos fundamentales y la caracterización del autismo	Conocimientos sobre el diagnóstico precoz de autismo.	Conocimiento adquirido de las características de esta afectación para poder determinar si un niño puede ser considerado dentro del espectro del autismo. García, 2010.	Definición. Características del TEA (características en los ámbitos de comunicación, social, conductual, sensorial y cognitivas). Apoyos que requieren. Atención oportuna. Detección e intervención temprana.

## Población y muestra

La población es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones como la exponen Palella y Martins (2012), también exponen que la muestra es la escogencia de una parte representativa de una población, cuyas características se reproducen de la manera más exacta posible. Por otra parte, la muestra es la que puede determinar la problemática ya que es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso. Según Tamayo, T. Y Tamayo, M (1997), afirma que la muestra “es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico”.

Canales (2006) define la población o universo como “la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada” (p. 145); y establece que “es necesario escoger una parte de ese universo para

llevar a cabo el estudio. Esa parte o subconjunto se denomina muestra. Hernández (2010) puntualiza que “si la población es menor de (50) individuos, la población es igual a la muestra” (p. 204).

Expresa Hernández et al. (2008) que la población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.174).A su vez Arias (2012) la define como “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación” (p.81).Hurtado (2000, p. 153) define que “una población finita es aquella que todos sus integrantes son conocidos y pueden ser identificados y listados por el investigador en su totalidad”.

La muestra es un "subconjunto representativo de un universo o población." (Morles, 1994, p. 54), sin embargo, esta muestra se realiza cuando la población o universo es muy extensa, por lo que utilizando el criterio de Hernández citado en Castro (2003), expresa que "si la población es menor a cincuenta (50) individuos, la población es igual a la muestra" (p.69). por lo que no se requeriría muestra alguna por la cantidad de integrantes que son iguales a la población total aumentando la tasa de confinidad y disminuyendo la probabilidad de error.

En esta investigación, la muestra y la población son las mismas, tiene una población conformada por los médicos del servicio de pediatría del Hospital universitario “Dr. Pedro E. Carrillo”, la cual se encuentra constituida actualmente por veinte (20) médicos pediatras, así como por veinticuatro (24) residentes del postgrado universitario de Puericultura y pediatría, avalado por la Universidad de los Andes, de los cuales, doce (12) son residentes del primer año, siete (7) del segundo y cinco (5) del tercer año. De tal manera que, no se requiere muestra ya que se toma la decisión de considerar a todos los médicos del servicio, con el fin de que no quede ninguno excluido de la

posibilidad de recibir la formación.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de información**

Según lo expresado por Arias (2006), las técnicas de recolección de datos “son las distintas formas o maneras de obtener la información” y los instrumentos “son los medios materiales para recoger y almacenar la información”. La técnica es definida por Palella y Martins (2006) como “...una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones interesan al investigador... Se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos quienes, en forma anónima, las responden por escrito.”

Por otra parte, en relación al instrumento, para H. de Barrera (2008), “Los instrumentos representan la herramienta con la cual se va a recoger, filtrar y codificar la información, es decir, el con qué”. Hurtado (2000) señala que “el cuestionario es una serie de preguntas relativas a una temática, para obtener información” (p. 469). En cuanto a los instrumentos son todos aquellos materiales los cuales se emplearán para recabar y guardar toda la información. Como instrumento de recolección de datos para la presente investigación, se utilizará el cuestionario indica que un cuestionario “Consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (Hernández, 2010, p. 310). El instrumento utilizado en ésta investigación, es una escala de estimación de Likert, está compuesto por 28 preguntas, con diferentes opciones de respuesta.

### **Validez**

En cuanto a la validez Tamayo (2009), señala que es la relación existente entre la variable que el instrumento pretende medir y lo que realmente mide. De allí que, el instrumento se sometió a la validación

de dos expertas especialistas en metodología. En cuanto a la confiabilidad se logró después de un periodo de tiempo aplicando el pretest antes de realizar el proyecto y el posttest al culminar la capacitación.

### **Presentación y análisis de los resultados del Diagnóstico**

El objetivo del capítulo es analizar e interpretar la información arrojada en el cuestionario pretest. y en base a estos resultados se hace una representación gráfica de los datos. El propósito del análisis, según refiere Hurtado de Barrera (2008) consiste en la selección de un conjunto de estrategias y técnicas que permitan al investigador obtener de los datos obtenidos el conocimiento que se plantea, para ello, debe hacer una adecuada utilización de esos datos. Se puede destacar que, el análisis de los resultados es uno de los métodos más significativos para la ejecución de dicha investigación, ya que permite obtener datos concretos acerca de la población estudiada.

La interpretación de los resultados permite resumir y sintetizar los logros obtenidos a los efectos de proporcionar mayor claridad a las respuestas y conclusiones respecto a las dudas, inquietudes o interrogantes planteadas en la investigación (Palella y Martins, 2012, p.196).

Se realizó la presentación de los resultados antes llevar a cabo el programa de capacitación. Realizando un análisis descriptivo individual de cada pregunta para posteriormente hacer un análisis comparativo de las respuestas obtenidas antes y después de la aplicación del taller, contrastándola con la teoría.

**Tabla 1**

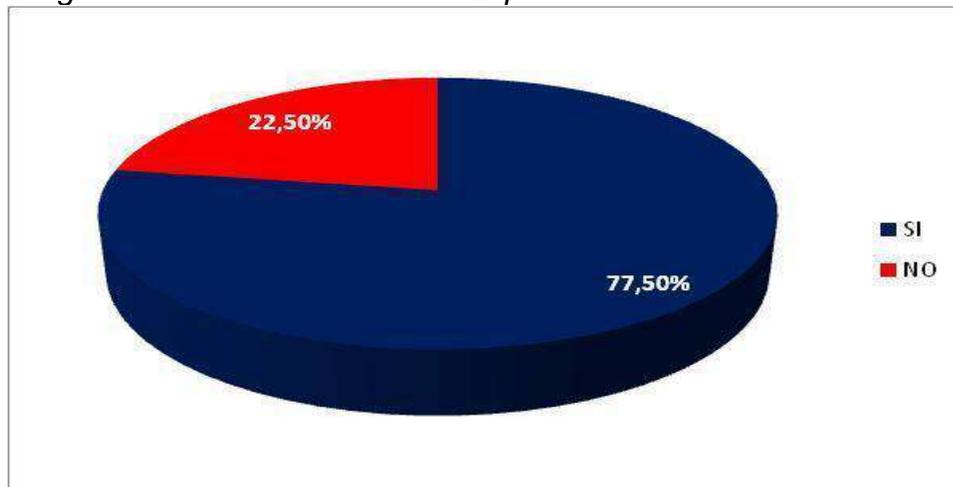
*Formación académica como médico Pediatra en relación al diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	77,50%
NO	9	22,50%
TOTAL	40	100%

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

**Gráfico 1**

*Formación académica como médico Pediatra en relación al diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En esta primera tabla, se pone de manifiesto que el 77.5% (31) de los médicos del servicio de pediatría, han recibido formación en relación al Trastorno del espectro del autismo, en algún momento dentro del pensum académico del postgrado de puericultura y pediatría, mientras que, el 22.5% (9), no han recibido ningún tipo de formación con respecto al TEA.

Esta tendencia no es coincidente con los resultados de

Polanco (2017), ya que su estudio arrojó que el 33.33% de los pediatras indicaron haber recibido formación específica en TEA durante su carrera como médico, mientras que el 66.67% no recibió ningún tipo de formación con respecto al TEA.

La interpretación que podría darle es que, a pesar de que el Autismo no es de aparición y conocimiento reciente, las distintas mallas curriculares de cada una de las carreras universitarias impartidas en las instituciones universitarias del país, tanto públicas como privadas, aún no incluyen al TEA dentro del pensum de estudio, solo a nivel de diplomados, cursos, talleres, etc, de tal manera que, nos corresponde a nosotros y precisamente con trabajos de investigación como el que nos compete, dar a conocer ampliamente todo lo relacionado con dicha entidad nosológica. Además, en la mayoría de las oportunidades, por cuenta propia, se llevan a cabo, entrenamiento y estudios para adquirir conocimiento al respecto.

## Tabla 2

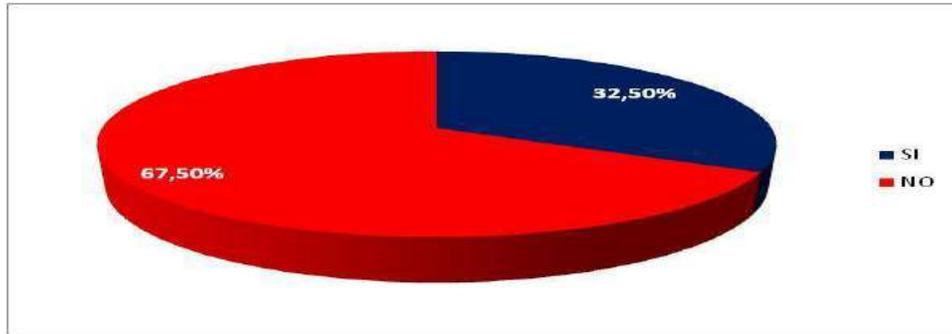
*Participación del médico Pediatra en eventos de formación permanente en relación al Trastorno del Espectro Autista en los últimos 5 años.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	32,50%
NO	27	67,50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

## Gráfico 2

*Participación del médico Pediatra en eventos de formación permanente en relación al Trastorno del Espectro Autista en los últimos 5 años.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En esta segunda tabla, encontramos que, solo el 32.5% (13) de los médicos del servicio de pediatría, han participado en eventos de actualización con respecto al Trastorno del Espectro del Autismo en los últimos 5 años, por otro lado, el 67.5% (27) de los médicos, no han participado en actividades en torno a la actualización en cuanto al TEA.

En esta oportunidad coincide con los resultados del estudio de Polanco (2017), tomando en consideración que el 66.67% de los médicos pediatras indicaron no haber participado en eventos de formación en relación al TEA. Sin embargo, no se relacionan con los resultados de Ojeda (2020), debido a que sus resultados evidencian que el 67% si participó en eventos de formación permanente en relación al TEA.

La interpretación en este caso se debe probablemente a que, se han presentado en los últimos años, situaciones extra académicas como por ejemplo pandemia, lo cual no ha permitido la realización de cursos, actividades, jornadas, congresos, etc., en función de actualizar los conocimientos en cuanto al TEA, además, en el estado, poco se llevan a cabo, éste tipo de actividades, de tal manera que, corresponde trasladarse hacia otras latitudes, lo cual, no siempre es sencillo.

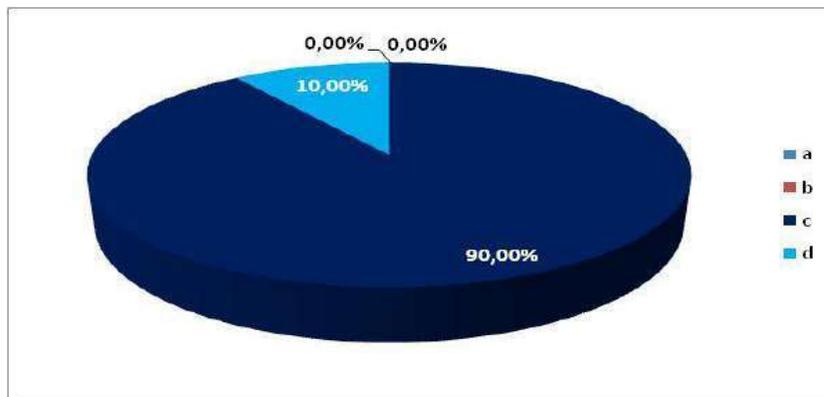
**Tabla 3**  
Definición del Trastorno del Espectro Autista.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Patología rara, que se observa pocas veces; donde se ve afectada la comunicación y lenguaje	0	0,00%
Enfermedad psiquiátrica, siendo un tipo de psicosis que comienza en la infancia.	0	00,00%
Trastorno del neurodesarrollo, que afecta las áreas comunicativas, social y cognitiva.	36	90,00%
Enfermedad característica por estar aislado, ensimismado, sin importarle lo externo	4	10,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 3**

*Definición del Trastorno del Espectro del autismo*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Por otro lado, la tabla 3 hace referencia a que el 90% (36) de los médicos del servicio de pediatría, tienen claro el concepto de lo que es, o significa el Trastorno del Espectro del Autismo, dado por un trastorno del neurodesarrollo, afectando las áreas comunicativa, cognitiva y social, mientras que el 10% (4) considera al TEA como una enfermedad caracterizada por estar aislado, ensimismado, sin importarle lo externo.

Estos resultados se acercan a los obtenidos por Gómez (2022), donde el 100% de los encuestados afirma que el TEA es un trastorno del Neurodesarrollo de origen Neurobiológico con inicio en la infancia, sin embargo, se aleja un poco de los resultados de Morales (2018), tomando en cuenta que solo el 50% de los encuestados, conoce adecuadamente el concepto.

La definición del autismo es universal, ya que ha sido sustancialmente estudiado tanto por el DSM fundamentalmente el V (última edición), así como por el CIE, en éste caso, el 11, de tal manera que, no solo en el ámbito referido a salud, sino en general, se conoce como un trastorno neurobiológico, de allí que, la interpretación de dichos resultados se encuentra dado por un conocimiento a profundidad del mismo.

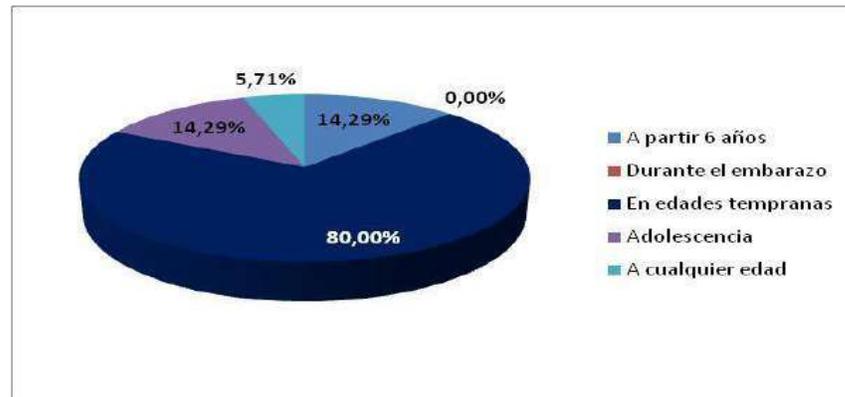
**Tabla 4**  
*Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
A partir de los 6 años	5	1,29%
Durante el embarazo	0	0,00%
En edades tempranas (entre los 0 y 30 meses)	28	80%
En la adolescencia	5	14,29%
A cualquier edad	2	5,71%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 4**

*Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro Autista*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 4 nos habla de forma importante que, el 80% (28) de los médicos del servicio de Pediatría, refieren que las primeras manifestaciones del Trastorno del Espectro del Autismo, se presentan tempranamente, entre los 6 y 30 meses de vida, enseguida, con el 14,29% (5) se encuentran las opciones “A partir de los 6 años y en la adolescencia”, y solo con el 5,71% (2) “A cualquier edad”.

Estos resultados se alejan de los aportados por Ojeda (2020), con el 100% de los pediatras quienes no consideran esa edad ideal para el diagnóstico del TEA.

La interpretación de nuestros resultados es que, los médicos del servicio de pediatría, tienen claro que, para la detección precoz de riesgo de autismo, se debe realizar la evaluación y aplicación de los métodos específicos a edades tempranas de los niños, desde los 6 meses hasta los 36 meses de vida.

**Tabla 5**

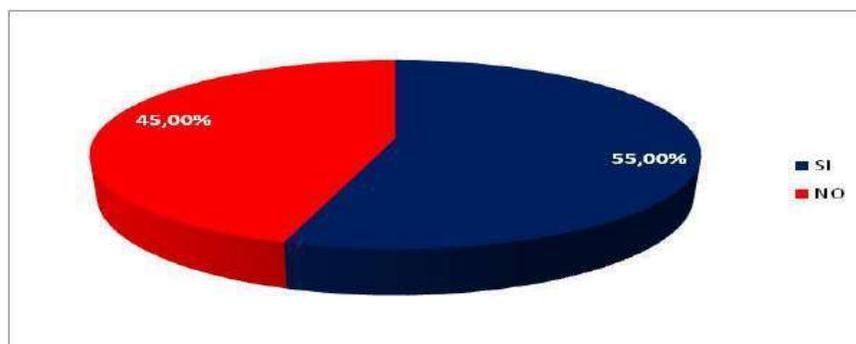
*Entre los 6 y 30 meses, edad ideal para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	55,00%
NO	18	45,000%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 5**

*Entre los 6 y 30 meses, edad ideal para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Sin embargo, a pesar de lo manifestado en la tabla 4, la tabla 5 en contraposición reporta que, el 55% (22) de los médicos del servicio de Pediatría, considera adecuada la edad ideal para el diagnóstico oportuno del Trastorno del Espectro del Autismo entre los 6 y 30 meses de edad, con el 45% (18) no considera ideal el diagnóstico oportuno del TEA entre los 6 y 30 meses de edad.

Estos resultados se alejan de los aportados por Ojeda (2020), ya que, el 100% de los pediatras no considera esa edad ideal para el diagnóstico definitivo del TEA.

La interpretación en este caso debe ser cuidadosa para no confundirla con los resultados de la tabla 4, en el sentido de que, para la detección temprana de riesgo del autismo, la edad adecuada es la referida, entre 6 meses y los 30 meses de edad, sin embargo, para el diagnóstico definitivo, los médicos del servicio de pediatría, tienen la percepción de que éste, se debe hacer a edades más elevadas.

**Tabla 6**

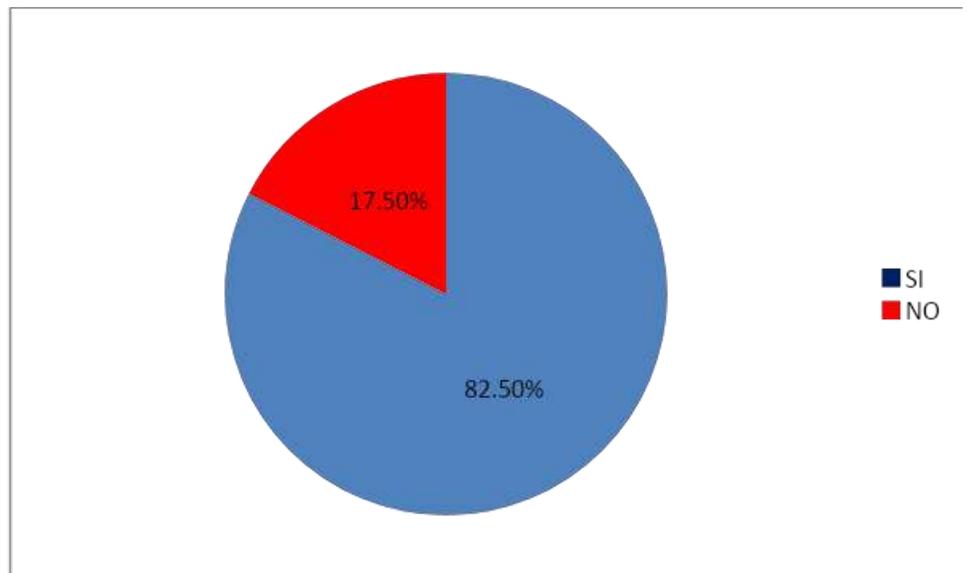
*Recibimiento en la consulta pediátrica tanto pública como privada de niños y/o niñas con Trastorno del Espectro Autista.*

atgoría	a	e
SI	33	82,50%
NO	7	17,50%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 6**

*Recibimiento en la consulta pediátrica tanto pública como privada de niños y/o niñas con Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

A pesar de lo revelado hasta ahora, en la tabla 6 el 82.5% (33) de los médicos del servicio de Pediatría, comentan que, han atendido a pacientes con Trastornos del Espectro del Autismo tanto en instituciones

sanitarias públicas, como en la consulta privada, por consiguiente, el 17,5% (7), no ha recibido pacientes con TEA en su consulta pública o privada.

En contraposición Ojeda (2020), refiere en sus resultados que, el 100% de los médicos no ha recibido niños con TEA en su consulta privada, debido a que, no cuentan con un protocolo para el diagnóstico de TEA.

Se puede mencionar que, en la interpretación de los resultados del pretest aportados, refiere el conocimiento de los médicos del servicio de pediatría, de las características del autismo a edades tempranas, reconociéndolas en la consulta en un porcentaje considerable.

### **Tabla 7**

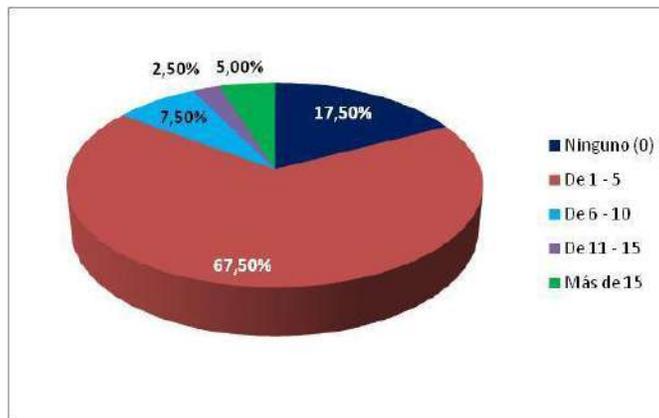
*Cantidad de pacientes recibidos en la consulta pediátrica durante el periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ninguno (0)</b>	<b>7</b>	<b>17,50%</b>
<b>De 1 – 5</b>	<b>27</b>	<b>67,50%</b>
<b>De 6 – 10</b>	<b>3</b>	<b>7,50%</b>
<b>De 11 – 15</b>	<b>1</b>	<b>2,50%</b>
<b>Más de 15</b>	<b>2</b>	<b>5,00%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### **Gráfico 7**

*Cantidad de pacientes recibidos en la consulta pediátrica durante el periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 7 indica que, el 67.5% (27) de los médicos del servicio de Pediatría, recibieron entre uno (1) a cinco (5) pacientes con Trastornos del Espectro del Autismo entre octubre de 2022 a junio de 2023, 17,5% (7) no recibió a ningún paciente, mientras que, el 7,5% (3) recibieron de 6 a 10 pacientes, 5% (2) recibieron más de 15 pacientes diagnosticados con TEA y el 2,5% (1) recibió de 11 a 15 niños con diagnóstico de TEA.

Resultados que son variables a los de Polanco (2017), debido a que, el 60% (9) recibió pocos (4-7) pacientes diagnosticados con TEA, muy pocos (1-3) 33.33% (5) y, solo 6,67% (1) que recibió muchísimos (más de 15).

En contraposición a los resultados de la tabla 7, se podría inferir que, los médicos del servicio de pediatría, al no recibir importante número de pacientes con autismo, significa que están siendo evaluados por neuropediatras directamente, además, puede tratarse también a que, dentro del equipo interdisciplinario, no están involucrando a los pediatras, de tal manera que, por esa razón, no están acudiendo dichos pacientes a la consulta pediátrica.

**Tabla 8**

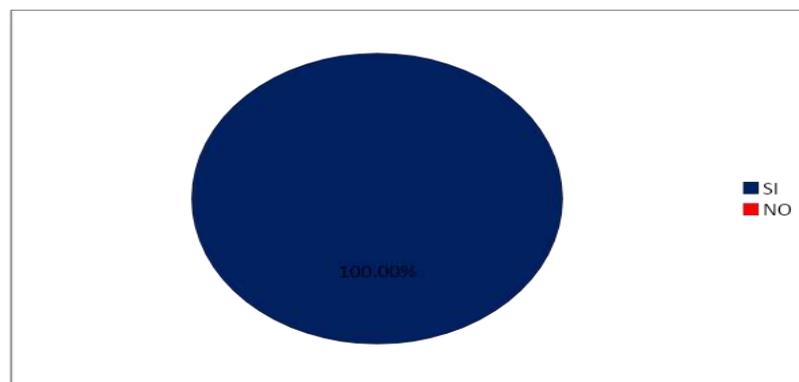
*Conocimiento como médico Pediatra de las características principales del niño con trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	40	100,00%
NO	0	0,00%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 8**

*Conocimiento como médico Pediatra de las características principales del niño con trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Esta tabla 8 indica que, el 100% (40) de los médicos del servicio de Pediatría, reconocen las características principales del paciente con Trastorno del Espectro del Autismo.

Ojeda (2020), se aleja totalmente de nuestros resultados, ya que el 100% de los médicos pediatras consideran no tener conocimiento sobre las características principales y/o señales de alarma tempranas para la detección del TEA.

La constante actualización referida al principio por parte de los médicos de pediatría, aunado a que, el hospital cuenta con el servicio de neuropediatría, el cual imparte docencia y uno de los tópicos principales es con respecto al autismo.

### Tabla 9

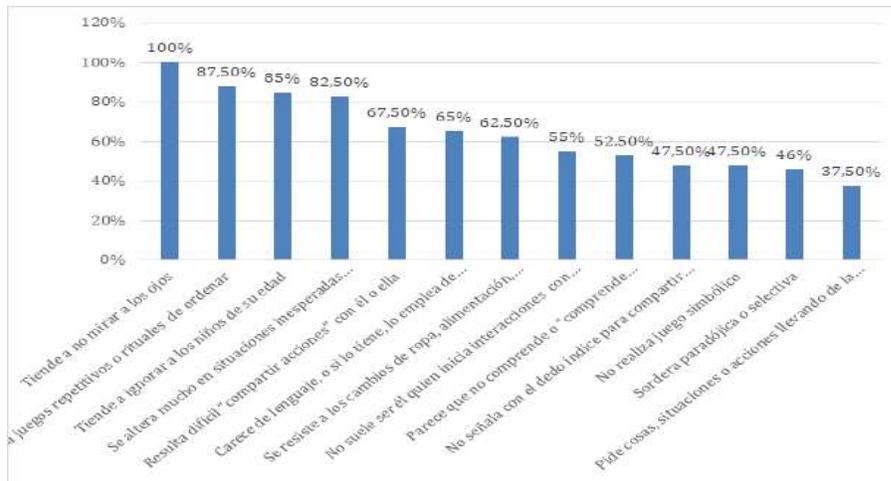
*Selección de las conductas o características señaladas a continuación, que pudiese considerar como médico Pediatra como indicadores de Trastorno del Espectro Autista en niños en edades tempranas.*

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

categoría	frecuencia	porcentaje
Tiende a no mirar a los ojos	40	100%
Presenta juegos repetitivos o rituales de ordenar	35	87,5%
Tiende a ignorar a los niños de su edad	34	85%
Se altera mucho en situaciones inesperadas (resistencia a los cambios)	33	82,5%
Resulta difícil "compartir acciones" con él o ella	27	67,5%
Carece de lenguaje, o si lo tiene, lo emplea de forma ecolálico o poco funcional	26	65%
Se resiste a los cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones	25	62,5%
No suele ser él quien inicia interacciones con adulto	22	55%
Parece que no comprende o "comprende selectivamente" solo lo que le interesa	21	52,5%
No señala con el dedo índice para compartir experiencias	19	47,5%
No realiza juego simbólico	19	47,5%
Sordera paradójica o selectiva	18	46%
Pide cosas, situaciones o acciones llevando de la mano	15	37,5%

### Gráfico 9

*Selección de las conductas o características señaladas a continuación, que pudiese considerar como médico Pediatra como indicadores de Trastorno del Espectro Autista en niños en edades tempranas.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En la tabla 9 se observa que, las principales conductas que los médicos del servicio de Pediatría sugieren como indicadores tempranos del Trastorno del Espectro del Autismo se encuentran “no hacer contacto visual” en 100% (40), así como los “juegos repetitivos o rituales para ordenar” en 87,5% (35), también “tiende a ignorar a los niños de su edad” 85% (34), “se altera mucho en situaciones inesperadas” (resistencia a los cambios) 82,5% (33).

En los resultados de Polanco (2017), la tendencia es parecida ya que, el 93,33% (14) refiere tendencia a no mirar a los ojos, alterarse mucho en situaciones inesperadas y juegos repetitivos o rituales para ordenar, por otro lado, el 66,67% (10) tienden a ignorar por completo a los niños de su edad.

Definitivamente nuestros resultados reportan que, los médicos del servicio de pediatría, reconocen los marcadores de detección temprana de riesgo de autismo en especial los de comunicación social, conductual e intereses restringidos.

**Tabla 10**

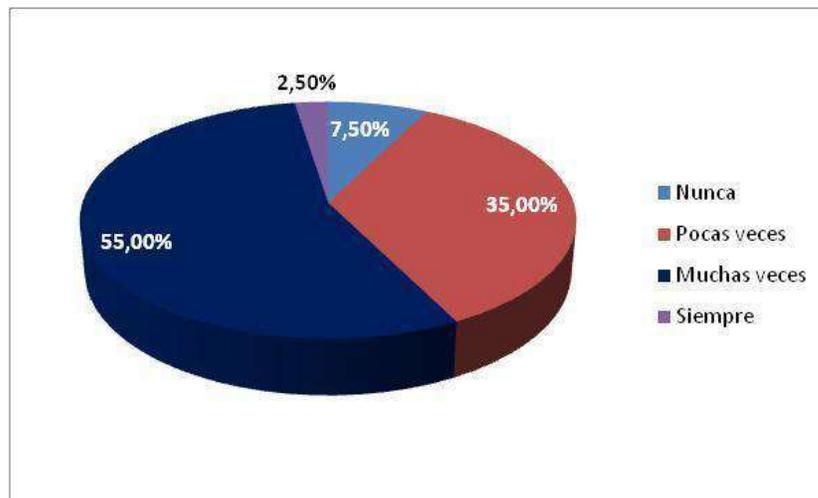
*Las alteraciones del lenguaje como un indicador del Trastorno del Espectro del Autismo.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	7,50%
Pocas veces	14	35,00%
Muchas veces	22	55%
Siempre	1	2,50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 10**

*Las alteraciones del lenguaje como un indicador del Trastorno Espectro del Autismo.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En la tabla 10 y con relación a la tabla anterior, el 55% (22) de los médicos del servicio de Pediatría concuerdan que, las alteraciones en el lenguaje corresponden muchas veces a un indicador principal para diagnosticar tempranamente el Trastorno del Espectro del Autismo, 35%

(14) pocas veces y, 7,5% (3) nunca, solo el 2,5% (1) manifestó que, siempre las alteraciones del lenguaje corresponden a un indicador principal.

En los aportes de Ojeda (2020), indican que el 100% de los pediatras consideran las alteraciones del lenguaje como indicador principal para diagnosticar tempranamente el TEA. Los resultados de Polanco (2017), varían moderadamente con respecto a los nuestros dados por, el 86,67% (13) frecuentemente las alteraciones del lenguaje son consideradas indicadores de TEA en instancias tempranas, y el 13,33% (2) siempre.

Nuestros resultados arrojan que, la mayoría considera las alteraciones del lenguaje como indicadores tempranos de autismo, sin embargo, el hecho de que no todos lo manifiesten así, podría interpretarse a que la alteración del lenguaje por sí sola, no es tomada como indicador temprano de riesgo para detección de autismo.

### **Tabla 11**

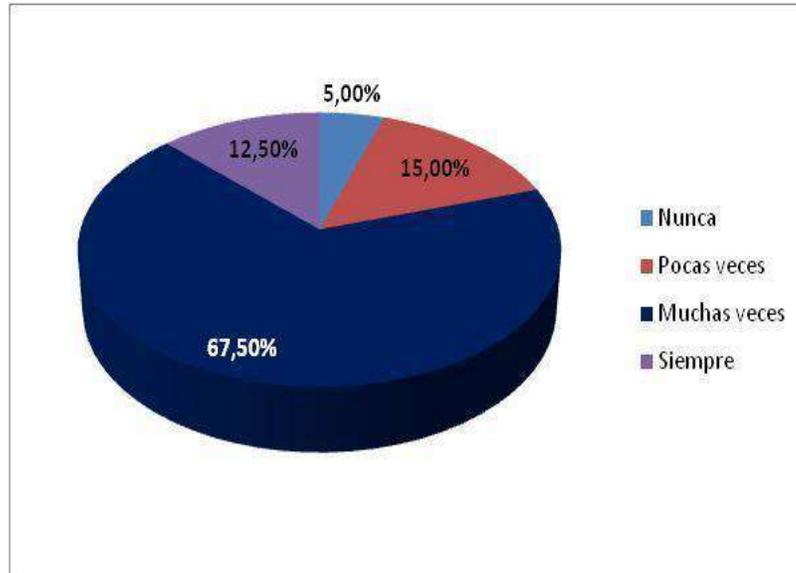
*Las alteraciones en la comunicación, un marcador del Trastorno del Espectro Autismo.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,00%
Pocas veces	6	15,00%
Muchas veces	27	67,5%
Siempre	5	12,50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### **Gráfico 11**

*Las alteraciones en la comunicación, un marcador del Trastorno del Espectro Autismo.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Al igual que en la tabla 10, ésta tabla 11, afirma que, el 67.5% (27) de los médicos del servicio de pediatría, considera a las alteraciones en la comunicación, como un marcador del Trastorno del Espectro del Autismo, el 15% (6) pocas veces, el 12,5% (5) siempre, mientras que el 5% (2) asocian a las alteraciones de la comunicación como indicador del TEA en etapas iniciales.

En los aportes de Ojeda (2020), indican que el 100% de los pediatras consideran las alteraciones de la comunicación como indicador principal para diagnosticar tempranamente el TEA. Los resultados de Polanco (2017), varían moderadamente con respecto a los nuestros datos por, el 80% (12) frecuentemente las alteraciones de la comunicación son consideradas indicadores de TEA en instancias tempranas, y el 20% (3) siempre.

El mismo planteamiento que la tabla anterior con respecto a las alteraciones del lenguaje, nuestros resultados sostienen que, la mayoría de los médicos del servicio de pediatría, consideran a las alteraciones en la

comunicación, como indicador de detección temprana de riesgo de autismo, sin embargo, al no referirse en mayor porcentaje, viene dado a que, por si sola la alteración de la comunicación, según los médicos, no es indicativo absoluto para el diagnóstico definitivo de autismo.

**Tabla 12**

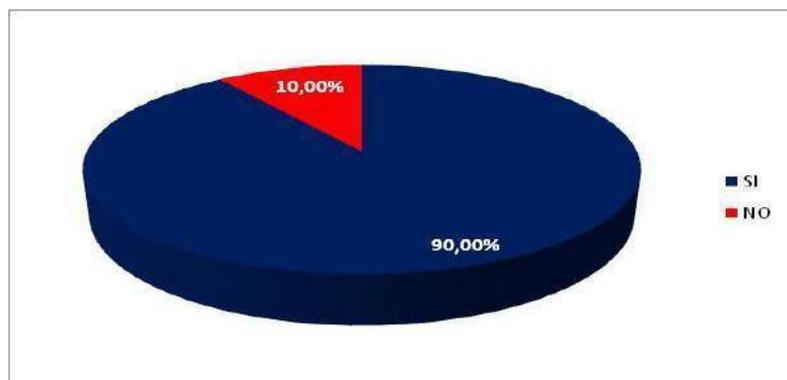
*La falta de sonrisa social antes del 1er año, un indicador de T.E.A.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	36	90,00%
NO	4	10,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 12**

*La falta de sonrisa social antes del 1er año, un indicador de T.E.A.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Por su parte la tabla 12 destaca que, el 90% (36) de los médicos del servicio de pediatría, aseguran que, la ausencia de sonrisa social, es indicador ineludible en el diagnóstico temprano

del Trastorno del Espectro del Autismo, por el contrario, el 10% (4), no relacionan a la sonrisa social como indicador temprano para el diagnóstico de TEA.

Ojeda (2020) concluye en sus resultados que, el 0% de los pediatras consideran que las expresiones faciales (sonrisa social) dentro del relacionamiento social, es un indicador para el diagnóstico temprano de TEA.

Los médicos del servicio de pediatría tienen claro que, de acuerdo a nuestros resultados, la ausencia de sonrisa social, es un indicador ineludible para la detección temprana de riesgo de autismo.

### **Tabla 13**

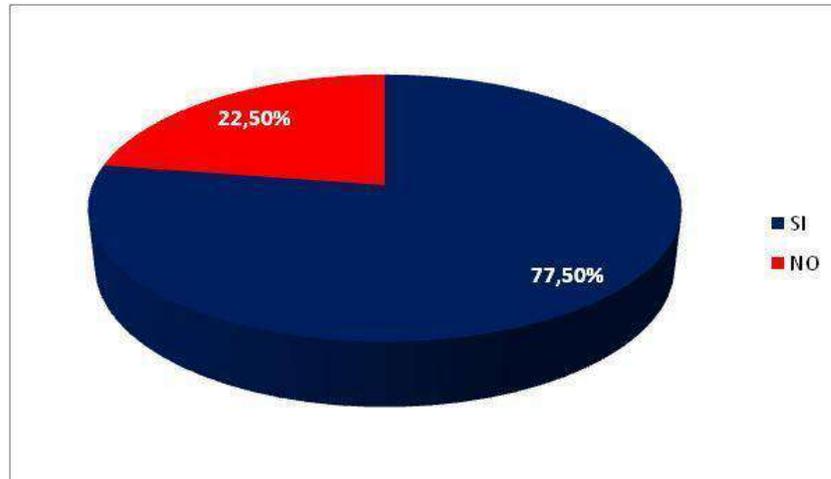
*La falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año, como un indicador de T.E.A.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	77,50%
NO	9	22,50%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### **Gráfico 13**

*La falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año, como un indicador de T.E.A.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En el mismo orden de ideas, la tabla 13 menciona que, el 77.5% (31) de los médicos pertenecientes al servicio de pediatría, concluyen que, la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año de vida, puede ser un indicador del Trastorno del Espectro del Autismo, mientras que, el 22,5% (9) no relacionan la falta de respuesta al llamado por su nombre como indicador temprano para el diagnóstico de TEA.

Ojeda (2020) revela en el 100% de sus resultados la dificultad para mantener conversaciones, dentro de las alteraciones en la comunicación y como tal, la falta de respuesta al llamado por su nombre. Polanco (2017), con el 75% evidencia a la sordera aparentemente paradójica y el no compartir focos de atención con la mirada y, dentro de estas, la falta de respuesta al llamado por su nombre como un indicador precoz para el diagnóstico de TEA.

La falta de respuesta ante el llamado por su nombre de los niños en edades tempranas, es considerado por los médicos del servicio de pediatría en nuestros resultados, como un indicador importante en la detección temprana de riesgo de autismo, ya que, lo interpretan como una alteración directa dentro de la esfera de la comunicación.

**Tabla 14**

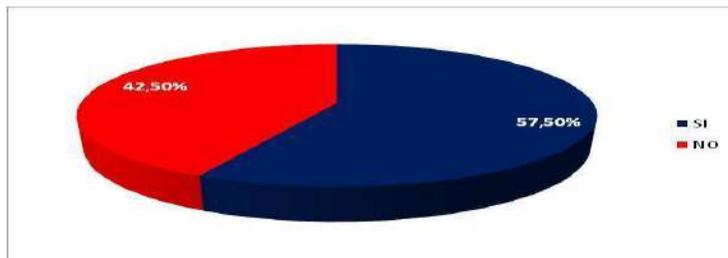
*La pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas, es un indicador de T.E.A.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	23	57,50%
NO	17	42,50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 14**

*La pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas, es un indicador de T.E.A.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En esta etapa de la aplicación del cuestionario, la tabla 14

evidencia que, el 57.5% (23) de los médicos encuestados del servicio de pediatría, asumen que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de Trastorno del Espectro del Autismo, y a su vez el 42,5% (17) no relacionan la pérdida de habilidades comunicativas o sociales previamente adquiridas en edades tempranas como indicadores de TEA.

Álvarez (2015), en contravía a lo expresado en nuestros resultados, indica que el 24,6% de los niños presentaron ausencia, dificultad o regresión del lenguaje, como indicador precoz para el diagnóstico de TEA.

De acuerdo a nuestros resultados, una discreta mayoría de los médicos del servicio de pediatría refieren que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas como indicador de autismo, interpretándose este resultado por el hecho de que pudiese también asociarse a otras entidades nosológicas que provoquen alteraciones en las habilidades comunicativas y sociales.

**Tabla 15**

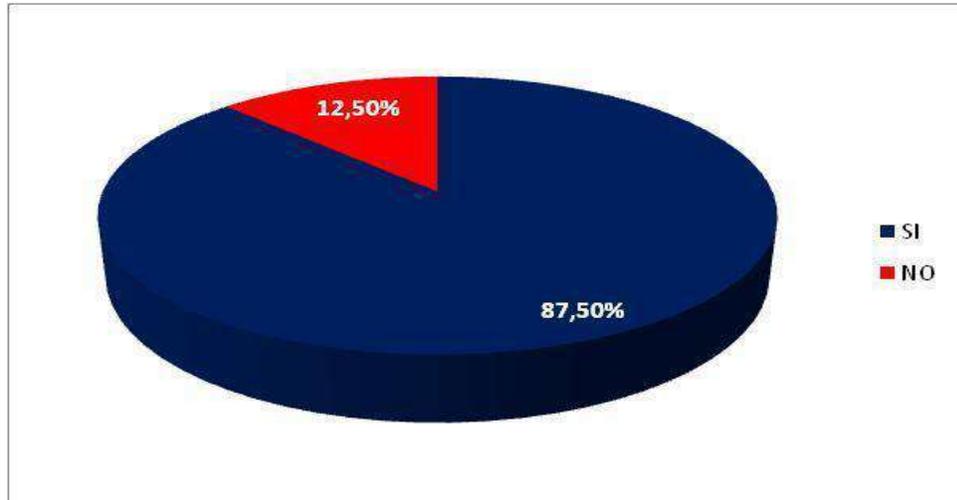
*La escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala a niños en edades tempranas, como indicador de TEA.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	87,50%
NO	5	12,50%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 15**

*La escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala a niños en edades tempranas, como indicador de TEA.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 15 comenta que, de los médicos del servicio de pediatría, el 87.5% (35) presume que, la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala, puede ser indicador de TEA en niños en edades tempranas y el 12,5% (5) descarta a la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala como manifestación precoz de TEA.

Polanco (2017), atribuye al no compartir focos de atención, en un 75% como indicador temprano en el diagnóstico de TEA, lo cual coincide casi al unísono con nuestros resultados.

Sin duda alguna que, nuestros resultados revelan la importancia de la atención como piedra angular dentro de los indicadores en la detección precoz de riesgo de autismo y como tal, los médicos del servicio de pediatría lo tienen claro.

#### **Tabla 16**

*La escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) en niños en edades tempranas como indicador de TEA.*

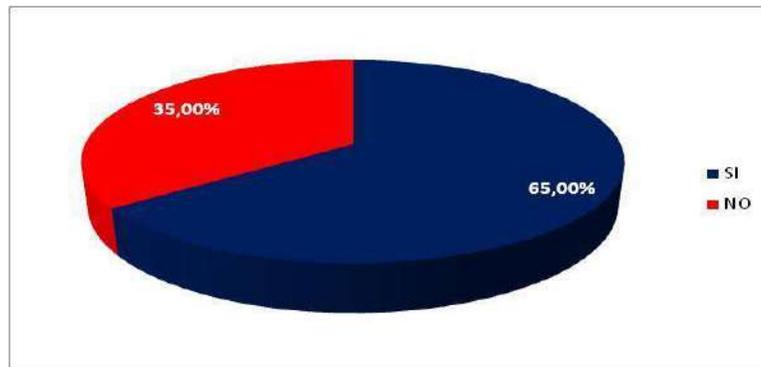
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	65,00%
NO	14	35,00%
TOTAL	40	100%

Fuente:

Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 16

*La escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) en niños en edades tempranas como indicador de TEA.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Del mismo modo, la tabla 16 esgrime que, el 65% (26) de los médicos del servicio de pediatría, refiere que, la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser indicador de TEA en niños en edades tempranas, mientras que el 35% (14) considera lo contrario.

Polanco (2017), contempla en el 100% como indicador temprano en el diagnóstico de TEA, a que los niños no

suelen ser quienes inician las interacciones con los adultos, igualmente en un 75%, los niños no señalan con el dedo para compartir experiencias con los adultos y, en un 51% los niños piden cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano a los adultos.

En el mismo orden de ideas, los resultados reportados en el trabajo de grado revelan que, un importante porcentaje de los médicos del servicio de pediatría le aducen a la escasa habilidad del niño en edades tempranas para llamar la atención del adulto, como un indicador relevante en la detección temprana de riesgo de autismo, en especial si los niños no inician alguna interacción con los adultos y, de hacerlo, lo llevan a cabo de manera inadecuada.

**Tabla 17**

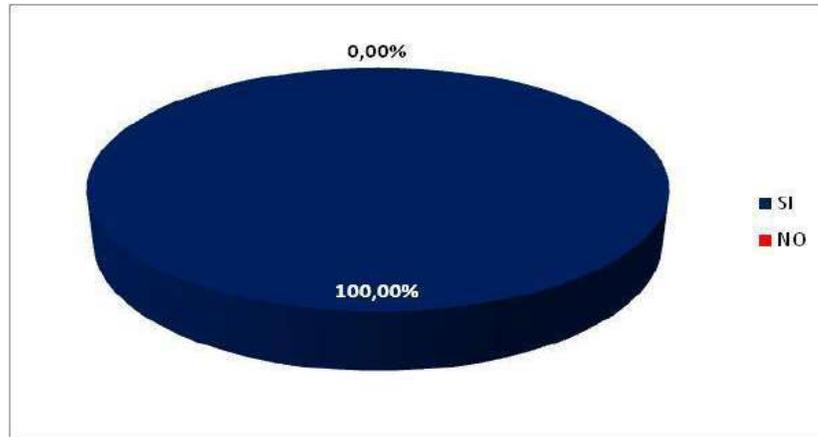
*Importancia para el Pediatra de contar con instrumentos validados para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en niños.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	40	100,00%
NO	0	0,00%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 17

*Importancia para el Pediatra de contar con instrumentos validados para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en niños.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Por primera vez durante el cuestionario, en ésta tabla 17, el 100% (40) de los médicos del servicio de pediatría, consideran que, para el Pediatra es importante contar con instrumentos validados para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en niños.

En los resultados de Ojeda (2020) y Polanco (2017), coinciden plenamente con el 100%, en la importancia de contar con instrumentos validados para el diagnóstico de TEA.

Nuestros resultados confirman la necesidad imperiosa de hablar el mismo idioma a la hora de la detección temprana de riesgo de autismo de tal manera que, se hace pertinente el contar y aplicar algún instrumento el cual lo permita de forma oportuna.

**Tabla 18**

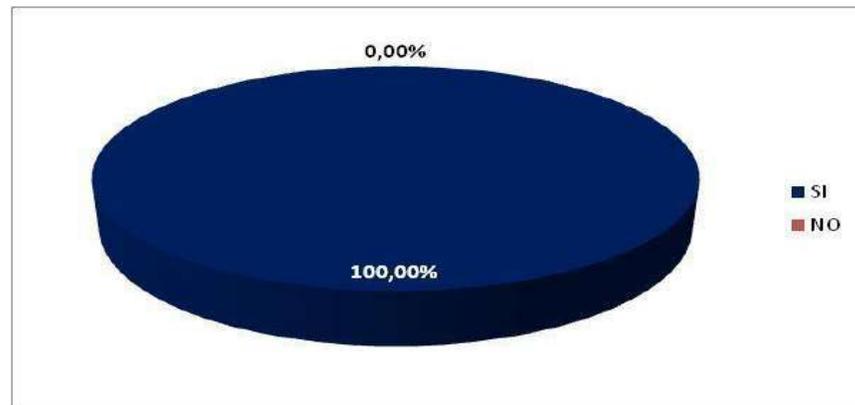
*Necesidad de un Modelo de intervención para el médico Peditra que conlleve a Producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	40	100,00%
NO	0	0,00%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 18**

*Necesidad de un Modelo de intervención para el médico Peditra que conlleve a Producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Al igual que en la tabla 17, en la tabla que corresponde al número 18, el 100% (40) de los médicos del servicio de pediatría, aseguran que, es necesario que el Peditra posea un Modelo de intervención que conlleve a producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

Éste resultado concuerda plenamente con Ojeda (2020), cuyos resultados revelan que, el 100% de los pediatras consideran muy importante contar con un modelo de intervención que conlleve a mejorar la detección temprana de riesgo y por ende, del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

Nuestros resultados van de la mano con el sentir de los médicos pediatras en general, en la situación específica de utilizar un modelo de intervención que se ajuste a las necesidades para la detección temprana de riesgo de autismo, que sea accesible, sensible y ajustado a lo requerido.

**Tabla 19**

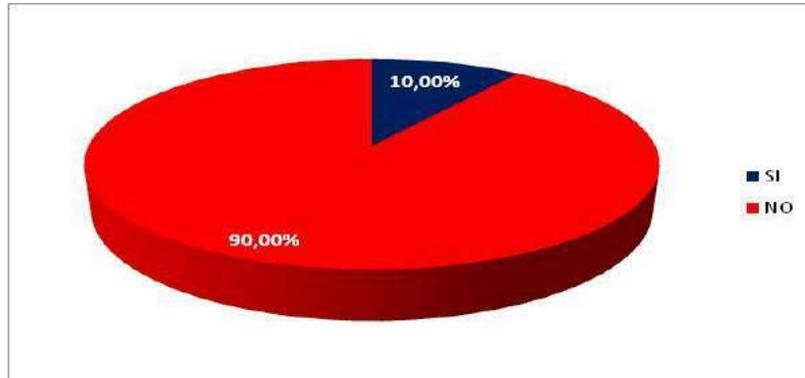
*Empleo del médico pediatra en su práctica diaria de algún instrumento de evaluación validado para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	10,00%
NO	36	90,00%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 19**

*Empleo del médico pediatra en su práctica diaria de algún instrumento de evaluación validado para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Sin embargo, la tabla 19 concluye que, el 90% (36) de los médicos del servicio de pediatría, no emplea en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista, mientras que el 10% (4), si utilizan ningún instrumento de evaluación.

Polanco (2017), afirma en sus resultados que, el 75% de los pediatras siempre utilizan instrumentos para la detección precoz de TEA y el 25% lo emplean muchas veces, con moderada coincidencia con nuestros resultados.

Nuestros resultados confirman la necesidad de entrenamiento en cuanto a la utilización de algún instrumento validado y actualizado para de esta manera, adquirir conocimientos para la detección temprana de riesgo de autismo, de tal forma que, disminuyan los diagnósticos errados de TEA.

**Tabla 20**

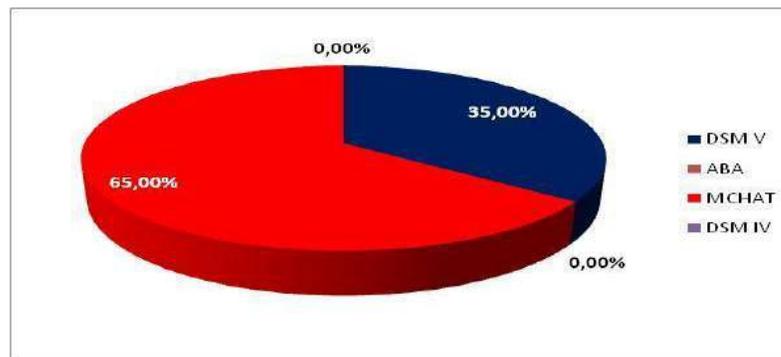
*Nombre del instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA.*

<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>DSM V</i>	<i>14</i>	<i>35,00%</i>
<i>ABA</i>	<i>0</i>	<i>0,00%</i>
<i>MCHAT</i>	<i>26</i>	<i>65,00%</i>
<i>DSM IV</i>	<i>0</i>	<i>0,00%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>0</i>	<i>100,00%</i>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 20

*Nombre del instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Desde otro punto de vista, la tabla 20, nos advierte que, el 65% (26) de los médicos del servicio de pediatría, reconoce que, el instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA se llama MCHAT, y, el 35% (14) afirma que el instrumento de cribado es el DSM V.

Los resultados de Ojeda (2020), indican en el 100% que el instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA es el MCHAT.

La interpretación que podemos dar ante los resultados en ésta tabla es que, no todos los médicos que hacen vida en el servicio de

pediatría se encuentran familiarizados con el instrumento de cribado, en este caso el MCHAT, conforme a que pueden confundirse con el DSM V fundamentalmente, aunque se debe tener claro que, éste es para diagnóstico a partir de consideraciones generales, mientras que el MCHAT es para detección temprana de riesgo de autismo.

**Tabla 21**

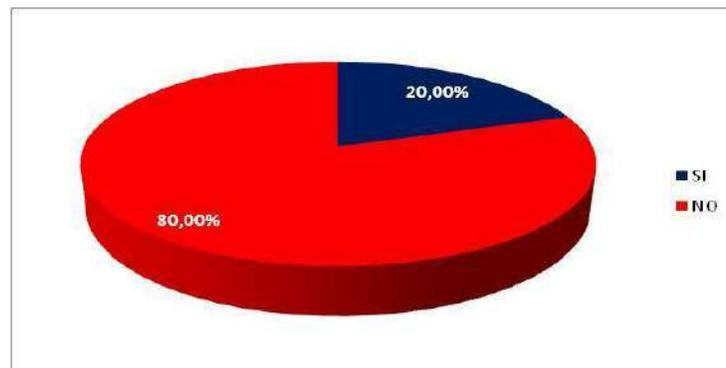
*Conocimiento de los médicos Pediatras en la aplicación del Modified Checklist for Austim in Toddlers (M-CHAT: lista de verificación modificada para Autismo en niños pequeños 6-30 meses*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	20,00%
NO	32	80,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 21**

*Conocimiento de los médicos Pediatras en la aplicación del Modified Checklist for Austim in Toddlers (M-CHAT: lista de verificación modificada para Autismo en niños pequeños 6-30 meses).*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Del mismo modo, la tabla 21 hace referencia a que, el 80% (32)

de los médicos del servicio de pediatría, desconocen la aplicación y utilidad del MCHAT, para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro del Autismo, a su vez el 20% (8) si conoce la aplicación y utilidad del MCHAT.

Esto se correlaciona moderadamente con los resultados de Polanco (2017) quien comenta que el 100% de, los pediatras indico no utilizarlos en su consulta regular, lo cual pudiera inferir el desconocimiento de su existencia, incluso aquellos que dicen tener algún tipo de formación o si lo conocen desestima su importancia funcionalidad al momento de diagnosticar.

Del mismo modo y de la mano de la interpretación de la tabla 20, al no conocer a profundidad el instrumento de cribado MCHAT, sin duda alguna que, no tienen entrenamiento en la utilización del mismo, es por ello que, uno de los objetivos del TEG es, ofrecer estrategias y capacitar en este sentido a los médicos del servicio de pediatría no solo en Valera, sino donde exista la necesidad y quien lo requiera.

## Tabla 22

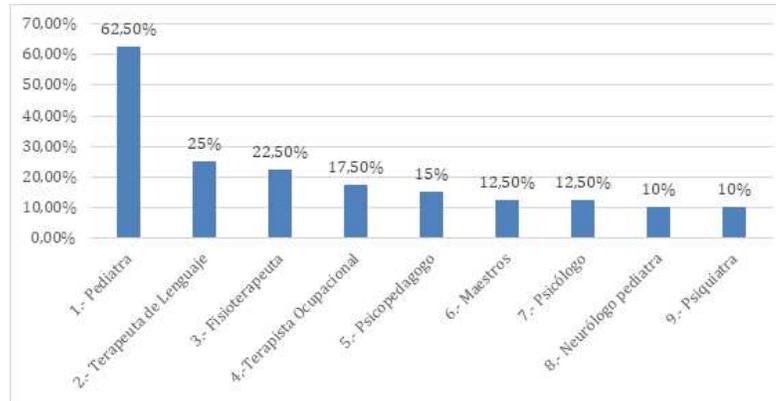
*Profesionales a quienes los médicos pediatras consideran que representen una mayor responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1.- Pediatra	25	62,50%
2.- Terapeuta de Lenguaje	10	25%
3.- Fisioterapeuta	9	22,50%
4.-Terapista Ocupacional	7	17,50%
5.- Psicopedagogo	6	15%
6.- Maestros	5	12,50%
7.- Psicólogo	5	12,50%
8.- Neurólogo pediatra	4	10%
9.- Psiquiatra	4	10%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

## Gráfico 22

*Profesionales a quienes los médicos pediatras consideran que representen una mayor responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Esta tabla 22 es interesante ya que, destaca que los médicos del servicio de pediatría, consideran que, en un 62.5% (25), el pediatra es uno de los más importantes, representando una mayor responsabilidad en la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, con el 25% (10) los terapeutas del lenguaje y, en tercer lugar, los fisioterapeutas, con el 22.5% (9), luego con 17.5% (7) terapeuta ocupacional, 15% (6) psicopedagogo, 12.5% (5) psicólogos y maestros y 10% (4) neuropediatras y psiquiatras.

Coinciden con los aportes de Polanco (2017), en cuanto a que los pediatras presentan un grado de responsabilidad como especialista en la detección precoz de riesgo TEA, aunque con un porcentaje mucho mayor (93,3%) y en segundo lugar los neuropediatras y psicólogos con el 46,7% y el 40% respectivamente, lo cual es contrario a nuestros resultados.

Uno de los objetivos de nuestro estudio lo constituye el reconocimiento del médico pediatría como uno de los baluartes y/o artífices en la detección temprana de riesgo de autismo y

afortunadamente lo tienen claro en el servicio de pediatría y la idea es incrementar esta premisa, de tal manera que, es pertinente continuar llevando a cabo estrategias de intervención en éste sentido.

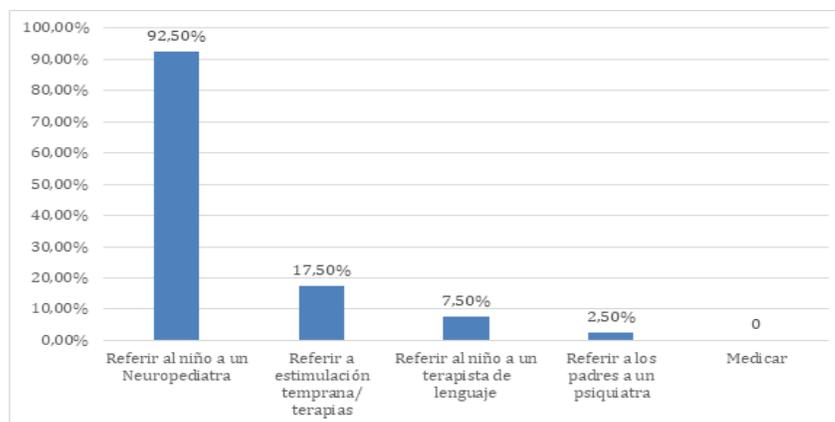
**Tabla 23** *Acciones del pediatra ante la sospecha de la existencia en el niño del diagnóstico de TEA.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Referir al niño a un Neuropediatra	37	92,50%
Referir a estimulación temprana/ terapias	7	17,50%
Referir al niño a un terapeuta de lenguaje	3	7,50%
Referir a los padres a un psiquiatra	1	2,50%
Medicar	0	0

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 23**

*Acciones del pediatra ante la sospecha de la existencia en el niño del diagnóstico de TEA.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Sin embargo y, en contraposición a la tabla 22, ésta tabla 23 indica que, el 92.5% (37) de los médicos del servicio de pediatría, prefieren referir al Neuropediatra, ante la sospecha temprana de riesgo de Trastorno del Espectro del Autismo, con el 17,50% (7) referir a estimulación temprana/terapias, 7,50% (3) referir a terapeuta de lenguaje y 2,50% (1) referir a los padres al psiquiatra.

Los resultados de Ojeda (2020), se encuentran en consonancia con nuestros resultados, aunque de una manera más marcada ya que, el 100% de los pediatras considera referir al niño al neuropediatra.

No hay dudas en éste particular en cuanto a lo que tiene que realizar el médico pediatra, ante la sospecha temprana del diagnóstico de autismo, la referencia al servicio de Neuropediatría, sin embargo, es pertinente conocer las otras alternativas al Neuropediatra, debido a que, dependiendo de las circunstancias que rodean al paciente, puede ser referido a Psicología, foniatría, terapia ocupacional, etc., tomando en consideración las manifestaciones clínicas (comorbilidades) que presente el paciente en cuestión, siempre y cuando tenga entrenamiento en autismo.

**Tabla 24**

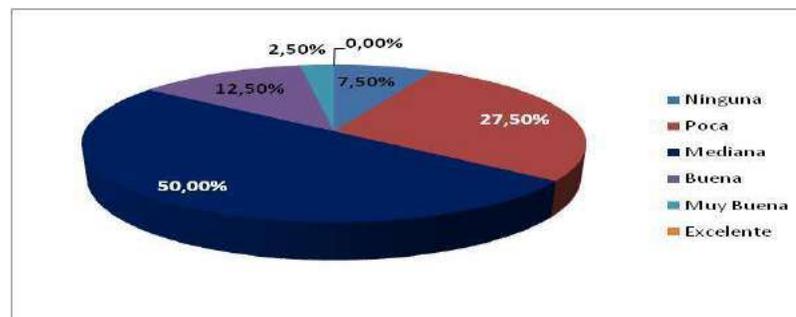
*Conocimiento de entrenamiento adecuado del médico Pediatra para detectar de manera temprana la presencia del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	3	7,50%
Poca	11	27,50%
Mediana	20	50,00%
Buena	5	12,50%
Muy buena	1	2,50%
Excelente	0	0,00%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 24**

*Conocimiento de entrenamiento adecuado del médico Pediatra para detectar de manera temprana la presencia del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Así mismo, la tabla 24 menciona que, en conjunto un 77.5%(50% mediana y 27,5% poca), (20 y 11 respectivamente) de los

médicos del servicio de pediatría, cuentan con mediano o poco entrenamiento para detectar de manera temprana el riesgo de en la presencia de indicadores del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes, 12,5% (5) buena, 7,5% (3) ninguna y 2,5% (1) muy buena.

Estos resultados se compaginan con los de Polanco (2017) ya que, el 33,33% manifiesta como mediano el manejo de criterios o entrenamiento para la detección precoz de TEA mientras que el 26,66% presentan buenos y pocos conocimientos de los criterios o entrenamiento, además, el 6,66% manifiesta presentar excelente y muy buen entrenamiento adecuado para la detección oportuna del TEA.

En consonancia con los resultados anteriores, es notoria la falta de entrenamiento de los médicos pediatras, no solo del servicio de pediatría, sino en general, en la detección oportuna de riesgo de TEA, es por y para ello éste trabajo de grado, que va en función de capacitar a los mismos para el reconocimiento temprano y actuar adecuadamente en función del mismo.

## **Tabla 25**

*Conocimiento del médico Pediatra de los criterios que conllevan a la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños.*

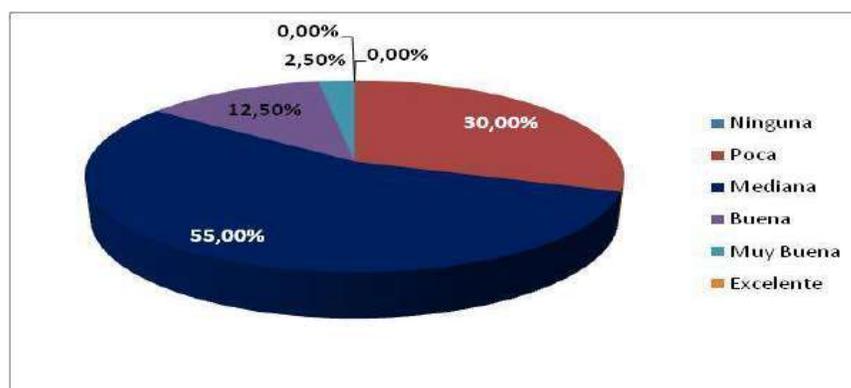
<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Ninguna</i>	0	0,00%
<i>Poca</i>	12	30,00%
<i>Mediana</i>	22	55,00%
<i>Buena</i>	5	12,50%
<i>Muy buena</i>	1	2,50%
<i>Excelente</i>	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo

Castro (2023)

### Gráfico 25

*Conocimiento del médico Pediatra de los criterios que conllevan a la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En el mismo orden de ideas, la tabla 25 hace mención a que, en conjunto el 85% (55% mediana y 30% poca), 22 y 12 respectivamente de los médicos del servicio de pediatría, refieren mediano o poco manejo respectivamente, de los criterios que conllevan a la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños, el 12,5% (5) maneja los criterios que conlleva la detección temprana de TEA y el 2,5% (1) tienen muy buen manejo de los criterios.

Estos resultados no se compaginan con los de Polanco (2017) ya que, el 33,33% manifiesta bueno el manejo de criterios o entrenamiento para la detección precoz de TEA mientras que el 26,66% presentan medianos conocimientos de los criterios o entrenamiento, además el 20% tiene poco adiestramiento para el diagnóstico temprano de TEA y el 6,66% manifiesta presentar excelente, muy buena o ningún entrenamiento adecuado para la detección oportuna del TEA.

De la misma forma que, los médicos del servicio de pediatría adolecen de entrenamiento para la detección precoz de riesgo de autismo, además de desconocimiento de los instrumentos utilizados para dicho cribado, también es conocido que no cuentan con las herramientas necesarias para identificar los criterios y/o características relevantes para la detección temprana de autismo.

**Tabla 26**

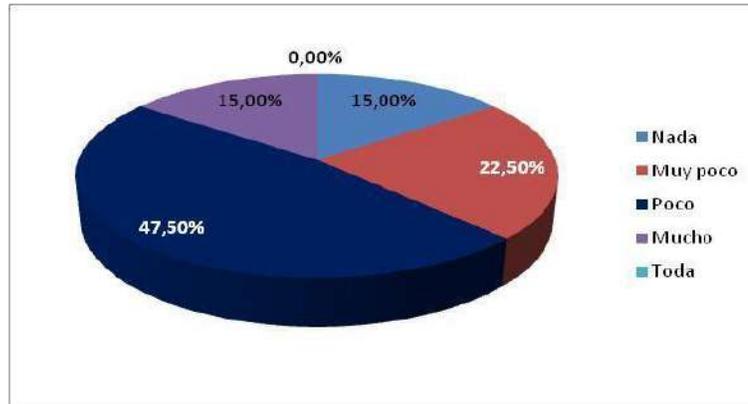
*Conocimiento como médico Pediatra en su área de acción, de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nada	6	15,00%
Muy poco	9	22,50%
Poco	19	47,50%
Mucho	6	15,00%
Toda	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 26

*Conocimiento como médico Pediatra en su área de acción, de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 26 revela que, el 47.5%(19) de los médicos del servicio de pediatría, tienen poco conocimiento acerca de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del Trastorno del Espectro Autista, mientras que, el 22.5% (9) de los encuestados, presenta muy poco conocimiento al respecto, mientras que con el 15% (6) tanto mucho como nada conocen redes o instituciones de apoyo profesional para realizar el diagnóstico de TEA.

En esta oportunidad, los resultados tampoco coinciden con Polanco (2017), debido a que, el 40% de sus resultados indican que no tienen ningún conocimiento de redes de apoyo de atención al TEA, además con el 20% lo conocen poco, mucho o totalmente.

Nuestros resultados revelan también que, el médico del servicio de pediatría, no se encuentra familiarizado con las redes de apoyo con las que cuenta el paciente ante la sospecha temprana de riesgo de autismo, tanto en el ámbito público como privado, de tal manera que, ésta es otra de las consideraciones a intervenir a partir

del trabajo de grado y de ésta forma, fortalecer mancomunadamente el trabajo en equipo en torno al autismo.

**Tabla 27**

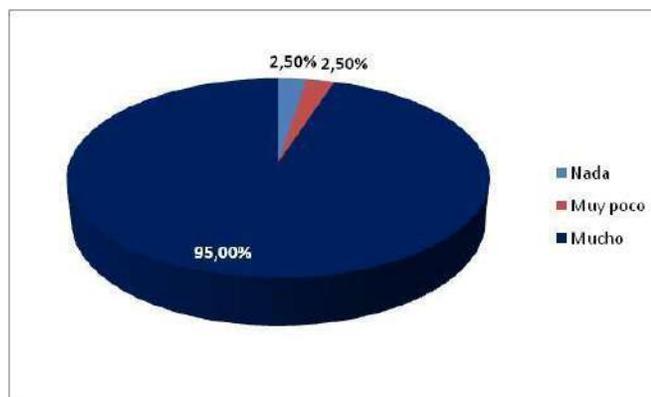
*Importancia de la participación del médico Pediatra en un Programa de capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	2,50%
Muy poco	1	2,50%
Mucho	38	95%
TOTAL	40	100%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 27**

*Importancia de la participación del médico Pediatra en un Programa de capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

El 95% (38) de los médicos del servicio de pediatría, plasmado así en la tabla 27, cree importante su participación en un Programa de

capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista, mientras que con el 2,5% (1) consideran muy poco o nada importante su participación en un programa de capacitación para el diagnóstico temprano de TEA.

En este sentido las coincidencias con Polanco (2017), son mayores tomando en cuenta que el 80% de sus resultados consideran como muy importante la participación en un taller para el diagnóstico precoz de TEA, por otro lado, el 20% lo creyó muy poco importante.

A estas alturas de nuestros resultados, los médicos del servicio de pediatría están conscientes de la importancia de su participación activa en programas de capacitación que vayan en función de adquirir conocimientos a profundidad ante la sospecha temprana de riesgo de autismo.

**Tabla 28**

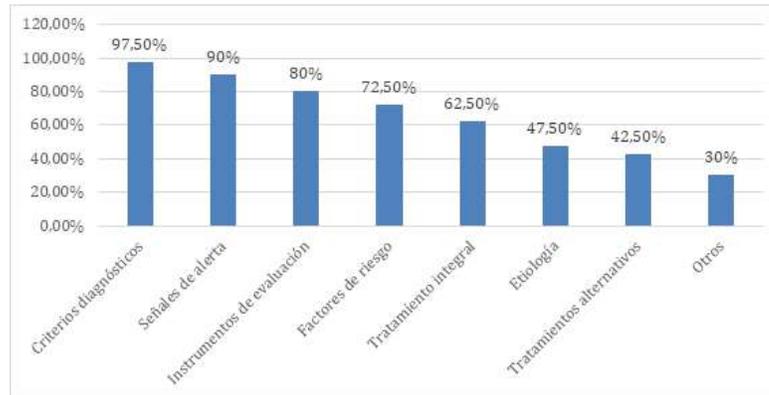
*Selección por parte del médico Pediatra del y/o los temas considerados relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Criterios diagnóstico	39	97,5%
Señales de alerta	36	90%
Instrumentos de evaluación	32	80%
Factores de riesgo	29	72,5%
Tratamiento	25	62,5%
Etiología	19	47,5%
Tratamientos alternativos	17	42,5%
Otros		30%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 28

*Selección por parte del médico Pediatra del y/o los temas considerados relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Finalmente, la tabla 28 describe que, de los médicos del servicio de pediatría, el 97,5% (39) considera importante que, los “criterios diagnósticos” son relevantes a desarrollar, en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, “las señales de alerta” con el 90% (36) y, en tercer lugar, con un 80% (32) “los instrumentos de evaluación, con el 72,5% (29) “factores de riesgo” y con el 62,5% (25)” tratamiento integral”.

Algunos de estos resultados coinciden con los destacados por Polanco (2017), tomando en cuenta que los “criterios diagnósticos” reportaron el 100%, “factores de riesgo” con el 86,66%, “señales de alerta” con el 80%, “instrumento de evaluación” con el 66,66% y el “tratamiento integral” con el 53,335, sin embargo, no fueron coincidentes en cuanto la “etiología” ya que los resultados de Polanco arrojaron el 100% mientras que en los nuestros arrojó el 47.5%.

Finalmente, nuestros resultados plantean que, es un requerimiento fundamental de parte de los médicos del servicio de pediatría, el que se efectúen programas de capacitación dirigidos al conocimiento de los criterios diagnósticos, así como también las señales de alerta temprana para el diagnóstico de autismo, inclusive no menos importante el profundizar en los instrumentos de evaluación para dichas señales de alerta temprana.

## **CAPÍTULO V. EL PROYECTO Y SU DESARROLLO**

### **Introducción**

Atender eficazmente a un niño con Trastorno del Espectro Autista puede suponer un reto para el personal médico que en muchas oportunidades pudiera no contar con conocimientos de la condición y sus particularidades; lo cual es preciso tomar en cuenta para llevar a cabo una intervención adecuada.

El Pediatra no puede perder la oportunidad de la detección precoz de ésta condición, y en éste sentido, está llamado entonces a tener una capacitación que le permita contar con las herramientas necesarias que le faciliten la detección para su aproximación al

diagnóstico. Debe ser capaz de reconocer los signos, y características iniciales del TEA y recurrir a los instrumentos formales y técnicas de pesquisa sencillas para aplicar en el control de salud de un niño.

El propósito del programa es aportar información útil y sencilla que le permita a los médicos del servicio de pediatría del Hospital universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, mejorar y actualizar sus conocimientos sobre el Trastorno del Espectro Autista y de cómo desde su rol de pediatra, podrían ser capaces de identificar y detectar sus características; siendo este un paso imprescindible para su posterior referencia, evaluación y tratamiento por parte de los especialistas competentes.

Además, se pretende incentivar el interés de los médicos pediatras, por el Trastorno del Espectro Autista a fin de que busquen profundizar en el mismo.

### **Propósito**

#### **Objetivo General**

Capacitar al servicio de pediatría del Hospital Central Universitario “Dr. Pedro E. carrillo para la detección temprana de riesgo de Autismo.

#### **Plan de ejecución del proyecto**

Se desarrollará a través de la realización de talleres en las instalaciones del servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, ubicado en la Parroquia Mercedes Díaz, del Municipio Valera, ciudad de Valera, Estado Trujillo, dirigido a los médicos que laboran en dicha institución, entre

agosto y septiembre del presente año 2023. La duración de los talleres, será en función de los contenidos a desarrollar y la condensación de los mismos, en un aproximado de 2 a 4 horas por taller, para un total establecido en principio, de 12 a 15 horas. Al final habrá una sesión de preguntas y respuestas. Se utilizará para la presentación del mismo, una serie de láminas preparadas en programa Power Point o Canva.

### **Cuadro de Planificación y Ejecución**

#### ***Planificación del taller***

**Objetivo General:** Capacitar a los médicos del servicio de pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, los conocimientos básicos que permitan la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños que acuden a esta institución.

**Título: AUTISMO Y PEDIATRÍA: UN BINOMIO INDISOLUBLE PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ**

Objetivos específicos	Actividades	Estrategias	Responsables	Tiempo de ejecución
Identificar los conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de autismo.	<p>Coordinar un encuentro con los médicos especialistas y los residentes de cada área del servicio de pediatría para la aplicación de la encuesta mediante un cuestionario Pretest.</p> <p>-Análisis e interpretación del instrumento aplicado Pretest.</p>	<p>Reunión con los especialistas jefes de cada área y con los jefes de residentes.</p> <p>-Aplicar el instrumento Pretest a todos los especialistas y los residentes de cada área del servicio de pediatría.</p>	<p>Servicio de pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo.</p> <p>-Residentes y especialistas del Postgrado de Puericultura y Pediatría.</p> <p>Oswaldo Castro</p>	. Del 14 al 26 de junio 2023.
Diseñar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de autismo.	Elaboración de un plan de capacitación al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz del TEA.	Planificación de la capacitación titulado Autismo y pediatría: un binomio indisoluble para el diagnóstico precoz, mediante la preparación de cinco encuentros informativos, conjuntamente con la sesión de cierre, con el apoyo de material impreso, así como presentaciones de Power Point.	Oswaldo Castro	Del 06 al 10 de agosto de 2023.
Aplicar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de autismo.	: Reuniones y talleres con los médicos del servicio de pediatría.	<p>Convocar a los médicos especialistas y residentes a través de los grupos de WhatsApp del servicio de pediatría para asistir a los encuentros para la capacitación.</p> <p>Inicio de los cinco encuentros informativos sobre Autismo, caracterización, rol del pediatra, instrumento para el diagnóstico precoz, referencia a especialistas</p>	.Oswaldo Castro	Del 15 de agosto al 15 de septiembre de 2023

<p>Evaluar la información y conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría para la detección temprana de riesgo de autismo a partir del programa de capacitación.</p>	<p>Aplicación de encuesta mediante cuestionario postest. Análisis e interpretación del instrumento postest. Informar al servicio de pediatría sobre los resultados y conclusiones obtenidas.</p>	<p>. Aplicación del instrumento postest a los médicos especialistas y residentes del servicio de pediatría. Con base a los resultados obtenidos, elaborar las conclusiones y presentarlas al servicio de pediatría.</p>	<p><i>Oswaldo Castro</i></p>	<p>Octubre de 2023.</p>
---	--	---	------------------------------	-------------------------

TALLERES	Contenidos/Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación	Tiempo ejecución
Aplicación del Pretest.	Introducción al tema. Diseño, validación y aplicación del instrumento, cuestionario, escala o encuesta preestablecida a los médicos del servicio de pediatría.	Sesión grupal Presentación y ciclo de preguntas. Familiarización con el instrumento a aplicar.	Humanos: experto facilitador. Médicos del servicio de pediatría. Materiales: Auditorio, mesas, sillas, Papel (instrumentos) y lápiz		Del 01 al 05 de agosto.  Sesiones de 2 horas.
Análisis de datos del Pretest.	Vaciado de la información recopilada. Evaluación de cuestionario o encuesta.	Revisión y análisis de los resultados.	Materiales: Instrumentos o encuestas aplicadas. Laptop (aplicación de algún programa estadístico).		Del 07 al 11 de agosto.
Taller I: Definir el Trastorno del Espectro Autista	Introducción al tema. Seleccionar el contenido y elaborar el programa del taller. Temática: Conceptos, etiología, incidencia y prevalencia del trastorno del espectro Autista.	Presentación del taller, sus objetivos y expectativas de los participantes (médicos del servicio). Preguntas sobre experiencias con pacientes con TEA en sus consultas. Participación espontánea	Humanos: experto facilitador y médicos del servicio. Materiales: Auditorio, mesas, sillas. Tecnológicos: Video beam, Laptop, presentación (Power Point o Canva).	Retroalimentación (debate) entre los participantes. Quiz al final de la sesión.	23 de agosto.  Sesión de 1-2 horas.
Taller II: Describir las características principales para la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista.	Introducción al tema e intercambio de ideas y conceptos propios sobre: características principales del TEA: lenguaje y comunicación, interacción social, alteraciones sensoriales, intereses restringidos, conductas repetitivas, rituales y rutinas, conciencia cognitiva, comportamiento.	Exposición del facilitador y participación espontánea de los asistentes (interacción). Intercambio de experiencias. Intercambio de experiencias sobre los hallazgos en las etapas de crecimiento.	Tecnológicos: Video beam, Laptop, presentación (Power Point o Canva). Humanos: facilitador y participantes. Materiales: Auditorio, mesas, sillas.	Mencionar las características más comunes del TEA y la importancia del diagnóstico temprano por parte de los participantes.	23 de agosto.  Sesión de 1-2 horas.
Taller III: Esclarecer el rol del médico pediatra en la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista.	Intervención del médico pediatra en la detección precoz del TEA.	Mesa de trabajo. Exposición del facilitador. Participación espontánea de los asistentes	Tecnológicos: Video beam, Laptop, presentación (Power Point o Canva). Humanos: facilitador y participantes. Materiales: Auditorio, mesas, sillas.	Participación activa, reflexión, retroalimentación, evaluación.	30 de agosto  Sesión de 1-2 horas.

Taller IV: Orientar al pediatra sobre el proceso a seguir en caso de detectar características del Trastorno del Espectro Autista en algunos de sus pacientes.	Procedimientos a seguir el médico pediatra al detectar características del TEA. Intercambio y/o retroalimentación con las redes de apoyo y/o con equipos interdisciplinarios. A quiénes, y a que especialista referir, cuando, porqué.	Exposición del facilitador. Intervención espontánea de los asistentes. Invitación a Psicólogo con entrenamiento en autismo.	Tecnológicos: Video beam, Laptop, presentación (Power Point o Canva). Humanos: facilitador y participantes. Materiales: Auditorio, mesas, sillas	Ejercicio evaluativo sugiriendo aleatoriamente algunas especialidades a referir	Del 04 al 08 de septiembre Sesiones de 1-2 horas
Taller V: Conocer los instrumentos de detección precoz de riesgo de TEA.	Familiarización y aplicación de los instrumentos utilizados para la detección precoz del TEA.	Sesiones grupales Exposición del facilitador. Participación espontánea de los asistentes. Entrenamiento, práctica, evaluación e interpretación del M-chat.	Tecnológicos: Video beam, Laptop, presentación (Power Point o Canva). Humanos: facilitador y participantes. Materiales: Auditorio, mesas, sillas, Papel (instrumentos) y lápiz	Llenado del M-chat, a partir de un caso clínico	Del 11 al 15 de septiembre. 2 sesiones de 2-4 horas.

Aplicación del Postest.	Aplicación del instrumento, cuestionario, escala o encuesta final o establecida, a los médicos del servicio de pediatría	Encuentro o sesión con los médicos del servicio	Humanos: facilitador y participantes. Materiales: Auditorio, mesas, sillas, Papel (instrumento) y lápiz		Del 18 al 20 de septiembre. Sesiones de 2 horas.
Análisis de datos del Postest.	Vaciado de la información recopilada Evaluación de cuestionario o encuesta.	Revisión y análisis final de los resultados.	Materiales: Instrumentos o encuestas aplicadas. Laptop (aplicación de algún programa estadístico).		Del 25 al 29 de septiembre.

## INCIDENCIAS

### Hora:

7:10 am Se dio Inicio de la actividad con palabras del Dr. Castro explicando la dinámica de la misma, agradeciendo la receptividad de los médicos presentes al igual que a los coordinadores del postgrado y del servicio, Dres. Rafael Santiago y Andreina La Corte respectivamente.

7:20am Seguidamente se aclararon algunos términos y definiciones de autismo a cargo del Dr. Ray Molina, residente del 3er año del postgrado de puericultura y pediatría.

7:26 am Luego, el Dr. Castro explicó las etapas tempranas donde pueden presentarse algunas manifestaciones del TEA.

7:30 am Al igual que, la explicación de cuáles son los indicadores tempranos de riesgo del TEA.

7:35 A continuación, se colocó el primer video de apoyo para documentar los primeros signos del TEA.

7:40 am Para posteriormente y enseguida colocar el primer video explicativo de las manifestaciones del TEA.

7:46 Se hace entrega en físico y a cada asistente de un cuestionario para explicar el instrumento de cribado M-Chat.

7:50 Inicio del segundo video, el cual explica los pasos detalladamente del M-Chat.

8: 00 Se indican las acciones a tomar por parte del pediatra ante la sospecha de riesgo de TEA.

8:11 Finaliza la presentación y comienza la intervención por parte de todos los presentes.

8:15 Intervención de la Dra. La corte Pediatra Puericultor sobre M-Chat y centros de referencia a pacientes con autismo.

8:21 Intervención de la Dra. Astrid Matheus sobre las pautas diagnósticas.

8:25 Discusión de pautas nutricionales en TEA.

8:31 Intervención de madre sobre la importancia de terapias conductuales, nutricionales, apoyo psicológico.

8:42 Intervención Dr. Santiago Gastroenterólogo, sobre recomendaciones nutricionales, y uso de probióticos en TEA.

8:42 Discusión de pautas de tratamiento actual.

8:53 Intervención por parte de otra madre, sobre la importancia de las terapias conductuales y nutricionales.

8:53 Intervención Dr. Santiago Gastroenterólogo, recomendaciones alimentarias y uso de probióticos en general.

9:04 Intervención de la Dra. La Corte para discusión de pautas de tratamiento farmacológico – no farmacológico.

9:15 am Entrega de encuestas para realizar el postest a los médicos del Postgrado y del servicio de Pediatría y Puericultura del HUPEC.

9:17 am Intervención de la Psicopedagoga Liliana Pérez – alteraciones conductuales.

9:20 am Preguntas de residentes de Post-grado Criterios diagnósticos de TEA – DSM-5

9:30 am Entrevista al Dr. Oswaldo Castro con el periodista del Diario Los Andes, José Leonel Pineda.

10:00 am Cierre de actividad a cargo del Dr. Castro, culminando la misma con un compartir (refrigerio).

### Evaluación y Análisis de resultados Post Test

**Tabla 1.**

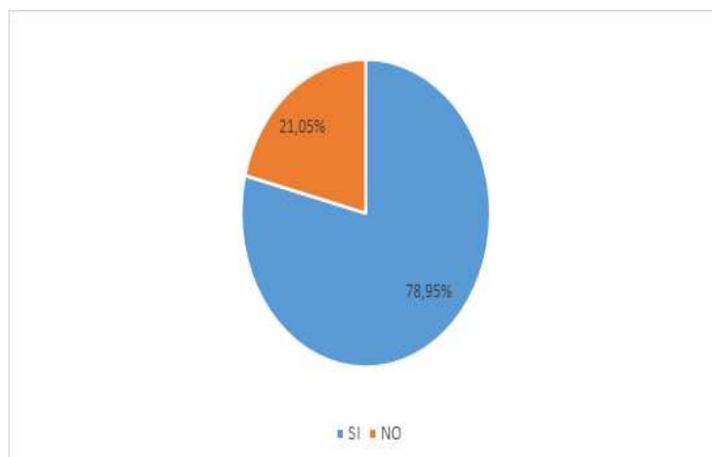
*En la malla curricular de su formación académica como Pediatra contemplaron en alguna de sus asignaturas, por ejemplo, en Neuropediatría, el trastorno de espectro autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	30	78,95%
NO	8	21,05%
Total	38	100,00%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 1**

*En la malla curricular de su formación académica como Pediatra contemplaron en alguna de sus asignaturas, por ejemplo, en neuropediatría, el trastorno de espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En esta primera tabla, se pone de manifiesto que el 78.95% (30) de los médicos del servicio de pediatría, han recibido formación en relación al Trastorno del espectro del autismo, en algún momento dentro del pensum académico del postgrado de puericultura y pediatría, mientras que, el 21.05% (8), no han recibido ningún tipo de formación con respecto al TEA.

Esta tendencia no es coincidente con los resultados de Polanco (2017), ya que su estudio arrojó que el 33.33% de los pediatras indicaron haber recibido formación específica en TEA durante su carrera como médico, mientras que el 66.67% no recibió ningún tipo de formación con respecto al TEA.

La interpretación que podría darle es que, a pesar de que el Autismo no es de aparición y conocimiento reciente, las distintas mallas curriculares de cada una de las carreras universitarias impartidas en las instituciones universitarias del país, tanto públicas como privadas, aún no incluyen al TEA dentro del pensum de estudio, solo a nivel de diplomados, cursos, talleres, etc., de tal manera que, nos corresponde a nosotros y precisamente con trabajos de investigación como el que nos compete, dar a conocer ampliamente todo lo relacionado con dicha entidad nosológica. Además, en la

mayoría de las oportunidades, por cuenta propia, se llevan a cabo, entrenamiento y estudios para adquirir conocimiento al respecto.

Luego del taller de capacitación, se incrementó discretamente el porcentaje de los médicos del servicio de pediatría han recibido algún tipo de formación para la detección temprana de riesgo del autismo, sin embargo es importante aclarar que a pesar de ello, el número en términos absolutos disminuyó, debido a circunstancias inherentes al postgrado, ya que fueron desincorporados algunos residentes por bajo rendimiento académico, de tal manera que, en esencia se consideran para efectos de los resultados como proporcionales.

## **Tabla 2.**

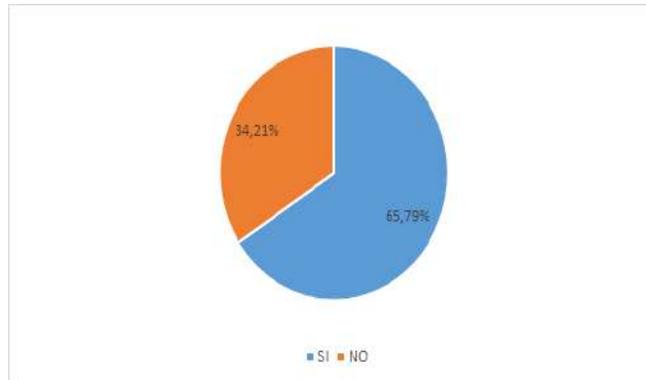
*En su proceso de actualización de saberes en los últimos 5 años, usted ha participado en eventos de formación permanente en relación al trastorno de espectro autista.*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	<b>25</b>	<b>65,79%</b>
<b>NO</b>	<b>13</b>	<b>34,21%</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

## **Gráfico 2.**

*En su proceso de actualización de saberes en los últimos 5 años, usted ha participado en eventos de formación permanente en relación al trastorno de espectro autista.*



*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

En esta segunda tabla, encontramos que, solo el 65.79% (25) de los médicos del servicio de pediatría, han participado en eventos de actualización con respecto al Trastorno del Espectro del Autismo en los últimos 5 años, por otro lado, el 34.21% (13) de los médicos, no han participado en actividades en torno a la actualización en cuanto al TEA.

En esta oportunidad, al contrario del pretest, no coincide con los resultados del estudio de Polanco (2017), tomando en consideración que el 66.67% de los médicos pediatras indicaron no haber participado en eventos de formación en relación al TEA. Sin embargo, no se relacionan con los resultados de Ojeda (2020), debido a que sus resultados evidencian que el 67% si participó en eventos de formación permanente en relación al TEA.

La interpretación en este caso se debe probablemente a que, se han presentado en los últimos años, situaciones extra académicas como por ejemplo pandemia, lo cual no ha permitido la realización de cursos, actividades, jornadas, congresos, etc., en función de actualizar los conocimientos en cuanto al TEA, además, en el estado, poco se llevan a cabo, éste tipo de actividades, de tal manera que, corresponde trasladarse hacia otras latitudes y/o regiones, lo cual, no siempre es sencillo.

A pesar de la variación porcentual, la cual es muy discreta,

ocurre lo mismo que con la tabla anterior, se mantiene el mismo número de médicos del servicio de pediatría (13) los cuales, en los últimos 5 años han participado en jornadas de formación para la detección temprana de riesgo del autismo.

**Tabla 3.**

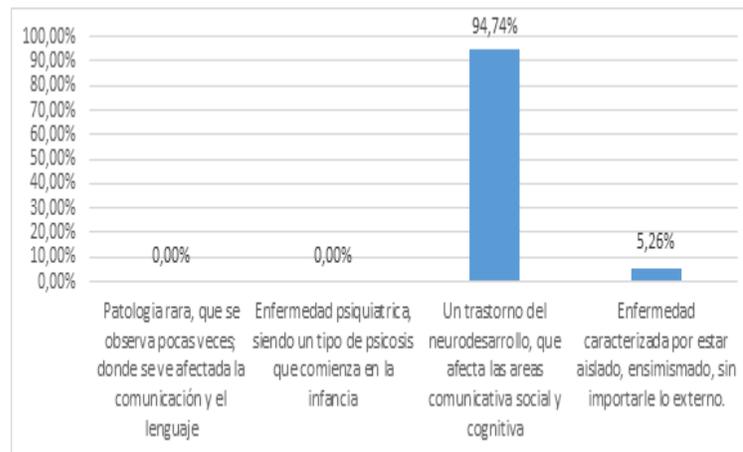
*Definición del trastorno del espectro del autismo.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Patología rara, que se observa pocas veces; donde se ve afectada la comunicación y el lenguaje.	0	0,00%
Enfermedad psiquiátrica, siendo un tipo de psicosis que comienza en la infancia.	0	0,00%
Un trastorno del neurodesarrollo, que afecta las áreas comunicativas, sociales y cognitivas.	36	94,74%
Enfermedad caracterizada por estar aislado, ensimismado, sin importarle lo externo.	2	5,26%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 3.**

*Definición del trastorno del espectro del autismo.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Por otro lado, la tabla 3 hace referencia a que el 94.74% (36) de los médicos del servicio de pediatría, tienen claro el concepto de lo que es, o significa el Trastorno del Espectro del Autismo, dado por un trastorno del neurodesarrollo, afectando las áreas comunicativa, cognitiva y social, mientras que el 5.26% (2) considera al TEA como una enfermedad caracterizada por estar aislado, ensimismado, sin importarle lo externo.

Estos resultados se acercan a los obtenidos por Gómez (2022), donde el 100% de los encuestados afirma que el TEA es un trastorno del Neurodesarrollo de origen Neurobiológico con inicio en la infancia, sin embargo, se aleja un poco de los resultados de Morales (2018), tomando en cuenta que solo el 50% de los encuestados, conoce adecuadamente el concepto.

La definición del autismo es universal, ya que ha sido sustancialmente estudiado tanto por el DSM fundamentalmente el V (última edición), así como por el CIE, en éste caso, el 11, de tal manera que, no solo en el ámbito referido a salud, sino en general, se conoce como un trastorno neurobiológico, de allí que, la interpretación de dichos resultados se encuentra dado por un conocimiento a profundidad del mismo.

A pesar de la explicación en el taller de capacitación con respecto al concepto de autismo, se mantuvo el número de médicos participantes en términos absolutos (36) que conocen y manejan adecuadamente la definición del TEA, aunque de manera porcentual se incrementó, lo cual ya se explicó las circunstancias que provocaron esta situación.

#### **Tabla 4.**

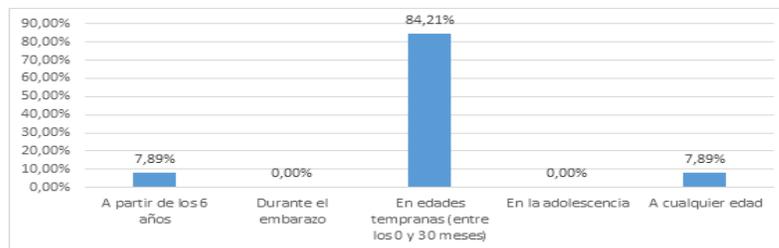
*Edad de manifestación de las primeras características del trastorno del espectro autista*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
A partir de los 6 años	3	7,89%
Durante el embarazo	0	0,00%
En edades tempranas (entre los 0 y 30 meses)	32	84,21%
En la adolescencia	0	0,00%
A cualquier edad	3	7,89%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

#### Gráfico 4.

*Edad de manifestación de las primeras características del trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 4 nos habla de forma importante que, el 84.21% (32) de los médicos del servicio de Pediatría, refieren que las primeras manifestaciones del Trastorno del Espectro del Autismo, se presentan tempranamente, entre los 6 y 30 meses de vida, enseguida, con el 7.89% (3) se encuentran las opciones “A partir de los 6 años y en la adolescencia”, y solo con el 7.89% (3) “A cualquier edad”.

Estos resultados se alejan de los aportados por Ojeda (2020), con el 100% de los pediatras, quienes no consideran esa edad ideal para el diagnóstico del TEA.

La interpretación de nuestros resultados es que, la mayoría de los médicos del servicio de pediatría, tienen claro que, para la detección precoz de riesgo del autismo, se debe realizar la evaluación y aplicación de los métodos específicos a edades tempranas de los

niños, desde los 6 meses hasta los 36 meses de vida.

En éste caso, posterior al taller de capacitación, se incrementó porcentualmente y en términos absolutos, el número de médicos del servicio de pediatría, los cuales afirman que la edad adecuada para la detección oportuna del riesgo de autismo se ubica entre los 6 meses y los 30 meses de vida.

**Tabla 5.**

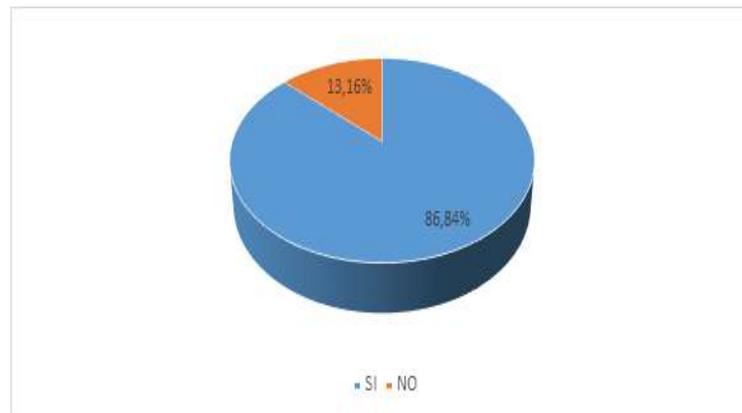
*Edad ideal para el diagnóstico temprano del trastorno del espectro autista está entre los 6 y 30 meses.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	33	86,84%
NO	5	13,16%
Total	38	100,00%

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

**Gráfico 5.**

*Edad ideal para el diagnóstico temprano del trastorno del espectro autista está entre los 6 y 30 meses.*



*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

Sin embargo, a pesar de lo manifestado en la tabla 4, la tabla

5 en contraposición reporta que, el 86.84% (33) de los médicos del servicio de Pediatría, considera adecuada la edad ideal para el diagnóstico oportuno del Trastorno del Espectro del Autismo entre los 6 y 30 meses de edad, con el 13.16% (5) no considera ideal el diagnóstico oportuno del TEA entre los 6 y 30 meses de edad.

Estos resultados se alejan de los aportados por Ojeda (2020), con el 100% de los pediatras no consideran dicha edad como ideal para el diagnóstico definitivo del TEA.

La interpretación en este caso debe ser cuidadosa para no confundirla con los resultados de la tabla 4, en el sentido de que, para la detección temprana de riesgo del autismo, la edad adecuada es la referida, entre 6 meses y los 30 meses de edad, sin embargo, para el diagnóstico definitivo, una mayoría importante de los médicos del servicio de pediatría, tienen la percepción de que éste, se debe hacer igualmente a estas edades.

Luego del taller de capacitación, los médicos participantes lograron internalizar que, tanto la detección temprana del riesgo de autismo, como el diagnóstico definitivo, pueden realizarse a edades tempranas como las descritas en el enunciado.

**Tabla 6.**

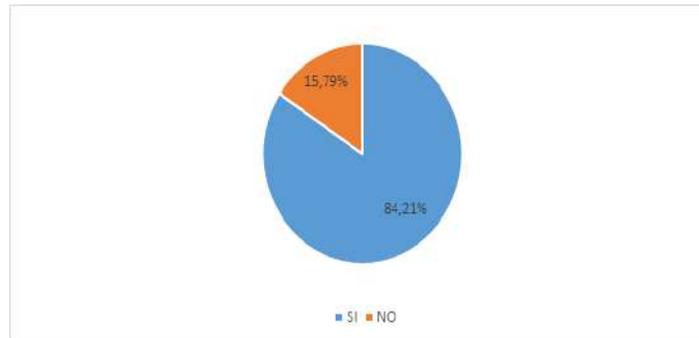
*Recibimiento en la consulta especializada tanto pública como privada, niños y/o niñas con trastorno del espectro autista.*

<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SI</i>	<i>32</i>	<i>84,21%</i>
<i>NO</i>	<i>6</i>	<i>15,79%</i>
<i>Total</i>	<i>38</i>	<i>100,00%</i>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

### Gráfico 6.

*Recibimiento en la consulta especializada tanto pública como privada, niños y/o niñas con trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

A pesar de lo revelado hasta ahora, en la tabla 6 el 84.21% (32) de los médicos del servicio de Pediatría, comentan que, han atendido a pacientes con Trastornos del Espectro del Autismo tanto en instituciones sanitarias públicas, como en la consulta privada, por consiguiente, el 15.79% (6), no ha recibido pacientes con TEA en su consulta pública o privada.

En contraposición Ojeda (2020), refiere en sus resultados que, el 100% de los médicos no ha recibido niños con TEA en su consulta privada, debido a que, no cuentan con un protocolo para el diagnóstico de TEA.

Se puede mencionar que, en la interpretación de los resultados del postest aportados, refiere el conocimiento de los médicos del servicio de pediatría, de las características del autismo a edades tempranas, reconociéndose en la consulta en un porcentaje considerable, aunque en términos absolutos, el número de médicos

del servicio de pediatría disminuyó (32), por las consideraciones ya explícitas, pero en términos porcentuales aumentó.

**Tabla 7.**

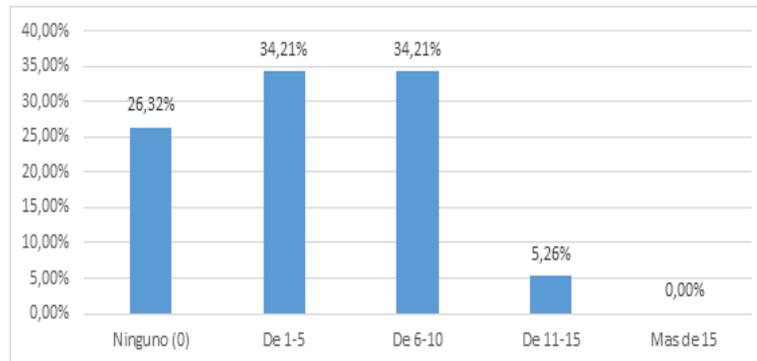
*En caso de haber recibido pacientes durante el periodo que va de octubre de 2022 a junio de 2023, diagnosticados con trastorno del espectro autista, indicar la cantidad.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno (0)	10	26,32%
De 1-5	13	34,21%
De 6-10	13	34,21%
De 11-15	2	5,26%
Más de 15	0	0,00%
<u>Total</u>	<u>38</u>	<u>100,00%</u>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

**Gráfico 7.**

*En caso de haber recibido pacientes durante el periodo que va de octubre de 2022 a junio de 2023, diagnosticados con trastorno del espectro autista, indicar la cantidad.*



*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

La tabla 7 indica que, el 34.21% (13) de los médicos del servicio de Pediatría, recibieron entre uno (1) a cinco (5) pacientes con

Trastornos del Espectro del Autismo entre octubre de 2022 a junio de 2023, mientras que, de la misma manera, el 34.21% (13) recibieron de 6 a 10 pacientes, 26.32% (10) no recibió a ningún paciente, el 5.26% (2) recibió de 11 a 15 niños con diagnóstico de TEA y 0 (0%) recibieron más de 15 pacientes diagnosticados con TEA.

Resultados que son variables a los de Polanco (2017), debido a que, el 60% (9) recibió pocos (4-7) pacientes diagnosticados con TEA, muy pocos (1-3) 33.33% (5) y, solo 6,67% (1) que recibió muchísimos (más de 15).

En contraposición a los resultados de la tabla 7, se podría inferir que, los médicos del servicio de pediatría, al no recibir importante número de pacientes con autismo, significa que están siendo evaluados por neuropediatras directamente, además, puede tratarse también a que, dentro del equipo interdisciplinario, no están involucrando a los pediatras, de tal manera que, por esa razón, no están acudiendo dichos pacientes a la consulta pediátrica.

Otra de las posibilidades ante estos resultados y fundamentalmente, luego del taller de capacitación es que, al reconocer mejor las características tempranas de riesgo del autismo, han evidenciado que los pacientes se encontraban dentro del espectro y, por tal razón, se incrementó el número de pacientes con diagnóstico de TEA en dichas consultas.

### **Tabla 8.**

*Conocimiento de las características principales del niño con trastorno del espectro autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	92,11%
NO	3	7,89%
Total	38	100,00%

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

### **Gráfico 8.**

*Conocimiento de las características principales del niño con trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Esta tabla 8 indica que, el 92.11% (35) de los médicos del servicio de Pediatría, si reconocen las características principales del paciente con Trastorno del Espectro del Autismo, mientras que el 7.89% (3), no lo reconocen.

Ojeda (2020), se aleja totalmente de nuestros resultados, ya que el 100% de los médicos pediatras consideran no tener conocimiento sobre las características principales y/o señales de alarma tempranas para la detección del TEA.

La constante actualización referida al principio por parte de los médicos de pediatría, aunado a que, el hospital cuenta con el servicio de neuropediatría, el cual imparte docencia y uno de los tópicos principales es con respecto al autismo. Sin embargo, luego

del taller de capacitación, una pequeña parte de los participantes, reconoció que no cuenta con el conocimiento de las características principales para la detección temprana del riesgo del TEA y como tal, el porcentaje disminuyó.

**Tabla 9.**

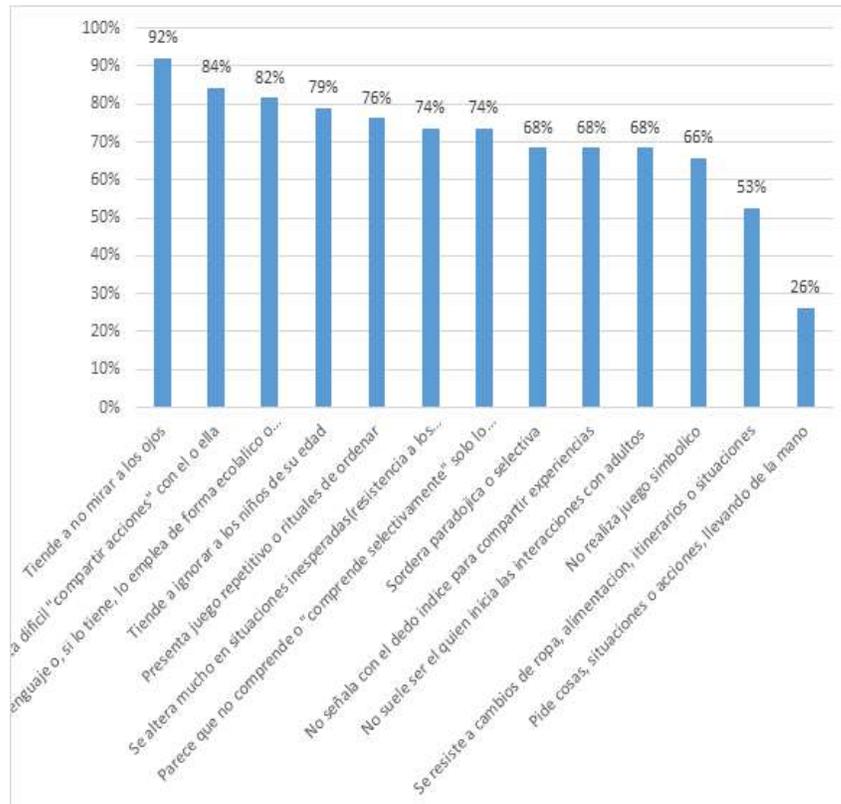
Seleccionar las conductas o características señaladas a continuación, consideradas como indicadores del trastorno de espectro autista en niños en edades tempranas

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Tiende a no mirar a los ojos	35	92%
Resulta difícil "compartir acciones" con él o ella	32	84%
Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológico o poco funcional	31	82%
Tiende a ignorar a los niños de su edad	30	79%
Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar	29	76%
Se altera mucho en situaciones inesperadas(resistencia a los cambios)	28	74%
Parece que no comprende o "comprende selectivamente" solo lo que le interesa	28	74%
Sordera paradójica o selectiva	26	68%
No señala con el dedo índice para compartir experiencias	26	68%
No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos	26	68%
No realiza juego simbólico	25	66%
Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones	20	53%
Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano	10	26%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 9.

*Seleccione las conductas o características señaladas a continuación, que pudiese considerar como indicadores de trastorno de espectro autista en niños en edades tempranas.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En la tabla 9 se observa que, las principales conductas que los médicos del servicio de Pediatría sugieren como indicadores tempranos del Trastorno del Espectro del Autismo se encuentran "no hacer contacto visual" en 92.% (35), así como resulta difícil "compartir acciones con él o ella 84% (32), también "carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional 82% (31) y "tiende a ignorar a los niños de su edad" 79% (30).

En los resultados de Polanco (2017), la tendencia es parecida

ya que, el 93,335 (14) refiere tendencia a no mirar a los ojos, alterarse mucho en situaciones inesperadas y juegos repetitivos o rituales para ordenar, por otro lado, el 66,67% (10) tienden a ignorar por completo a los niños de su edad.

Definitivamente nuestros resultados reportan que, los médicos del servicio de pediatría, reconocen los marcadores de detección temprana de riesgo de autismo en especial los de comunicación social, conductual y afectiva. De hecho, posterior al taller de capacitación, ésta premisa se consolidó.

**Tabla 10.**

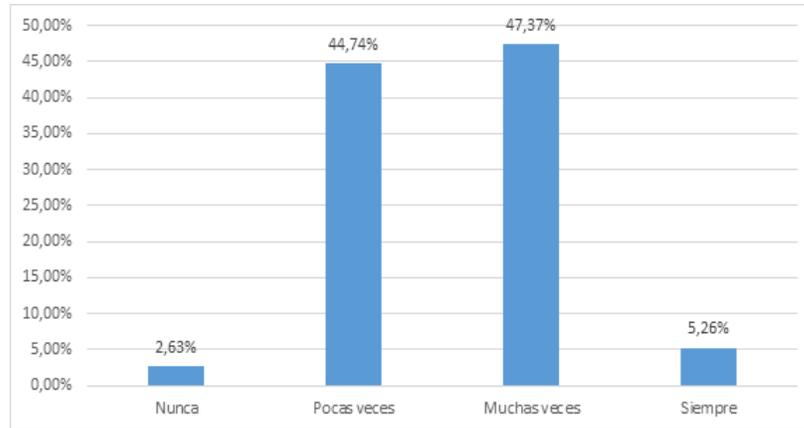
*Impresión como médico en cuanto a las alteraciones del lenguaje sean un indicador de trastorno del espectro autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,63%
Pocas veces	17	44,74%
Muchas veces	18	47,37%
Siempre	2	5,26%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 10.**

*Impresión como médico en cuanto a las alteraciones del lenguaje sean un indicador de trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En la tabla 10 y con relación a la tabla anterior, el 47.37% (18) de los médicos del servicio de Pediatría concuerdan que, las alteraciones en el lenguaje corresponden muchas veces a un indicador principal para diagnosticar tempranamente el Trastorno del Espectro del Autismo, 44.74% (17) pocas veces, el 5.26% (2) manifestó que, siempre las alteraciones del lenguaje corresponden a un indicador principal y, solo el 2.63% (1) nunca.

En los aportes de Ojeda (2020), indican que el 100% de los pediatras consideran las alteraciones del lenguaje como indicador principal para diagnosticar tempranamente el TEA. Los resultados de Polanco (2017), varían moderadamente con respecto a los nuestros dados por, el 86,67% (13) frecuentemente las alteraciones del lenguaje son consideradas indicadores de TEA en instancias tempranas, y el 13,33% (2) siempre.

Nuestros resultados arrojan que, un poco más de la mitad de los participantes considera las alteraciones del lenguaje como indicadores tempranos de riesgo del autismo, sin embargo, el hecho de que no todos lo manifiesten así, podría interpretarse a que la alteración del lenguaje por sí sola, no es tomada como indicador temprano de riesgo para detección de autismo, es decir, tiene que

encontrarse acompañada de otros indicadores para así considerarla como tal.

**Tabla 11.**

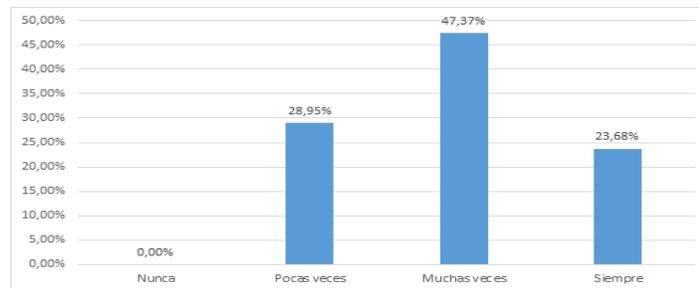
*Considera usted dentro de su evaluación, que las alteraciones en la comunicación pueden ser un marcador de trastorno del espectro autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Pocas veces	11	28,95%
Muchas veces	18	47,37%
Siempre	9	23,68%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 11.**

*Considera usted dentro de su evaluación, que las alteraciones en la comunicación pueden ser un marcador de trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Al igual que en la tabla 10, ésta tabla 11, afirma que muchas veces con el 47,37% (18) de los médicos del servicio de pediatría, considera a las alteraciones en la comunicación, como un marcador del Trastorno del Espectro del Autismo, el 28,95% (11) pocas veces, el 23,68% (9) siempre, mientras que el 0% (0) nunca asocian las alteraciones de la comunicación como indicador del TEA en etapas iniciales.

En los aportes de Ojeda (2020), indican que el 100% de los pediatras consideran las alteraciones de la comunicación como indicador principal para diagnosticar tempranamente el TEA. Los resultados de Polanco (2017), varían moderadamente con respecto a los nuestros dados por, el 80% (12) frecuentemente las alteraciones de la comunicación son consideradas indicadores de TEA en instancias tempranas, y el 20% (3) siempre.

El mismo planteamiento que la tabla anterior con respecto a las alteraciones del lenguaje, nuestros resultados sostienen que, la mayoría de los médicos del servicio de pediatría, consideran a las alteraciones en la comunicación, como indicador de detección temprana de riesgo de autismo, sin embargo, al no referirse en mayor porcentaje, incluso, luego del taller de capacitación, esto viene dado a que, por sí sola, la alteración de la comunicación, según los médicos, no es indicativo único para el diagnóstico definitivo de autismo.

**Tabla 12.**

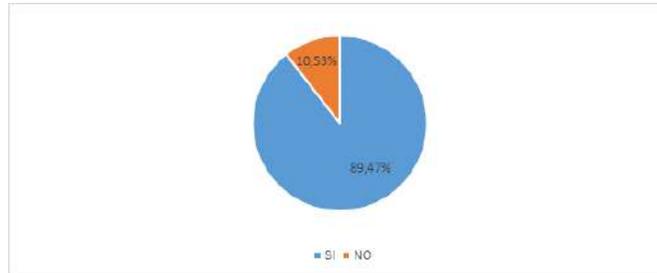
*Considera usted que la falta de sonrisa social antes del 1er año puede ser un indicador de T.E.A.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	89,47%
NO	4	10,53%
Total	38	100,00%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 12.

*Considera usted que la falta de sonrisa social antes del 1er año puede ser un indicador de T.E.A.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Por su parte la tabla 12 destaca que, el 89,47% (34) de los médicos del servicio de pediatría, aseguran que, la ausencia de sonrisa social, es indicador ineludible en el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro del Autismo, por el contrario, el 10,53% (4), no relacionan a la sonrisa social como indicador temprano para el diagnóstico de TEA.

Ojeda (2020) concluye en sus resultados que, el 0% de los pediatras consideran que las expresiones faciales (sonrisa social) dentro del relacionamiento social, es un indicador para el diagnóstico temprano de TEA.

Los médicos del servicio de pediatría tienen claro que, de acuerdo a nuestros resultados, la ausencia de sonrisa social, es un indicador ineludible para la detección temprana de riesgo de autismo, lo que se mantuvo incólume luego del taller de capacitación.

### Tabla 13.

*Considera usted que la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año puede ser un indicador de T.E.A.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	92,11%
NO	3	7,89%
Total	38	100,00%

*Fuente: Oswaldo Castro (202)*

### **Gráfico 13.**

*Considera usted que la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año puede ser un indicador de T.E.A.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En el mismo orden de ideas, la tabla 13 menciona que, el 93,11% (35) de los médicos pertenecientes al servicio de pediatría, concluyen que, la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año de vida, puede ser un indicador del Trastorno del Espectro del Autismo, mientras que, el 7,89% (3) no relacionan la falta de respuesta al llamado por su nombre como indicador temprano para el diagnóstico de TEA.

Ojeda (2020) revela en el 100% de sus resultados la dificultad para mantener conversaciones, dentro de las alteraciones en la comunicación y como tal, la falta de respuesta al llamado por su nombre. Polanco (2017), con el 75% evidencia a la sordera aparentemente paradójica y el no compartir focos de atención con la mirada y, dentro de estas, la falta de respuesta al llamado por su

nombre como un indicador precoz para el diagnóstico de TEA.

La falta de respuesta ante el llamado por su nombre de los niños en edades tempranas, es considerado por los médicos del servicio de pediatría en nuestros resultados, como un indicador importante en la detección temprana de riesgo de autismo, ya que, lo interpretan como una alteración directa dentro de la esfera de la comunicación, situación consolidada al finalizar el taller de capacitación.

**Tabla 14.**

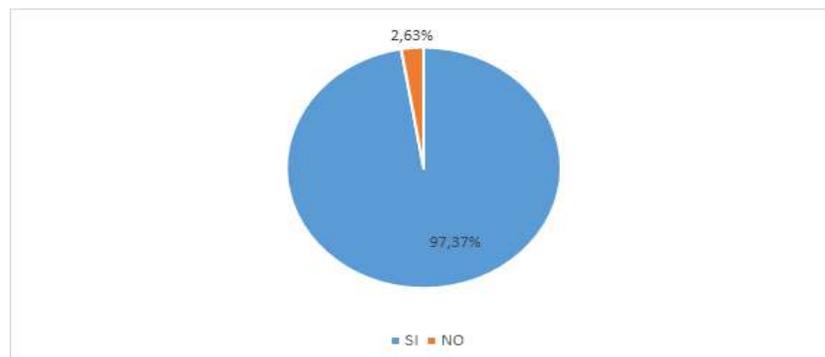
*Considera usted que la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de T.E.A.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	37	97,37%
NO	1	2,63%
Total	38	100,00%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 14.**

*Considera usted que la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de T.E.A.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En esta etapa de la aplicación del cuestionario, la tabla 14 evidencia que, el 97,37% (37) de los médicos encuestados del servicio de pediatría, asumen que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de Trastorno del Espectro del Autismo, y a su vez el 2,69% (1) no relacionan la pérdida de habilidades comunicativas o sociales previamente adquiridas en edades tempranas como indicadores de TEA.

Álvarez (2015), en contravía a lo expresado en nuestros resultados, indica que el 24,6% de los niños presentaron ausencia, dificultad o regresión del lenguaje, como indicador precoz para el diagnóstico de TEA.

De acuerdo a nuestros resultados, una discreta mayoría de los médicos del servicio de pediatría refieren que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas como indicador de autismo, interpretándose este resultado por el hecho de que pudiese también asociarse a otras entidades nosológicas que provoquen alteraciones en las habilidades comunicativas y sociales, sin embargo, una vez ofrecido el taller de capacitación, los médicos participantes reconocieron ésta dificultad como parte importante entre los marcadores de detección temprana de riesgo del autismo, tomando en consideración que los porcentajes se incrementaron sustancialmente.

**Tabla 15.**

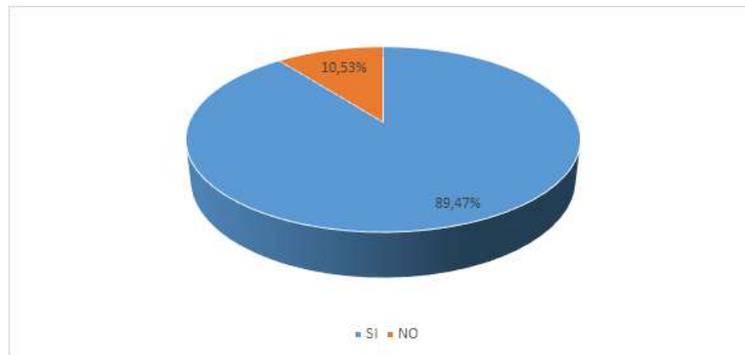
*Considera usted que la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala puede ser un indicador de T.E.A en niños en edades tempranas.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	89,47%
NO	4	10,53%
Total	38	100,00%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 15.

*Considera usted que la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala puede ser un indicador de T.E.A en niños en edades tempranas.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 15 comenta que, de los médicos del servicio de pediatría, el 89,47% (34) presume que, la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala, puede ser indicador de TEA en niños en edades tempranas y el 10,53% (4) descarta a la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala como manifestación precoz de TEA.

Polanco (2017), atribuye al no compartir focos de atención, en un 75% como indicador temprano en el diagnóstico de TEA, lo cual coincide casi al unísono con nuestros resultados.

Sin duda alguna que, nuestros resultados revelan la importancia de la atención como piedra angular dentro de los indicadores en la detección precoz de riesgo de autismo y como tal,

los médicos del servicio de pediatría lo tienen claro, y aún más, luego del taller de capacitación, debido a que los números porcentuales se incrementaron.

**Tabla 16.**

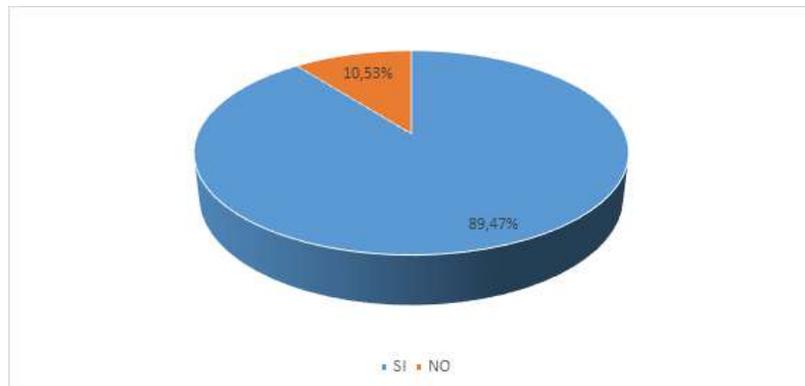
*Considera usted que la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser un indicador de T.E.A en niños en edades tempranas.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	89,47%
NO	4	10,53%
Total	38	100,00%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 16.**

*Considera usted que la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser un indicador de T.E.A en niños en edades tempranas.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Del mismo modo, la tabla 16 esgrime que, el 87,47% (34) de los médicos del servicio de pediatría, refiere que, la escasa habilidad para

llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser indicador de TEA en niños en edades tempranas, mientras que el 10,53% (4) considera lo contrario.

Polanco (2017), contempla en el 100% como indicador temprano en el diagnóstico de TEA, a que los niños no suelen ser quienes inician las interacciones con los adultos, igualmente en un 75%, los niños no señalan con el dedo para compartir experiencias con los adultos y, en un 51% los niños piden cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano a los adultos.

En el mismo orden de ideas, los resultados reportados en el trabajo de grado revela que, un importante porcentaje de los médicos del servicio de pediatría y fundamentalmente inmediatamente al concluir el taller de capacitación impartido, ya que se elevaron dichas cifras significativamente, asignándole a la escasa habilidad del niño en edades tempranas para llamar la atención del adulto, como un indicador relevante en la detección temprana de riesgo de autismo, en especial si los niños no inician alguna interacción con los adultos y, de hacerlo, lo llevan a cabo de manera inadecuada.

**Tabla 17.**

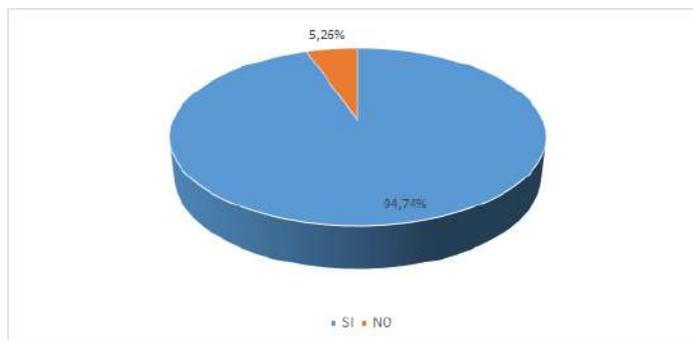
Considera usted que para el pediatra es importante contar con instrumentos validados para el diagnóstico del trastorno del espectro autista en niños.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	36	94,74%
NO	2	5,26%
Total	38	100,00%

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

### Gráfico 17.

Considera usted que para el pediatra es importante contar con instrumentos validados para el diagnóstico del trastorno del espectro autista en niños.



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Por primera vez durante el cuestionario, en ésta tabla 17, el 94,74% (36) de los médicos del servicio de pediatría, consideran que, para el Pediatra es importante contar con instrumentos validados para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en niños, mientras que el 5,26% (2) considera que no.

En los resultados de Ojeda (2020) y Polanco (2017), coinciden plenamente con el 100%, en la importancia de contar con instrumentos validados para el diagnóstico de TEA.

Nuestros resultados confirman la necesidad imperiosa de hablar el mismo idioma a la hora de la detección temprana de riesgo de autismo de tal manera que, se hace pertinente el contar y aplicar algún instrumento el cual lo permita de forma oportuna, independientemente de que, concluido el taller de capacitación, los porcentajes disminuyeron discretamente, la gran mayoría de los médicos participantes lo tiene claro.

**Tabla 18.**

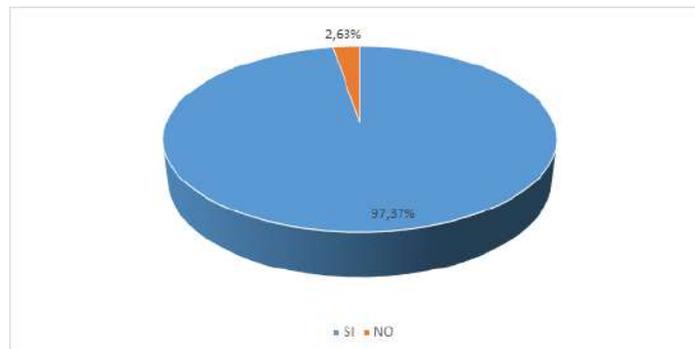
*Es necesario que el pediatra posea un modelo de intervención que conlleve a producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	37	97,37%
NO	1	2,63%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 18.**

*Es necesario que el pediatra posea un modelo de intervención que conlleve a producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Al igual que en la tabla 17, en la tabla que corresponde al número 18, el 97,3% (37) de los médicos del servicio de pediatría, aseguran que, es necesario que el Pediatra posea un Modelo de intervención que conlleve a producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, mientras que un 2,63%(1) no está de acuerdo.

Éste resultado concuerda plenamente con Ojeda (2020), cuyos resultados revelan que, el 100% de los pediatras consideran muy

importante contar con un modelo de intervención que conlleve a mejorar la detección temprana de riesgo y por ende, del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

Nuestros resultados van de la mano con el sentir de los médicos pediatras en general, en la situación específica de utilizar un modelo de intervención que se ajuste a las necesidades para la detección temprana de riesgo de autismo, que sea accesible, sensible y ajustado a lo requerido. sustentado ampliamente inmediatamente después de culminar el taller de capacitación.

**Tabla 19.**

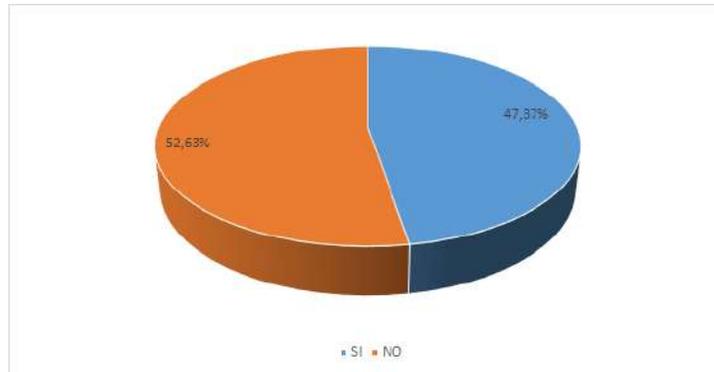
*Emplea usted en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista. En caso de ser afirmativa indique cual.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	47,37%
NO	20	52,63%
Total	38	100,00%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 19.**

*Emplea usted en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista. En caso de ser afirmativa indique cual.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Sin embargo, la tabla 19 concluye que, el 52,63% (20) de los médicos del servicio de pediatría, emplea en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista, mientras que el 47,37% (18), no utilizan ningún instrumento de evaluación.

Polanco (2017), afirma en sus resultados que, el 75% de los pediatras siempre utilizan instrumentos para la detección precoz de TEA y el 25% lo emplean muchas veces, con moderada coincidencia con nuestros resultados.

Nuestros resultados confirman la necesidad de entrenamiento en cuanto a la utilización de algún instrumento validado y actualizado para de esta manera, adquirir conocimientos para la detección temprana de riesgo de autismo, de tal forma que, disminuyan los diagnósticos errados de TEA. Los resultados obtenidos luego del taller de capacitación son muy alentadores debido a que, aunque aún, es menos de la mitad de los participantes los cuales tienen entrenamiento, ahora es mayor el número de médicos del servicio quienes se encuentran familiarizados con algún instrumento de cribado para la detección temprana de riesgo del autismo.

**Tabla 20.**

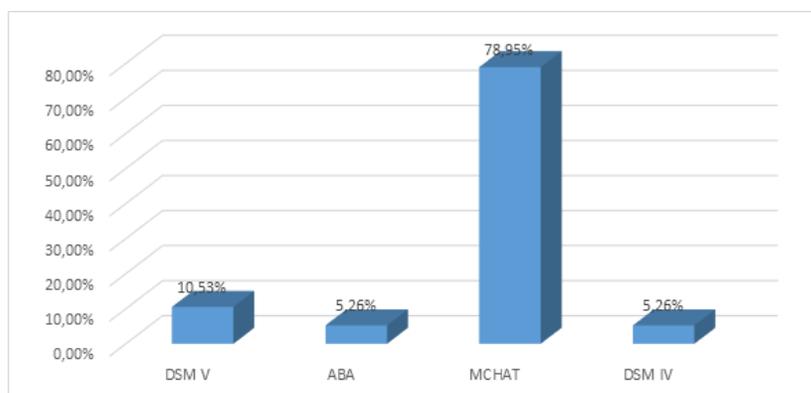
*El instrumento cribado para detectar en edades tempranas el TEA se llama.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
DSM V	4	10,53%
ABA	2	5,26%
MCHAT	30	78,95%
DSM IV	2	5,26%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 20.**

*El instrumento cribado para detectar en edades tempranas el TEA se llama.*



Desde otro punto de vista, la tabla 20, nos advierte que, el 78,95% (30) de los médicos del servicio de pediatría, reconoce que, el instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA se llama MCHAT, el 10,53% (4) afirma que el instrumento de cribado es el DSM V, mientras que los instrumentos ABA y el DSM IV con un 5,26%(2) cada uno.

Los resultados de Ojeda (2020), indican en el 100% que el instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA es el MCHAT.

La interpretación que podemos dar ante los resultados en ésta tabla es que, no todos los médicos que hacen vida en el servicio de

pediatría se encuentran familiarizados con el instrumento de cribado, en este caso el MCHAT, conforme a que pueden confundirse con el DSM V fundamentalmente, aunque se debe tener claro que, éste es para diagnóstico a partir de consideraciones generales, mientras que el MCHAT es para detección temprana de riesgo de autismo. Del mismo modo, los resultados arrojados terminado el taller de capacitación, se incrementó notablemente el reconocimiento de los médicos participantes del instrumento de cribado, lo cual llena de optimismo, para las evaluaciones venideras de los pacientes con indicadores tempranos de riesgo de TEA.

**Tabla 21.**

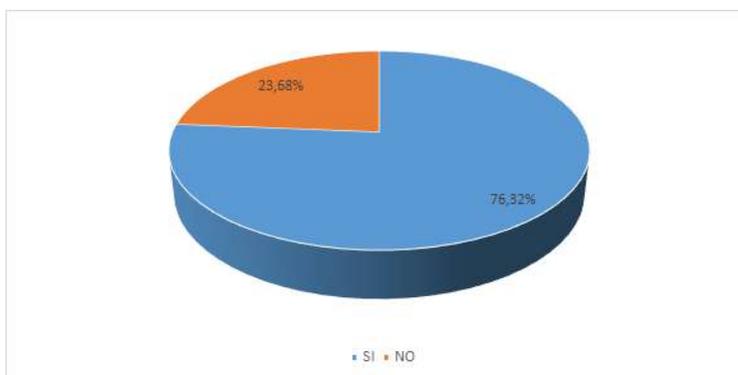
*Conoce usted el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT: lista de verificación modificada para autismo en niños pequeños 6-30 meses)*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	76,32%
NO	9	23,68%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

**Gráfico 21.**

*Conoce usted el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT: lista de verificación modificada para autismo en niños pequeños 6-30 meses)*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Del mismo modo, la tabla 21 hace referencia a que, el 76,32% (29) de los médicos del servicio de pediatría, conocen la aplicación y utilidad del MCHAT, para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro del Autismo, a su vez el 23,68% (9) no conoce la aplicación y utilidad del MCHAT.

Esto se correlaciona moderadamente con los resultados de Polanco (2017) quien comenta que el 100% de, los pediatras indico no utilizarlos en su consulta regular, lo cual pudiera inferir el desconocimiento de su existencia, incluso aquellos que dicen tener algún tipo de formación o si lo conocen desestima su importancia funcionalidad al momento de diagnosticar.

Del mismo modo y de la mano de la interpretación de la tabla 20, al no conocer a profundidad el instrumento de cribado MCHAT, sin duda alguna que, no tienen entrenamiento en la utilización del mismo, es por ello que, uno de los objetivos del TEG es, ofrecer estrategias y capacitar en este sentido a los médicos del servicio de pediatría no solo en Valera, sino donde exista la necesidad y quien lo requiera, lo cual se evidenció y dejó constancia de ello, a partir del taller de capacitación, tomando en cuenta el crecimiento en términos porcentuales en cuanto al reconocimiento del instrumento M CHAT, como método de cribado para la detección temprana de riesgo de

autismo.

**Tabla 22.**

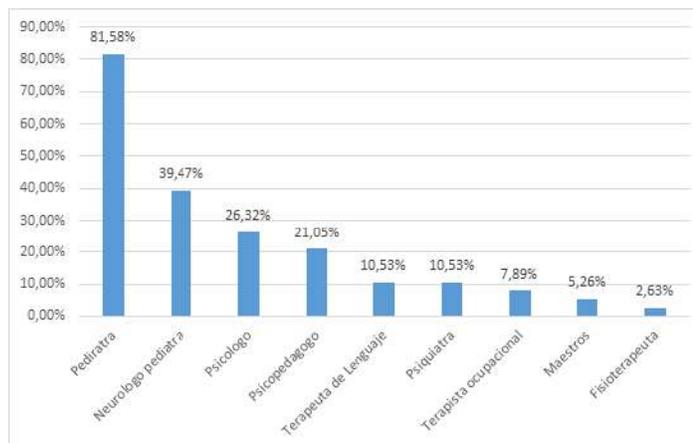
*Entre los siguientes profesionales, a quienes considera usted que representen una mayor responsabilidad en el Diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista. (Liste del 1 al 9 donde 1 es "mayor responsabilidad" y 9 "menor responsabilidad").*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Pediatra	31	81,58%
Neurólogo pediatra	15	39,47%
Psicólogo	10	26,32%
Psicopedagogo	8	21,05%
Terapeuta de Lenguaje	4	10,53%
Psiquiatra	4	10,53%
Terapeuta ocupacional	3	7,89%
Maestros	2	5,26%
Fisioterapeuta	1	2,63%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 22.**

*Entre los siguientes profesionales, a quienes considera usted que representen una mayor responsabilidad en el Diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista. (Liste del 1 al 9 donde 1 es "mayor responsabilidad" y 9 "menor responsabilidad").*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Esta tabla 22 es interesante ya que, destaca que los médicos del servicio de pediatría, consideran que, en un 81,58% (31), el pediatra es uno de los más importantes, representando una mayor responsabilidad en la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, con el 39,47% (15) el neurólogo pediatra y, en tercer lugar, el psicólogo con el 26,32% (10), luego con 21,05% (8) psicopedagogo, 10,53% (4) terapistas del lenguaje y psiquiatras, 7,89% (3) terapeuta ocupacional, 5,26% (2) maestros y 2,63% (1) fisioterapeutas.

Coinciden con los aportes de Polanco (2017), en cuanto a que los pediatras presentan un grado de responsabilidad como especialista en la detección precoz de riesgo TEA, aunque con un porcentaje mucho mayor (93,3%) y en segundo lugar los neuropediatras y psicólogos con el 46,7% y el 40% respectivamente, lo cual es contrario a nuestros resultados.

Uno de los objetivos de nuestro estudio lo constituye el reconocimiento del médico pediatría como uno de los baluartes y/o artífices en la detección temprana de riesgo de autismo y afortunadamente lo tienen claro en el servicio de pediatría y la idea es incrementar esta premisa, de tal manera que, es pertinente continuar llevando a cabo estrategias de intervención en éste sentido y de ésta manera, seguido del taller de capacitación, no solo se consolidó dicha aseveración, sino que también, reconocen la valiosa necesidad de evaluación en las primeras de cambio, por parte del Neuropediatra y Psicólogo.

### **Tabla 23.**

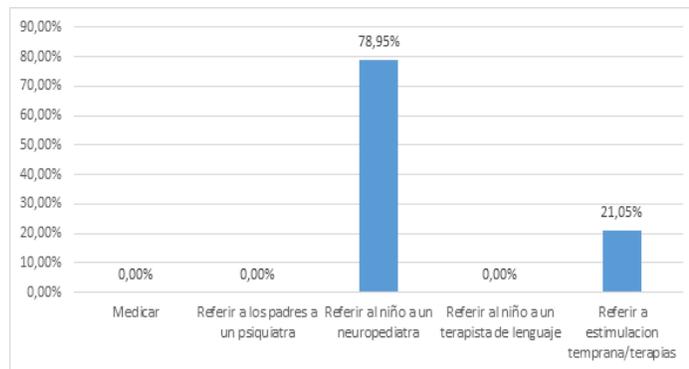
*Si se sospecha la existencia en el niño de un TEA. Una de las acciones del pediatra debe ser:*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Medicar	0	0,00%
Referir a los padres a un psiquiatra	0	0,00%
Referir al niño a un neuropediatra	30	78,95%
Referir al niño a un terapeuta de lenguaje	0	0,00%
Referir a estimulación temprana/terapias	8	21,05%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

### Gráfico 23.

*Si se sospecha la existencia en el niño de un TEA. Una de las acciones del pediatra debe ser:*



*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

Sin embargo y, en contraposición a la tabla 22, ésta tabla 23 indica que, el 78,95% (30) de los médicos del servicio de pediatría, prefieren referir al Neuropediatra, ante la sospecha temprana de riesgo de Trastorno del Espectro del Autismo, mientras con el 21,05% (8) referir a estimulación temprana/terapias.

Los resultados de Ojeda (2020), se encuentran en consonancia con nuestros resultados, aunque de una manera más marcada ya que, el 100% de los pediatras considera referir al niño al neuropediatra.

No hay dudas en éste particular en cuanto a lo que tiene que

realizar el médico pediatra, ante la sospecha temprana del diagnóstico de autismo, la referencia al servicio de Neuropediatría, sin embargo, es pertinente conocer las otras alternativas al Neuropediatra, debido a que, dependiendo de las circunstancias que rodean al paciente, puede ser referido a Psicología, foniatría, terapia ocupacional, etc., tomando en consideración las manifestaciones clínicas (comorbilidades) que presente el paciente en cuestión, siempre y cuando tenga entrenamiento en autismo.

**Tabla 24.**

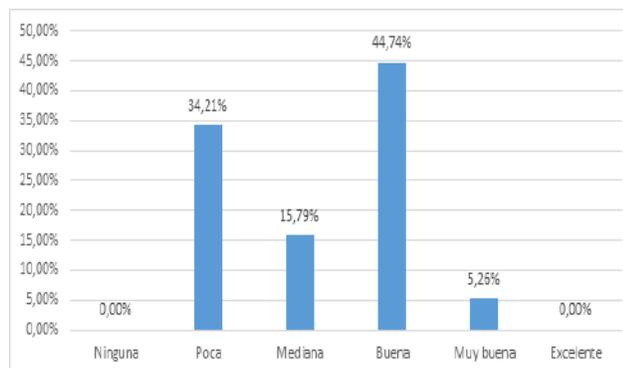
*Considera usted que cuenta con el entrenamiento adecuado para detectar de manera temprana la presencia del trastorno del espectro autista en alguno de sus pacientes.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0,00%
Poca	13	34,21%
Mediana	6	15,79%
Buena	17	44,74%
Muy buena	2	5,26%
Excelente	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

**Gráfico 24.**

*Considera usted que cuenta con el entrenamiento adecuado para detectar de manera temprana la presencia del trastorno del espectro autista en alguno de sus pacientes.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Así mismo, la tabla 24 menciona que, un 44,74% (17) la califica como bueno, el entrenamiento de los médicos del servicio de pediatría, para detectar de manera temprana el riesgo de en la presencia de indicadores del Trastorno del Espectro Autista, luego, cuentan con poco entrenamiento para en alguno de sus pacientes, 34,21% (13) mediana 15,79% (6) y 5,26% (2) muy buena.

Estos resultados se compaginan con los de Polanco (2017) ya que, el 33,33% manifiesta como mediano el manejo de criterios o entrenamiento para la detección precoz de TEA mientras que el 26,66% presentan buenos y pocos conocimientos de los criterios o entrenamiento, además, el 6,66% manifiesta presentar excelente y muy buen entrenamiento adecuado para la detección oportuna del TEA.

En consonancia con los resultados anteriores, es notoria la falta de entrenamiento de los médicos pediatras, no solo del servicio de pediatría, sino en general, en la detección oportuna de riesgo de TEA, es por y para ello éste trabajo de grado, que va en función de capacitar a los mismos para el reconocimiento temprano y actuar adecuadamente en función del mismo, siendo un logro precisamente, después de impartir el taller de capacitación, los médicos participantes manifiestan ahora, al menos la mitad de los mismos, tener buen o muy buen, el entrenamiento para la detección oportuna de los marcadores de riesgo para autismo.

#### **Tabla 25.**

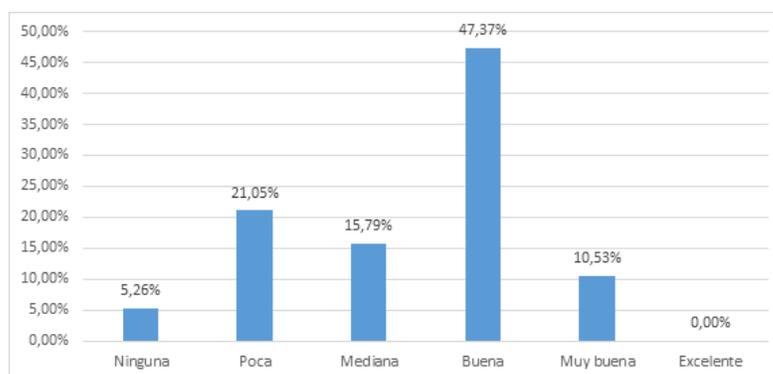
*Maneja usted criterios que conllevan a la detección temprana del trastorno del espectro autista en niños.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	5,26%
Poca	8	21,05%
Mediana	6	15,79%
Buena	18	47,37%
Muy buena	4	10,53%
Excelente	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

### Gráfico 25.

*Maneja usted criterios que conllevan a la detección temprana del trastorno del espectro autista en niños.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

En el mismo orden de ideas, la tabla 25 hace mención a que, el 47,37%(18) es buena, refieren poco manejo con 21,05%(8) respectivamente, de los criterios que conllevan a la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños, el 15,79% (6) medianamente maneja los criterios que conlleva la detección temprana de TEA, el 10,53% (4) tienen muy buen manejo de los criterios y un 5,26% (2) no tienen ningún manejo.

Estos resultados no se compaginan con los de Polanco (2017) ya que, el 33,33% manifiesta bueno el manejo de criterios o entrenamiento para la detección precoz de TEA mientras

que el 26,66% presentan medianos conocimientos de los criterios o entrenamiento, además el 20% tiene poco adiestramiento para el diagnóstico temprano de TEA y el 6,66% manifiesta presentar excelente, muy buena o ningún entrenamiento adecuado para la detección oportuna del TEA.

De la misma forma que, los médicos del servicio de pediatría adolecen de entrenamiento para la detección precoz de riesgo de autismo, además de desconocimiento de los instrumentos utilizados para dicho cribado, también es conocido que no cuentan con las herramientas necesarias para identificar los criterios y/o características relevantes para la detección temprana de autismo, ahora, a partir de la disertación del taller de capacitación, en términos porcentuales, el aumento de los médicos participantes, que garantizan conocer algún instrumento de cribado y al mismo tiempo, presentar entrenamiento y/o herramientas necesarias para la identificación de los indicadores precoces de riesgo de autismo.

**Tabla 26.**

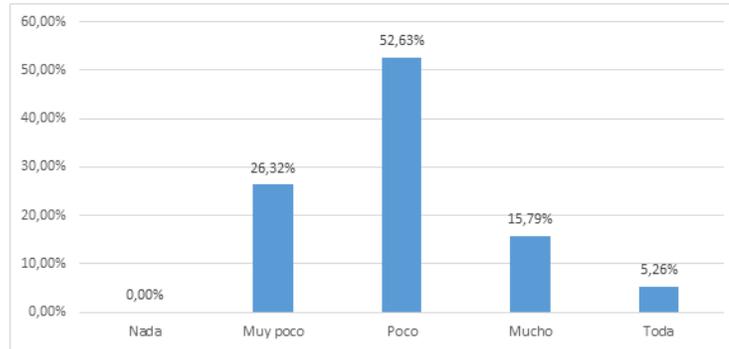
Conoce en su área de acción como médico, redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del trastorno del espectro autista.

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nada	0	0,00%
Muy poco	10	26,32%
Poco	20	52,63%
Mucho	6	15,79%
Toda	2	5,26%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Oswaldo Castro (2023)*

### Gráfico 26.

*Conoce en su área de acción como médico, redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

La tabla 26 revela que, el 52,63%(20) de los médicos del servicio de pediatría, tienen poco conocimiento acerca de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del Trastorno del Espectro Autista, mientras que, el 26,32% (10) de los encuestados, presenta muy poco conocimiento al respecto, mientras que con el 15,79% (6) no mucho conocen redes o instituciones de apoyo profesional para realizar el diagnóstico de TEA, y con un 5,26% tienen toda la información

En esta oportunidad, los resultados tampoco coinciden con Polanco (2017), debido a que, el 40% de sus resultados indican que no tienen ningún conocimiento de redes de apoyo de atención al TEA, además con el 20% lo conocen poco, mucho o totalmente.

Nuestros resultados revelan también que, el médico del servicio de pediatría, no se encuentra familiarizado con las redes de apoyo con las que cuenta el paciente ante la sospecha temprana de riesgo de autismo, tanto en el ámbito público como privado, de tal manera que, ésta es otra de las consideraciones a intervenir a partir

del trabajo de grado y de ésta forma, fortalecer mancomunadamente el trabajo en equipo en torno al autismo.

**Tabla 27.**

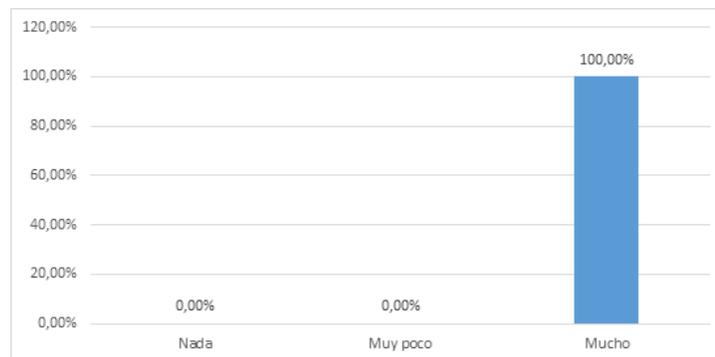
*Cree usted importante, su participación en un programa de capacitación para el diagnóstico temprano del trastorno del espectro autista.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0,00%
Muy poco	0	0,00%
Mucho	38	100,00%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 27.**

*Cree usted importante, su participación en un programa de capacitación para el diagnóstico temprano del trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

El 100% (38) de los médicos del servicio de pediatría, plasmado así en la tabla 27, cree es de mucha importancia su participación en

un Programa de capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista

En este sentido las coincidencias con Polanco (2017), son mayores tomando en cuenta que el 80% de sus resultados consideran como muy importante la participación en un taller para el diagnóstico precoz de TEA, por otro lado, el 20% lo creyó muy poco importante.

A estas alturas de nuestros resultados, los médicos del servicio de pediatría están conscientes de la importancia de su participación activa en programas de capacitación que vayan en función de adquirir conocimientos a profundidad ante la sospecha temprana de riesgo de autismo, dejando constancia de ello, culminado el taller.

**Tabla 28.**

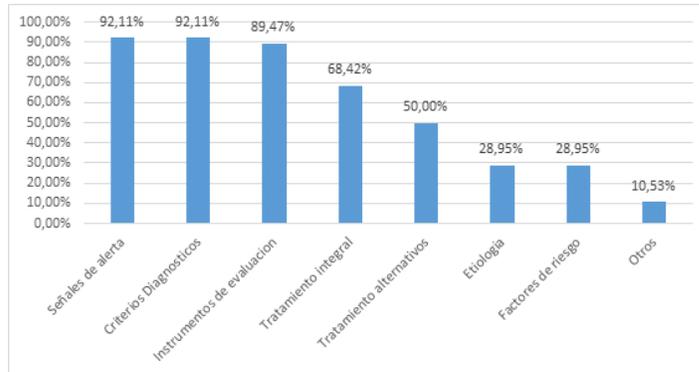
*De los siguientes enunciados, seleccione el y/o los temas que consideraría relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al trastorno del espectro autista.*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Señales de alerta	35	92,11%
Criterios Diagnósticos	35	92,11%
Instrumentos de evaluación	34	89,47%
Tratamiento integral	26	68,42%
Tratamiento alternativos	19	50,00%
Etiología	11	28,95%
Factores de riesgo	11	28,95%
Otros	4	10,53%

Fuente: Oswaldo Castro (2023)

**Gráfico 28.**

*De los siguientes enunciados, seleccione el y/o los temas que consideraría relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al trastorno del espectro autista.*



Fuente: Oswaldo Castro (2023)

Finalmente, la tabla 28 describe que, de los médicos del servicio de pediatría, el 92,11% (35) considera importante que, los “criterios diagnósticos” y “las señales de alerta” son relevantes a desarrollar, en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, “instrumentos de evaluación” con el 89,47% (34) y, en tercer lugar, con un 68,42% (26) “tratamiento alternativo, con el 50% (19) “etiología y factores de riesgo” con el 28,95% (11), y con un 10,53% (4) otros”.

Algunos de estos resultados coinciden con los destacados por Polanco (2017), tomando en cuenta que los “criterios diagnósticos” reportaron el 100%, “factores de riesgo” con el 86,66%, “señales de alerta” con el 80%, “instrumento de evaluación” con el 66,66% y el “tratamiento integral” con el 53,335, sin embargo, no fueron coincidentes en cuanto la “etiología” ya que los resultados de Polanco arrojaron el 100% mientras que en los nuestros arrojó el 47.5%.

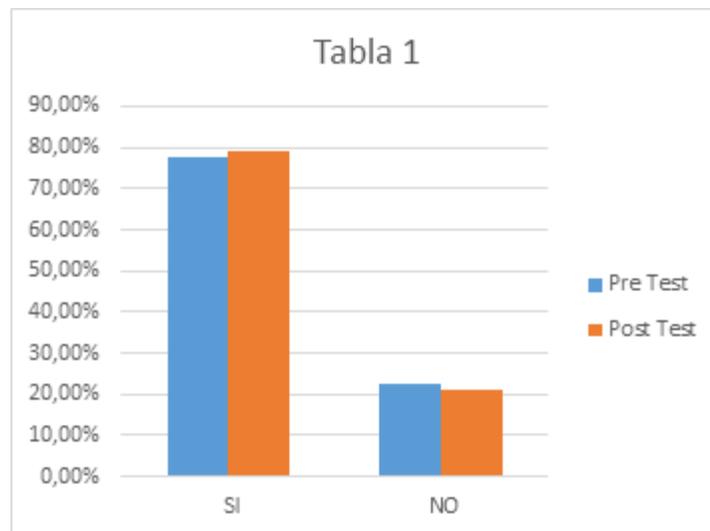
Para finalizar, nuestros resultados plantean que, es un requerimiento fundamental de parte de los médicos del servicio de pediatría, el que se efectúen programas de capacitación dirigidos al conocimiento de los criterios diagnósticos, así como también las señales de alerta temprana para el diagnóstico de autismo, inclusive

no menos importante el profundizar en los instrumentos de evaluación para dichas señales de alerta temprana, reconocido aún más, con el taller de capacitación.

### Gráficos Comparativos de los cuestionarios del Pre Test y Post Test

Gráfico 1.

*Formación académica como médico Pediatra en relación al diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*



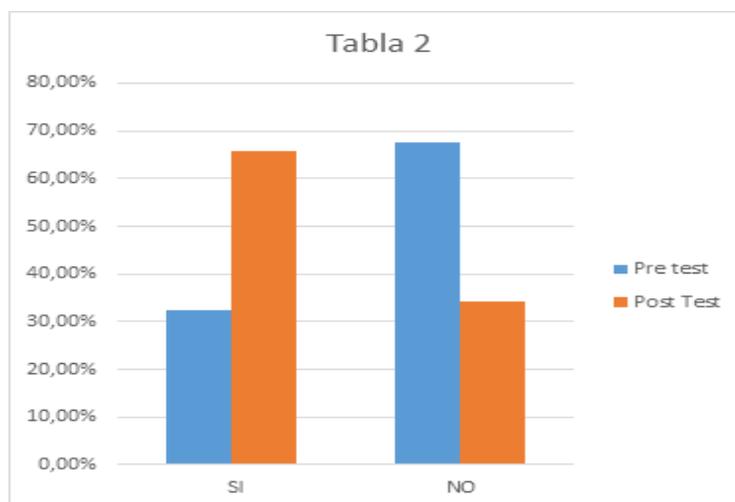
En este primer análisis comparativo, se pone de manifiesto un discreto incremento de los resultados de un 77.5% de los médicos del servicio de pediatría, habían recibido formación en relación al Trastorno del espectro del autismo, en algún momento dentro del pensum académico del postgrado de puericultura y pediatría, mientras que, al finalizar el taller de capacitación, el 78.95% de los participantes, contando éste, como parte inherente de su formación, manifestaron haber obtenido en algún momento información de

interés con respecto a la detección temprana de riesgo de autismo.

La interpretación que podría darle es que, a pesar de que el Autismo no es de aparición y conocimiento reciente, las distintas mallas curriculares de cada una de las carreras universitarias impartidas en las instituciones universitarias del país, tanto públicas como privadas, aún no incluyen al TEA dentro del pensum de estudio, solo a nivel de diplomados, cursos, talleres, especializaciones, etc., de tal manera que, nos corresponde a nosotros y precisamente con trabajos de investigación como el que nos compete, dar a conocer ampliamente todo lo relacionado con dicha entidad nosológica. Además, en la mayoría de las oportunidades, por cuenta propia, se llevan a cabo, entrenamiento y estudios para adquirir conocimiento al respecto.

### Gráfico 2.

*Participación del médico Pediatra en eventos de formación permanente en relación al Trastorno del Espectro Autista en los últimos 5 años.*



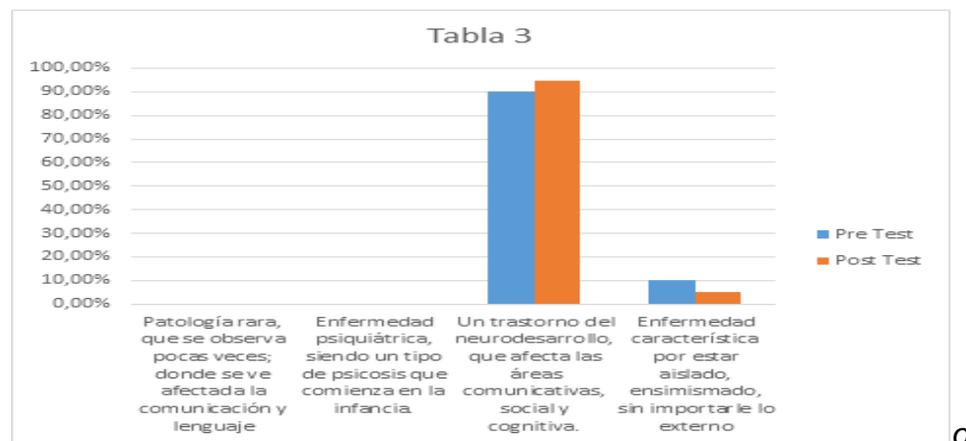
En este segundo análisis, encontramos que, solo el 32.5% de los médicos del servicio de pediatría, habían participado en eventos de

actualización con respecto al Trastorno del Espectro del Autismo en los últimos 5 años, por otro lado, concluido el taller de capacitación, el resultado se incrementó notablemente al 65.79%, lo cual es indicativo, de la necesidad de continuar en constante actualizando a través de jornadas como la realizada.

La interpretación en este caso se debe probablemente a que, se han presentado en los últimos años, a pesar de la avidez de adquirir conocimiento y entrenamiento por parte de la colectividad médica en especial en cuanto a la detección temprana de riesgo de autismo, situaciones extra académicas como por ejemplo situación pandemia, lo cual no ha permitido la realización de cursos, actividades, jornadas, congresos, etc., en función de actualizar los conocimientos en cuanto al TEA, además, en el estado, poco se llevan a cabo éste tipo de actividades, de tal manera que, corresponde trasladarse hacia otras latitudes y/o regiones, lo cual, no siempre es sencillo, solo ha quedado la alternativa de hacerlo a motus propio a través de información ofrecida en páginas calificadas de internet.

### Gráfico 3

#### Definición del Trastorn



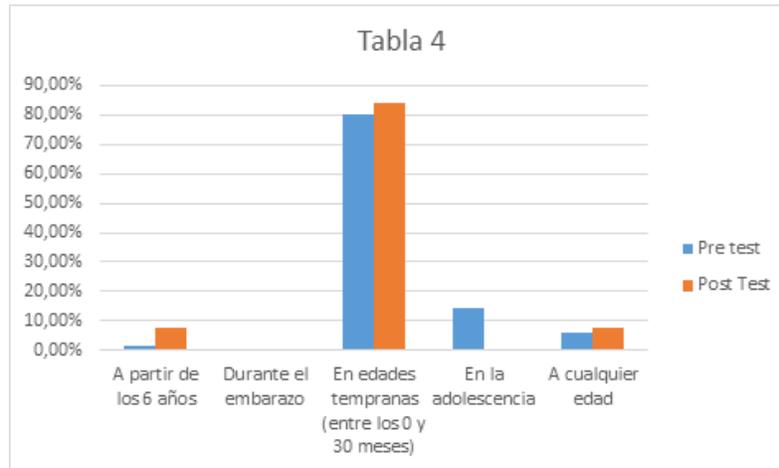
#### del Espectro del autismo

Por otro lado, el gráfico comparativo 3 hace referencia a que el 90% de los médicos del servicio de pediatría, han tenido claro el concepto de lo que es, o significa el Trastorno del Espectro del Autismo, dado por un trastorno del neurodesarrollo, afectando las áreas comunicativa, cognitiva y social, mientras que, posterior al taller de capacitación, aumentó a 94.74%, consolidando la claridad de los médicos participantes en cuanto a la definición del trastorno del espectro del autismo.

La definición del autismo es universal, ya que ha sido sustancialmente estudiado tanto por el DSM fundamentalmente el V (última edición), así como por el CIE, en éste caso, el más reciente, edición 11, de tal manera que, no solo en el ámbito referido a salud, sino en general, se conoce como un trastorno neurobiológico, de allí que, la interpretación de dichos resultados se encuentra dado por un conocimiento a profundidad del mismo.

#### Gráfico 4

*Etapa de manifestación de las primeras características del Trastorno del Espectro Autista*

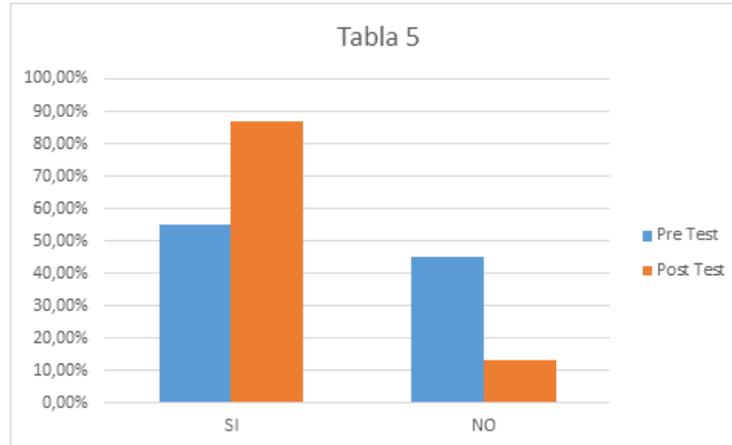


El gráfico 4 nos habla de forma importante que, el 80% de los médicos del servicio de Pediatría, refirieron que las primeras manifestaciones del Trastorno del Espectro del Autismo, se presentan tempranamente, entre los 6 y 30 meses de vida, porcentaje que se elevó a un 84.21% de los médicos participantes, finalizado el taller de capacitación.

La interpretación de nuestros resultados es que, la mayoría de los médicos del servicio de pediatría, tienen claro que, para la detección precoz de riesgo del autismo, se debe realizar la evaluación y aplicación de los métodos específicos a edades tempranas de los niños, desde los 6 meses hasta los 36 meses de vida, de presentar los niños, indicadores en estas etapas.

## Gráfico 5

*Entre los 6 y 30 meses, edad ideal para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista.*

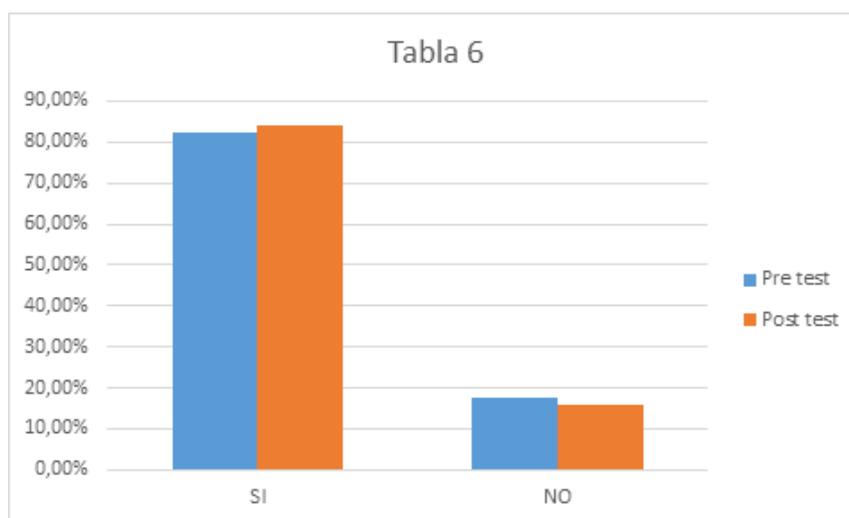


El gráfico 5 nos revela que, el 55% de los médicos del servicio de Pediatría, consideraba previo a la realización del taller, la edad ideal para el diagnóstico oportuno del Trastorno del Espectro del Autismo entre los 6 y 30 meses de edad, sin embargo, luego del mismo, el 86.84% de los médicos del servicio de Pediatría, ahora sí considera adecuada la edad ideal para el diagnóstico oportuno del Trastorno del Espectro del Autismo entre los 6 y 30 meses de edad.

La interpretación en este caso debe ser cuidadosa para no confundirla con los resultados del gráfico 4, en el sentido de que, para la detección temprana de riesgo del autismo, la edad adecuada es la referida, entre 6 meses y los 30 meses de edad, sin embargo, para el diagnóstico definitivo, una mayoría importante de los médicos del servicio de pediatría, tienen la percepción de que éste, se debe hacer igualmente a estas edades. Luego del taller de capacitación, los médicos participantes lograron internalizar que, tanto la detección temprana del riesgo de autismo, como el diagnóstico definitivo, pueden realizarse a edades tempranas como las descritas en el enunciado.

### Gráfico 6

*Recibimiento en la consulta pediátrica tanto pública como privada de niños y/o niñas con Trastorno del Espectro Autista.*



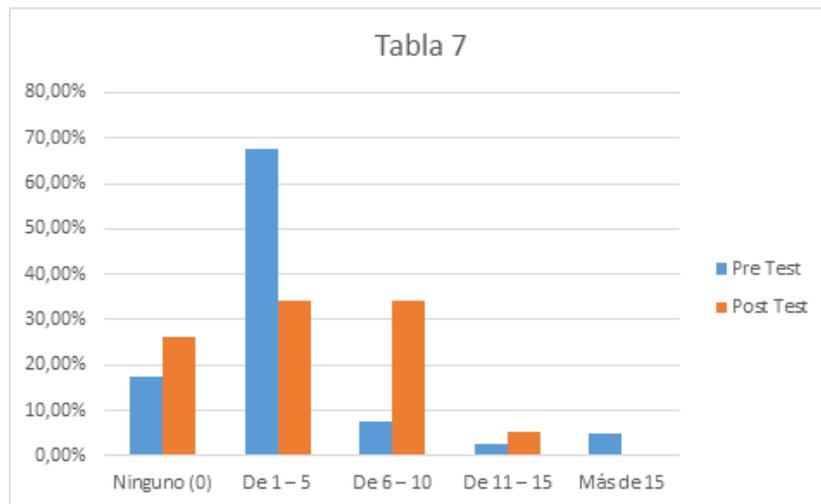
A pesar de lo revelado hasta ahora, el gráfico 6 el 82.5% de los médicos del servicio de Pediatría, comentaron que, atendieron a pacientes con Trastornos del Espectro del Autismo tanto en instituciones sanitarias públicas, como en la consulta privada, mientras que, el 84.21% de los médicos participantes del taller de capacitación, manifestaron que, atendieron a pacientes con indicadores de riesgo de Trastornos del Espectro del Autismo

Se puede mencionar que, en la interpretación de los resultados del postest aportados, refiere que, el reconocimiento de los médicos del servicio de pediatría, de las características o indicadores de riesgo de autismo a edades tempranas. Aunque no fue tan marcado el incremento, tiene claro los rasgos que pueden hacer sospechar el riesgo de autismo, a evaluar durante la consulta

pediátrica.

### Gráfico 7

*Cantidad de pacientes recibidos en la consulta pediátrica durante el periodo de octubre de 2022 a junio de 2023, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista*



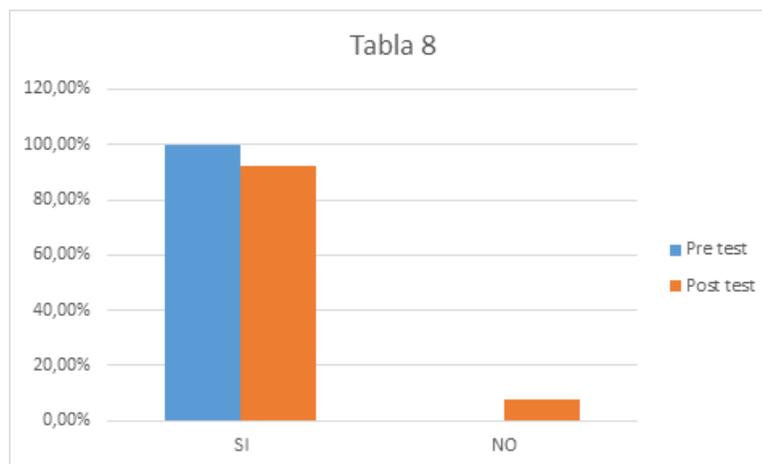
El gráfico 7 indica que, el 67.5% de los médicos del servicio de Pediatría, recibieron entre uno (1) a cinco (5) pacientes con indicadores precoces de riesgo de Trastorno del Espectro del Autismo entre octubre de 2022 a junio de 2023, en contraposición, concluido el taller de capacitación, el 34.21% de los médicos participantes, recibieron entre uno (1) a cinco (5) pacientes con factores de riesgo tempranos para el Trastorno del Espectro del Autismo entre octubre de 2022 a junio de 2023, de la misma manera, el 34.21% recibieron de 6 a 10 pacientes.

Se puede inferir que, los médicos del servicio de pediatría, al no recibir importante número de pacientes con autismo, significa que están siendo evaluados por neuropediatras directamente, además,

puede tratarse también a que, dentro del equipo interdisciplinario, no están involucrando a los pediatras, de tal manera que, por esa razón, no están acudiendo un número importante de pacientes a la consulta pediátrica. Otra de las posibilidades ante estos resultados y fundamentalmente, luego del taller de capacitación es que, al reconocer mejor las características tempranas de riesgo del autismo, han evidenciado que los pacientes se encontraban con marcadores de riesgo dentro del espectro y, por tal razón, se incrementó el número de pacientes con diagnóstico de TEA en dichas consultas.

### **Gráfico 8**

*Conocimiento como médico Pediatra de las características principales del niño con trastorno del Espectro Autista.*

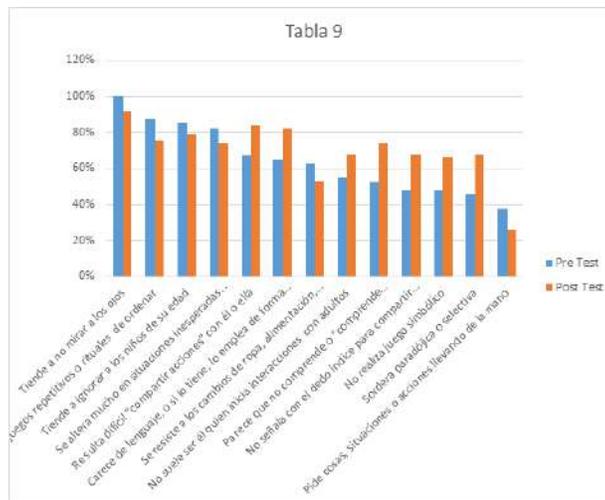


Este gráfico 8 indica que, el 100% de los médicos del servicio de Pediatría, reconocieron las características principales del paciente con riesgo temprano de Trastorno del Espectro del Autismo, sin embargo, al finalizar el taller de capacitación, de los médicos participantes, el 92.11% de los médicos del servicio de Pediatría, confirmó reconocer las características principales del paciente para la detección temprana de riesgo para Trastorno del Espectro del Autismo.

La constante actualización referida al principio por parte de los médicos del servicio de pediatría, aunado a que, el hospital cuenta con el servicio de neuropediatría, el cual imparte docencia y uno de los tópicos principales es con respecto al autismo. Sin embargo, luego del taller de capacitación, una pequeña parte de los participantes, reconoció que no cuenta con el conocimiento de las características principales para la detección temprana del riesgo del TEA y como tal, el porcentaje disminuyó, probablemente debido a que, estaban identificando erróneamente dichos indicadores de riesgo.

### Gráfico 9

*Selección de las conductas o características señaladas a continuación, que pudiese considerar como médico Pediatra como indicadores de Trastorno del Espectro Autista en niños en edades tempranas.*



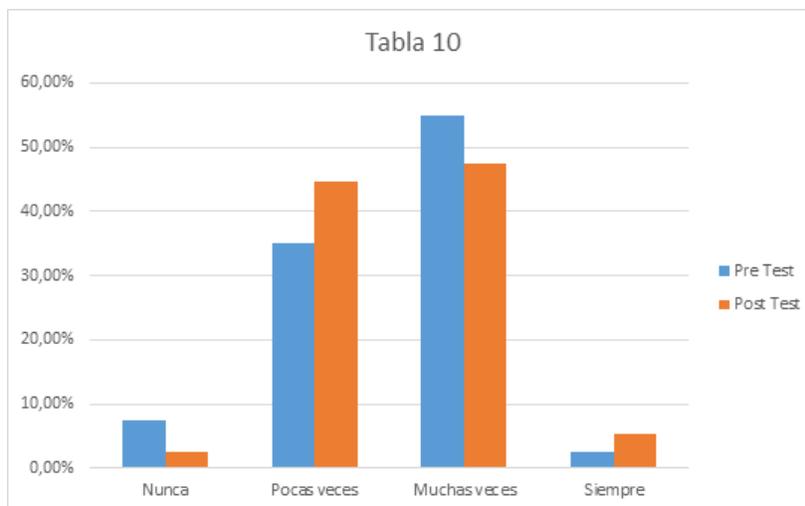
En el gráfico 9 se observa que, las principales conductas que

los médicos del servicio de Pediatría sugirieron como indicadores tempranos de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo se encuentran “no hacer contacto visual” en 100%, así como los “juegos repetitivos o rituales para ordenar” en 87,5%, también “tiende a ignorar a los niños de su edad” 85%, “se altera mucho en situaciones inesperadas” (resistencia a los cambios) 82,5%. Luego, impartido el taller de capacitación, los médicos participantes concluyeron que, dentro de los principales indicadores tempranos de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo se encuentran “no hacer contacto visual” en 92.%, así como resulta difícil “compartir acciones” con él o ella 84%, también “carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional 82% y “tiende a ignorar a los niños de su edad” 79%.

Definitivamente nuestros resultados reportan que, los médicos del servicio de pediatría, reconocen los marcadores de detección temprana de riesgo de autismo en especial los de comunicación social, conductual y afectiva. De hecho, posterior al taller de capacitación, ésta premisa se consolidó.

### **Gráfico 10**

*Las alteraciones del lenguaje como un indicador del Trastorno del Espectro del Autismo.*



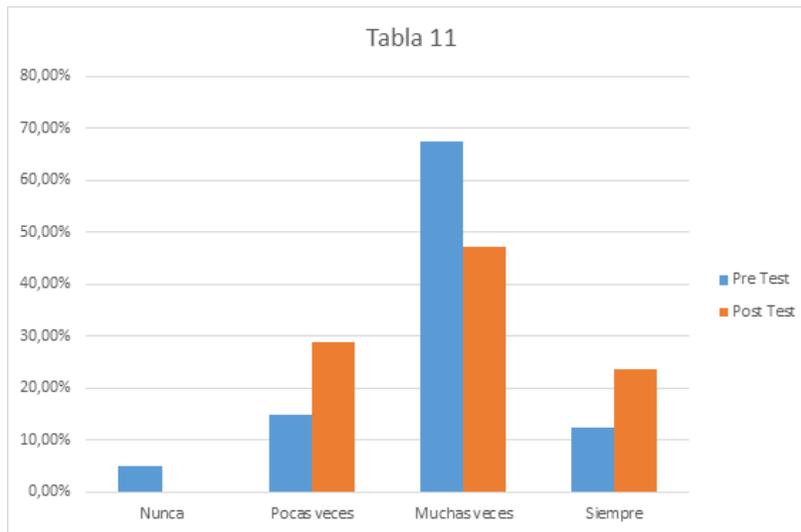
En el gráfico 10 y con relación al gráfico comparativo anterior, el 55% de los médicos del servicio de Pediatría concuerdan que, las alteraciones en el lenguaje corresponden muchas veces a un indicador principal para detectar tempranamente el riesgo para Trastorno del Espectro del Autismo. Por el contrario, dictado el taller de capacitación, el 47.37% de los médicos del servicio de Pediatría concordaron que, las alteraciones en el lenguaje corresponden muchas veces a un indicador principal para diagnosticar tempranamente el Trastorno del Espectro del Autismo, a lo cual, sumado al 5.26% quienes manifestaron que, siempre las alteraciones del lenguaje corresponden a un indicador principal, obteniendo un 52.63%, ligeramente inferior al resultado previo al taller.

Nuestros resultados arrojan que, un poco más de la mitad de los participantes considera las alteraciones del lenguaje como indicadores tempranos de riesgo del autismo, sin embargo, el hecho de que no todos lo manifiesten así, podría interpretarse a que la alteración del lenguaje por sí sola, no es tomada por los médicos que hacen vida en el servicio de pediatría, como indicador temprano de riesgo para detección de autismo, es decir, tiene que encontrarse

acompañada de otros indicadores para así considerarla como tal.

### Gráfico 11

*Las alteraciones en la comunicación, un marcador del Trastorno del Espectro Autismo.*



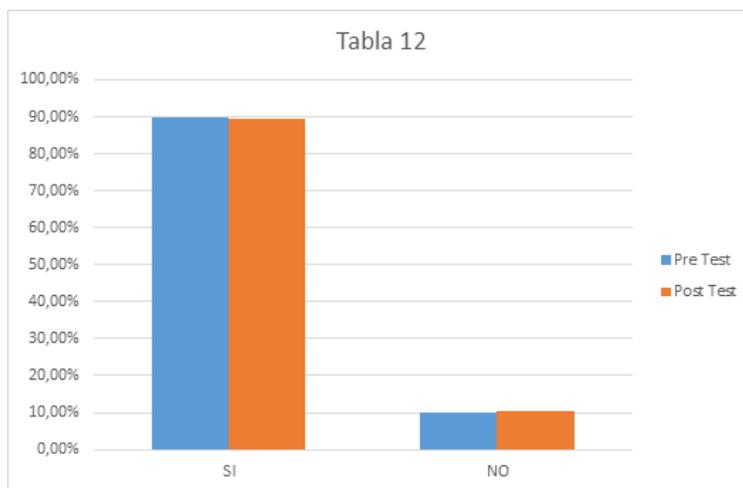
Al igual que en el gráfico 10, éste gráfico 11, afirma que, el 67,5% de los médicos del servicio de pediatría, antes del taller de capacitación, consideraba a las alteraciones en la comunicación, muchas veces como un marcador de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo, en etapas iniciales, mientras que, posterior a la exposición del mismo, confirmó que con el 47,37% de los médicos participantes, muchas veces considera a las alteraciones en la comunicación, como un marcador del Trastorno del Espectro del Autismo, y que, aunado al 23,68%, que esgrime que las alteraciones en la comunicación, siempre corresponden a marcadores precoces de riesgo de autismo, constituyendo un 71,05% del total, traduciéndose en el aumento del resultado previo.

El mismo planteamiento que el gráfico anterior con respecto

a las alteraciones del lenguaje, nuestros resultados sostienen que, la mayoría de los médicos del servicio de pediatría, consideran a las alteraciones en la comunicación, como indicador de detección temprana de riesgo de autismo, sin embargo, al no referirse en mayor porcentaje, incluso, luego del taller de capacitación, esto viene dado a que, por sí sola, la alteración en la comunicación, como indicador de detección temprana de riesgo de autismo, según los médicos, no es indicativo absoluto para el diagnóstico definitivo de autismo, es decir, tiene que encontrarse acompañado de otros indicadores para así considerarlo como tal.

### Gráfico 12

*La falta de sonrisa social antes del 1er año, un indicador de T.E.A.*



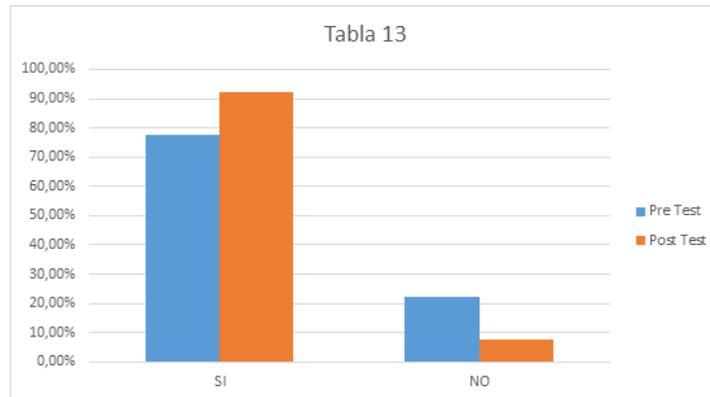
Por su parte el gráfico 12 destaca que, el 90% de los médicos del servicio de pediatría, aseguraron que, la ausencia de sonrisa social, es indicador ineludible en la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo. Este resultado se mantuvo

prácticamente invariable a pesar de la disertación del taller de capacitación, ya que, el 89,47% de los médicos que participaron, manifestaron que, la ausencia de sonrisa social, es indicador ineludible de riesgo en el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro del Autismo.

Los médicos del servicio de pediatría tienen claro que, de acuerdo a nuestros resultados, la ausencia de sonrisa social, es un indicador ineludible para la detección temprana de riesgo de autismo, lo que se mantuvo incólume luego del taller de capacitación.

### Gráfico 13

*La falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año, como un indicador de T.E.A.*



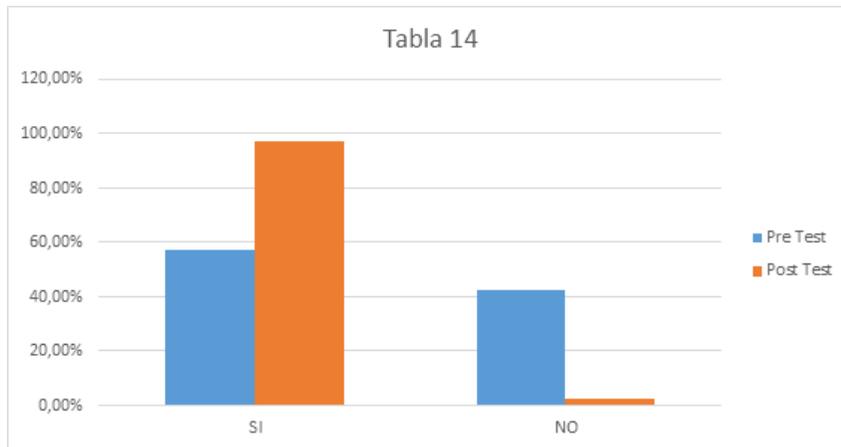
En el mismo orden de ideas, el gráfico 13 menciona que, el 77,5% de los médicos pertenecientes al servicio de pediatría, concluyeron que, la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año de vida, puede ser un indicador temprano de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo, lo cual se consolidó inmediatamente finalizado el taller de capacitación, donde el 93,11% de los médicos participantes, indicaron que, la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año de vida, es un indicador

precoz de riesgo para la detección del Trastorno del Espectro del Autismo.

La falta de respuesta ante el llamado por su nombre de los niños en edades tempranas, es considerado por los médicos del servicio de pediatría en nuestros resultados, como un indicador importante en la detección temprana de riesgo de autismo, ya que, lo interpretan como una alteración directa dentro de la esfera de la comunicación, situación consolidada al finalizar el taller de capacitación.

### Gráfico 14

*La pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas, es un indicador de T.E.A.*



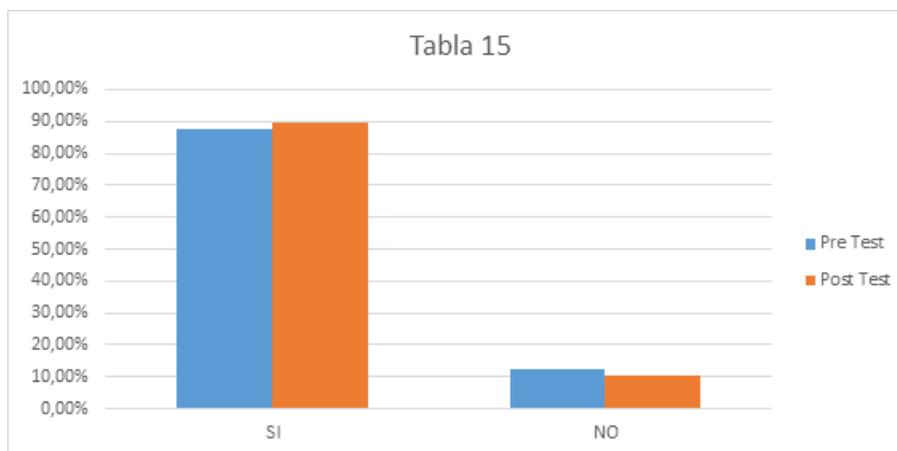
En esta etapa de los análisis de los resultados, el gráfico 14 evidencia que, el 57.5% de los médicos del servicio de pediatría, asumieron que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de riesgo de Trastorno del Espectro del Autismo, por su parte, al terminar el taller de capacitación, se dejó en evidencia

que, el 97,37% de los médicos participantes, aseguraron que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de riesgo para la detección de Trastorno del Espectro del Autismo.

De acuerdo a nuestros resultados, en principio, una discreta mayoría de los médicos del servicio de pediatría refirieron que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas como indicador precoz de riesgo de autismo, interpretándose este resultado por el hecho de que pudiese también asociarse a otras entidades nosológicas que provoquen alteraciones en las habilidades comunicativas y sociales, sin embargo, una vez ofrecido el taller de capacitación, los médicos participantes reconocieron ésta dificultad como parte importante entre los marcadores de detección temprana de riesgo del autismo, tomando en consideración que los porcentajes se incrementaron sustancialmente.

### **Gráfico 15**

*La escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala a niños en edades tempranas, como indicador de TEA*

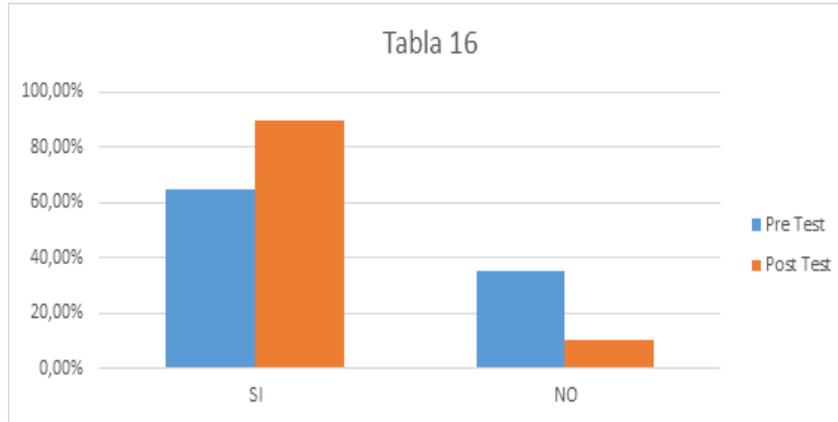


El gráfico 15 comenta que, de los médicos del servicio de pediatría, el 87,5% asume que, la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala, puede ser indicador precoz de riesgo de TEA en niños en edades tempranas, circunstancia que se mantuvo aplicado el taller de capacitación tomando en cuenta que, el 89,47% garantizó que, la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala, puede ser indicador oportuno de riesgo de TEA en niños en edades tempranas.

Sin duda alguna que, nuestros resultados revelan la importancia de la atención como piedra angular dentro de los indicadores en la detección precoz de riesgo de autismo y como tal, los médicos del servicio de pediatría lo tienen claro, y aún más, luego del taller de capacitación, debido a que los números en términos porcentuales se incrementaron.

## Gráfico 16

*La escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) en niños en edades tempranas como indicador de TEA.*



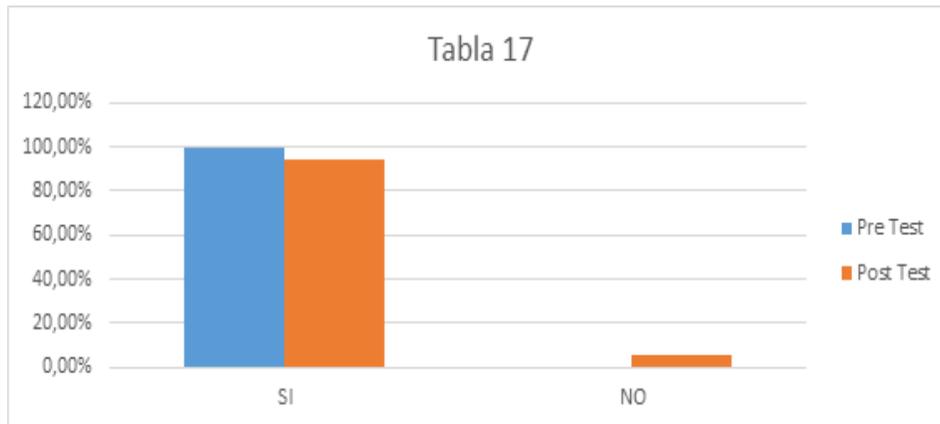
Del mismo modo, el gráfico 16 esgrime que, el 65% de los médicos del servicio de pediatría, estableció que, la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser indicador precoz de riesgo de TEA en niños en edades tempranas. Esta aseveración se solidificó una vez explicado el taller de capacitación ya que, el 87,47% de los médicos participantes, informó que, la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser indicador oportuno de riesgo de TEA en niños en edades tempranas.

En el mismo orden de ideas, los resultados reportados en el trabajo de grado revela que, un importante porcentaje de los médicos del servicio de pediatría y fundamentalmente inmediatamente al concluir el taller de capacitación impartido, se incrementó significativamente, asignándole a la escasa habilidad del niño en edades tempranas para llamar la atención del adulto, como un indicador relevante en la detección temprana de riesgo de autismo, en

especial si los niños no inician alguna interacción con los adultos y, de hacerlo, lo llevan a cabo de manera inadecuada.

### Gráfico 17

*Importancia para el Pediatra de contar con instrumentos validados para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en niños.*



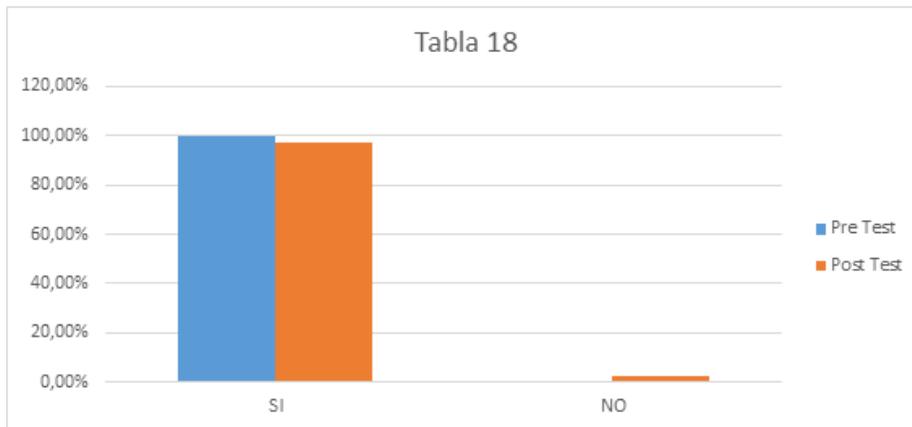
En este gráfico 17, el 100% de los médicos que participaron, consideraron que, para el Pediatra es importante contar con instrumentos validados para la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños. Sin embargo, al llevarse a cabo el taller de capacitación, los resultados disminuyeron levemente al 94,74% de quienes creyeron importante contar con instrumentos validados para la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños,

Nuestros resultados confirman la necesidad imperiosa de hablar el mismo idioma a la hora de la detección temprana de riesgo de autismo de tal manera que, se hace pertinente el contar y aplicar

algún instrumento el cual lo permita de forma oportuna, independientemente de que, concluido el taller de capacitación, los porcentajes disminuyeron discretamente, la gran mayoría de los médicos participantes lo tiene claro. Esta disminución se define por el hecho de que, no se estaban utilizando instrumentos apropiados o en su defecto, se aplicaban de forma inadecuada.

### Gráfico 18

*Necesidad de un Modelo de intervención para el médico Pediatra que conlleve a Producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.*



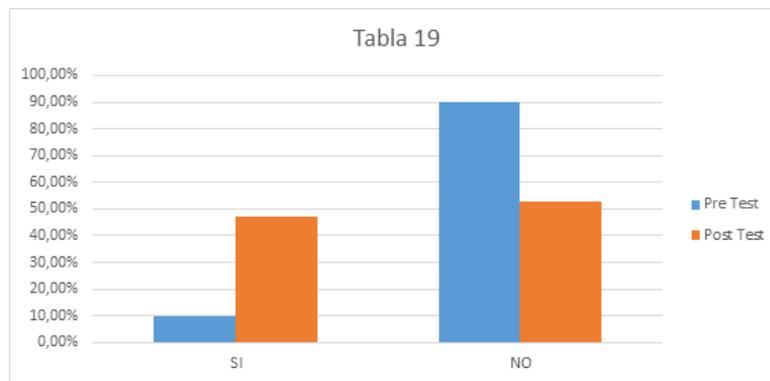
Al igual que en el gráfico 17, en este gráfico que corresponde al número 18, el 100% de los médicos del servicio de pediatría, aseguran que, es necesario que el Pediatra posea un Modelo de intervención que conlleve a producir cambios para mejorar la situación actual en la detección temprana de riesgo del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista. Del mismo modo que en el gráfico precedente, los resultados disminuyeron levemente ya que, el 97,3% de los médicos que asistieron al taller de capacitación, aseguraron que, es necesario que el Pediatra posea un Modelo de intervención que conlleve a producir cambios para mejorar la situación actual en la detección precoz de riesgo del diagnóstico del Trastorno del Espectro

Autista.

Nuestros resultados van de la mano con el sentir de los médicos pediatras en general, en la situación específica de utilizar un modelo de intervención que se ajuste a las necesidades para la detección temprana de riesgo de autismo, que sea accesible, sensible y ajustado a lo requerido. sustentado ampliamente inmediatamente después de culminar el taller de capacitación.

### Gráfico 19

*Empleo del médico pediatra en su práctica diaria de algún instrumento de evaluación validado para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista.*



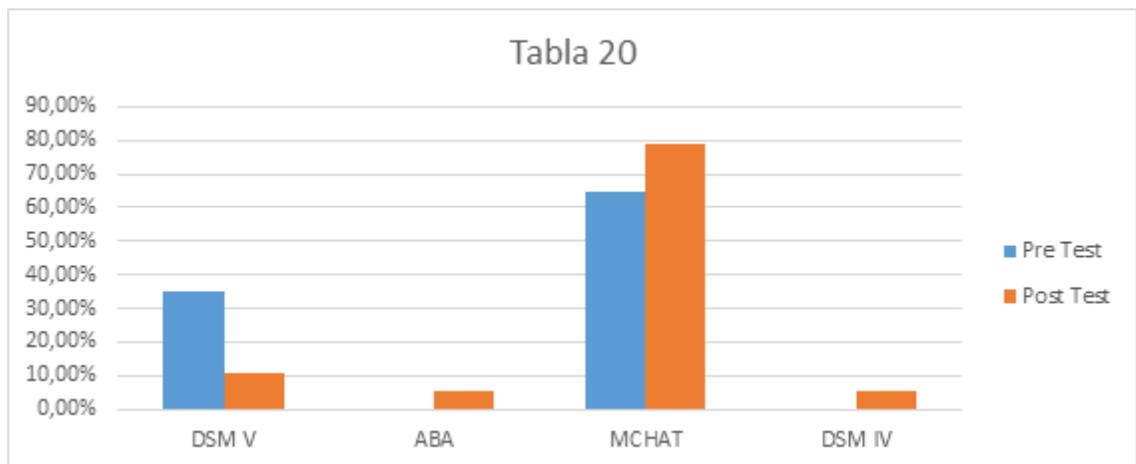
Seguidamente, el gráfico 19 concluyó que, el 90% de los médicos del servicio de pediatría, no emplea en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, mientras que, el 52,63% de los médicos que acudieron al taller de capacitación, emplea en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para la detección oportuna de riesgo del Trastorno del Espectro Autista.

Nuestros resultados confirman la necesidad de entrenamiento en cuanto a la utilización de algún instrumento validado y actualizado

para de esta manera, adquirir y consolidar conocimientos para la detección temprana de riesgo de autismo, de tal forma que, disminuyan los diagnósticos errados de TEA. Los resultados obtenidos luego del taller de capacitación son muy alentadores debido a que, aunque aún, es ligeramente mayor a la mitad de los participantes los cuales tienen entrenamiento, ahora es mayor el número de médicos en el área pediátrica, quienes se encuentran familiarizados con algún instrumento de cribado para la detección temprana de riesgo del autismo.

### Gráfico 20

*Nombre del instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA.*

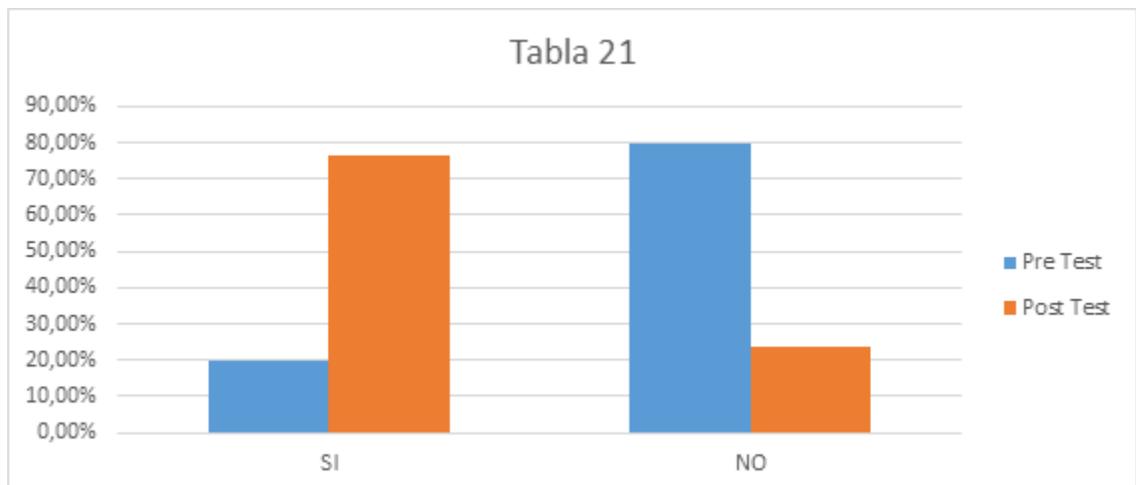


Desde otro punto de vista, el gráfico 20, nos advierte que, el 65% de los médicos del servicio de pediatría, reconoció que, el instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA se llama MCHAT. Una vez ofrecido el taller de capacitación, de los médicos que participaron, el 78,95% afirmó que, el instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el riesgo del TEA es el MCHAT.

La interpretación que podemos dar ante los resultados en éste gráfico es que, no todos los médicos que hacen vida en el servicio de pediatría se encuentran familiarizados con el instrumento de cribado, en este caso el MCHAT, conforme a que pueden confundirse con el DSM V fundamentalmente, aunque se debe tener claro que, éste es para diagnóstico a partir de consideraciones generales, mientras que el MCHAT es para detección temprana de riesgo de autismo. Del mismo modo, los resultados arrojados terminado el taller de capacitación, se incrementó notablemente el reconocimiento de los médicos participantes del instrumento de cribado, lo cual llena de optimismo, para las evaluaciones venideras de los pacientes con indicadores tempranos de riesgo de TEA.

### Gráfico 21

*Conocimiento de los médicos Pediatras en la aplicación del Modified Checklist for Austim in Toddlers (M-CHAT: lista de verificación modificada para Autismo en niños pequeños 6-30 meses).*



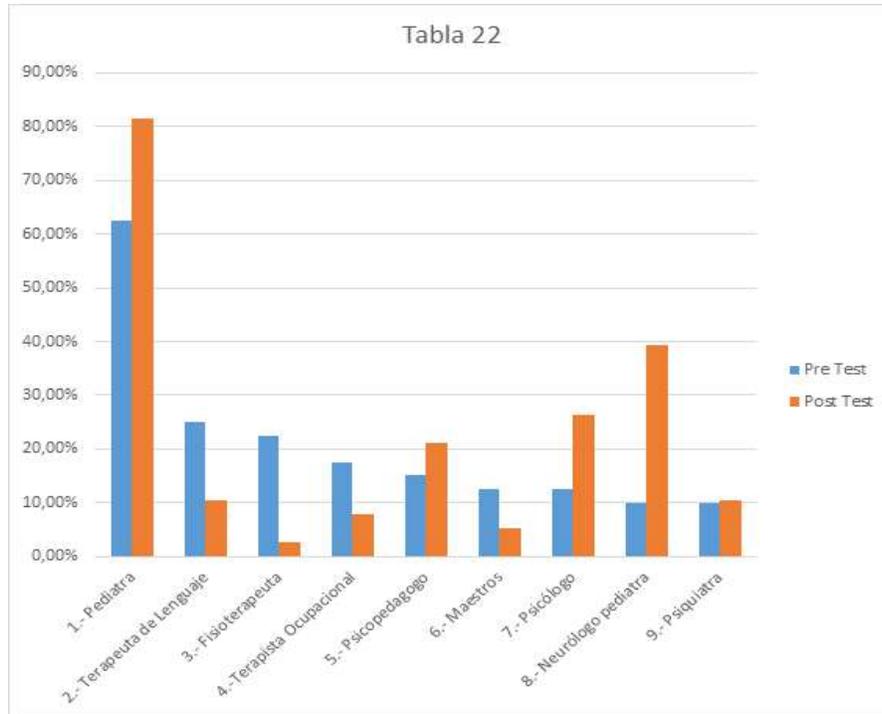
Del mismo modo, el gráfico 21 hace referencia a que, el 80% de los médicos del servicio de pediatría, desconocen la aplicación y

utilidad del MCHAT, para la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo y, de la misma manera que en el gráfico 20, luego de impartido el taller de capacitación, el 76,32% de los médicos que acudieron, manifestó conocer la aplicación y utilidad del MCHAT, es decir, disminuyó tal apreciación discretamente.

Del mismo modo y de la mano de la interpretación del gráfico 20, al no conocer a profundidad el instrumento de cribado MCHAT, sin duda alguna que, no tienen entrenamiento en la aplicación del mismo, es por ello que, uno de los objetivos del TEG lo constituyó, ofrecer estrategias y capacitar en este sentido a los médicos del área pediátrica no solo en Valera, sino donde exista la necesidad y quien lo requiera, lo cual se evidenció y dejó constancia de ello, a partir del taller de capacitación, tomando en cuenta el crecimiento en términos porcentuales en torno al reconocimiento del instrumento M CHAT, como método de cribado para la detección temprana de riesgo de autismo.

### **Gráfico 22**

*Profesionales a quienes los médicos pediatras consideran que representen una mayor responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.*

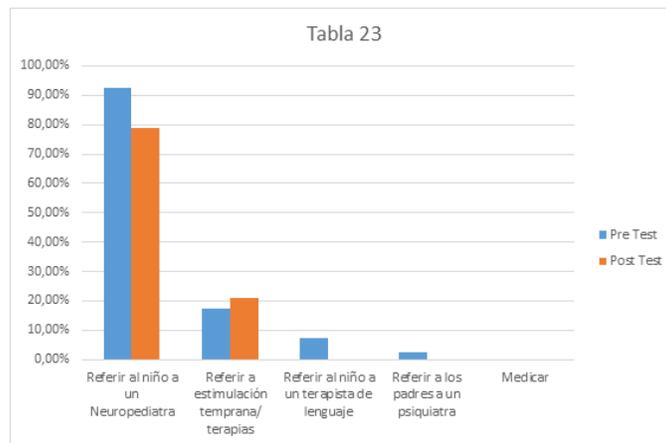


Este gráfico 22 es interesante ya que, destaca que los médicos del servicio de pediatría, consideraron que, en un 62.5%, el pediatra es uno de los más importantes, representando una mayor responsabilidad en la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, con el 25% los terapeutas del lenguaje y, en tercer lugar, los fisioterapeutas, con el 22.5%, luego con 17.5% terapeuta ocupacional, 15% psicopedagogo, 12.5% psicólogos y maestros y 10% neuropediatras y psiquiatras, sin embargo, llama la atención que, una vez culminado el taller de capacitación, estos resultados cambiaron, destacando que los médicos que participaron consideraron que, en un 81,58% el pediatra es uno de los más importantes, representando una mayor responsabilidad en la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, con el 39,47% el neurólogo pediatra y, en tercer lugar, el psicólogo con el 26,32%, luego con 21,05% psicopedagogo, 10,53% terapeutas del lenguaje y psiquiatras, 7,89% terapeuta ocupacional, 5,26% maestros y 2,63% fisioterapeutas.

Uno de los objetivos de nuestro estudio lo constituyó el reconocimiento del médico pediatría como uno de los baluartes y/o artífices en la detección temprana de riesgo de autismo y afortunadamente lo tienen claro en el área de pediatría y la idea es incrementar esta premisa, de tal manera que, es pertinente continuar llevando a cabo estrategias de intervención en éste sentido y de ésta manera, seguido del taller de capacitación, no solo se consolidó dicha aseveración, sino que también, reconocen la valiosa necesidad de evaluación en las primeras de cambio, por parte del Neuropediatra y Psicólogo.

### Gráfico 23

*Acciones del pediatra ante la sospecha de la existencia en el niño del diagnóstico de TEA.*



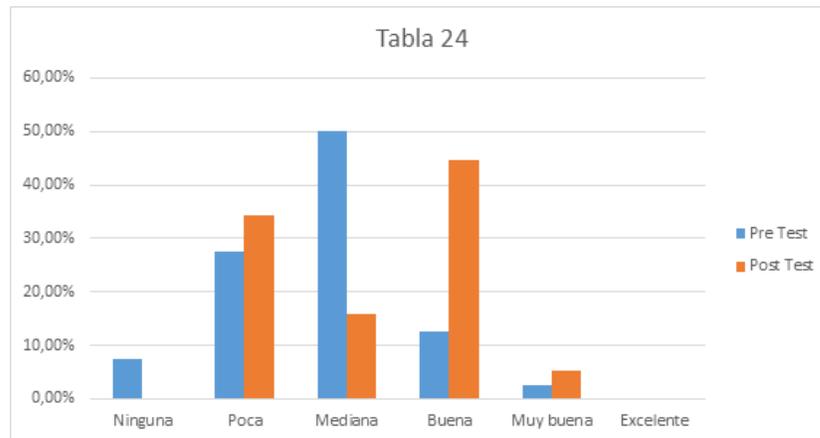
El gráfico 23 indica que, el 92.5% de los médicos del servicio de pediatría, refieren al Neuropediatra, ante la sospecha temprana de riesgo de detección del Trastorno del Espectro del Autismo, aunque después de concluir el taller de capacitación, disminuyó al 78,95% de los médicos participantes que prefirieron referir al Neuropediatra, a los niños, ante la sospecha de detección temprana de riesgo de

## Trastorno del Espectro del Autismo,

No hay dudas en éste particular en cuanto a lo que tiene que realizar el médico pediatra, ante la sospecha temprana del diagnóstico de autismo, la referencia al servicio de Neuropediatría, sin embargo, es pertinente conocer las otras alternativas con respecto a la referencia al Neuropediatra, debido a que, dependiendo de las circunstancias que rodean al paciente, puede ser referido a Psicología, foniatría, terapia ocupacional, etc, tomando en consideración las manifestaciones clínicas (comorbilidades) que presente el paciente en cuestión, siempre y cuando tenga entrenamiento en autismo y sus manifestaciones.

### **Gráfico 24**

*Conocimiento de entrenamiento adecuado del médico Pediatra para detectar de manera temprana la presencia del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes.*



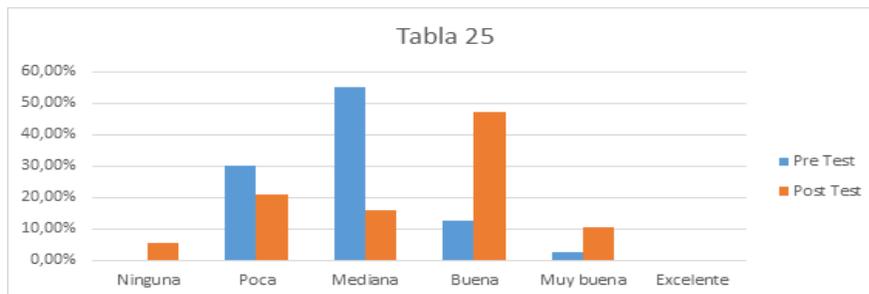
Así mismo, el gráfico 24 menciona que, en conjunto un 77,5%(50% mediana y 27,5% poca), de los médicos del servicio de pediatría, cuentan con mediano o poco entrenamiento para detectar de manera temprana el riesgo de en la presencia de indicadores para la detección precoz de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes. Por otro lado, una vez que finalizó el taller de capacitación, los médicos participantes comunicaron que, un

44,74% califica como bueno, el entrenamiento de los médicos del servicio de pediatría, para detectar de manera temprana el riesgo de en la presencia de indicadores del Trastorno del Espectro Autista y 5,26% muy buena, lo cual suma el 50%.

En consonancia con los resultados anteriores, es notoria la falta de entrenamiento de los médicos pediatras, no solo del servicio de pediatría, sino en general, en la detección oportuna de riesgo de TEA, es por y para ello éste trabajo de grado, que va en función de capacitar a los mismos para el reconocimiento temprano y actuar adecuadamente en función del mismo, siendo un logro precisamente, después de impartir el taller de capacitación, los médicos participantes manifiestan ahora, al menos la mitad de los mismos, tener bueno o muy bueno, el entrenamiento para la detección oportuna de los marcadores de riesgo para autismo.

**Gráfico 25**

*Conocimiento del médico Pediatra de los criterios que conllevan a la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños.*



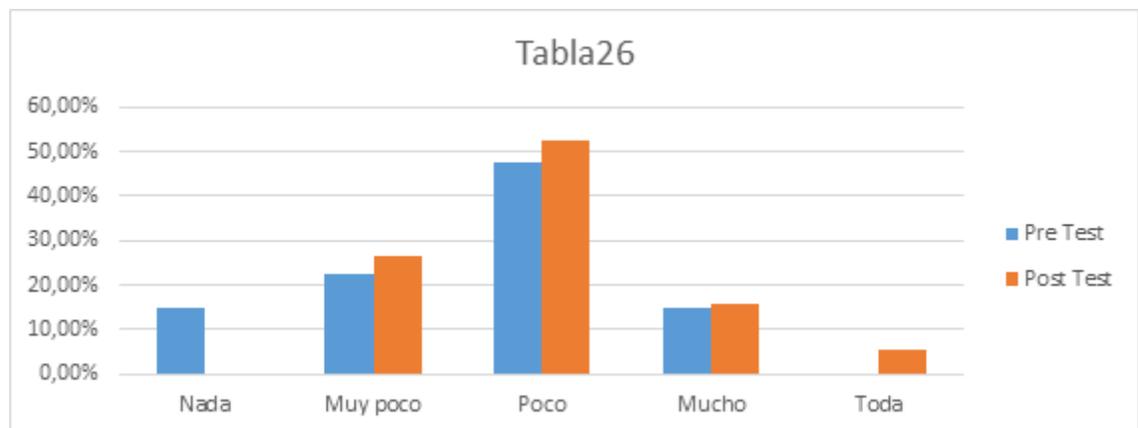
En el mismo orden de ideas, el gráfico 25 hace mención a que, en conjunto el 85% (55% mediana y 30% poca) de los médicos del servicio de pediatría, refirieron mediano o poco manejo respectivamente, de los criterios que conllevan a la

detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños, afortunadamente posterior al taller de capacitación, los médicos participantes indicaron que, el 47,37% es bueno el manejo de los criterios que conllevan a la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños y, el 10,53% tienen muy buen manejo de los criterios, lo que suma un 57.94%.

De la misma forma que, los médicos del servicio de pediatría adolecen de entrenamiento para la detección precoz de riesgo de autismo, además de desconocimiento de los instrumentos utilizados para dicho cribado, también es conocido que no cuentan con las herramientas necesarias para identificar los criterios y/o características relevantes para la detección temprana de riesgo de autismo, ahora, a partir de la disertación del taller de capacitación, en términos porcentuales, se apreció el aumento de los médicos participantes, que garantizan conocer algún instrumento de cribado y al mismo tiempo, presentar entrenamiento y/o herramientas necesarias para la identificación de los indicadores precoces de riesgo de autismo, de tal manera que, no deja dudas la importancia de este tipo de intervenciones para profundizar conocimientos alrededor de los indicadores tempranos de riesgo para autismo.

**Gráfico 26**

*Conocimiento como médico Pediatra en su área de acción, de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del Trastorno del Espectro Autista.*

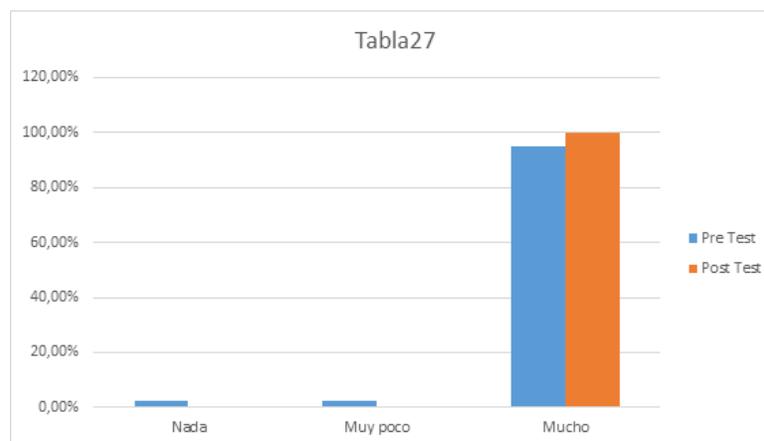


El gráfico 26 revela que, el 47.5% de los médicos del servicio de pediatría, tienen poco conocimiento acerca de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar la detección temprana de riesgo de forma interdisciplinaria del Trastorno del Espectro Autista, y, a pesar de impartido el taller de capacitación, los médicos participantes confirmaron en un 52,63%, tener poco conocimiento acerca de redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar la detección temprana de riesgo de manera interdisciplinaria del Trastorno del Espectro Autista.

Nuestros resultados revelan también que, el médico del servicio de pediatría, no se encuentra familiarizado con las redes de apoyo con las que cuenta (y de hecho, si es que existen) el paciente ante la sospecha temprana de riesgo de autismo, tanto en el ámbito público como privado, de tal manera que, ésta es otra de las consideraciones a intervenir no solo con la disertación del taller de capacitación del trabajo de grado sino desde éste en lo sucesivo y de ésta forma, fortalecer mancomunadamente el trabajo en equipo en torno al autismo.

### **Gráfico 27**

*Importancia de la participación del médico Pediatra en un Programa de capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.*



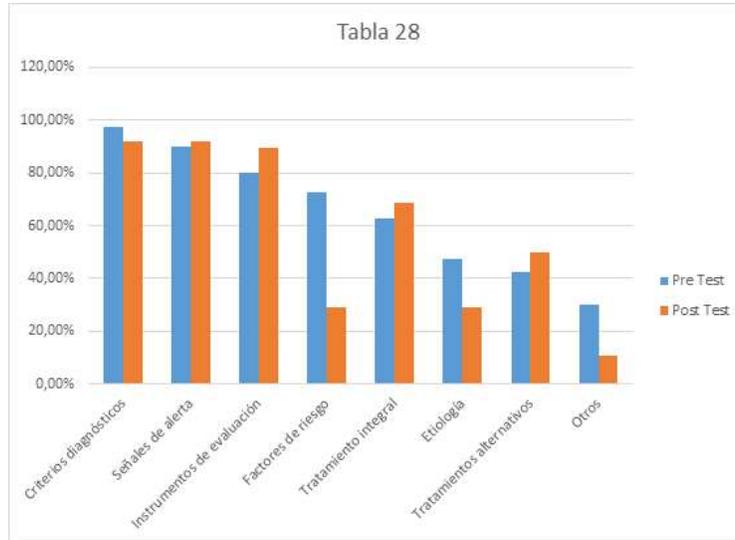
El 95% de los médicos del servicio de pediatría, plasmado así en

el gráfico 27, considera importante su participación en un Programa de capacitación para la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, esta aseveración se registró previa a la realización del taller de capacitación, tomando en cuenta que, luego de ejecutado, el 100% de los médicos participantes está convencido que es de mucha importancia su participación en un Programa de capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.

A estas alturas de nuestros resultados, los médicos del servicio de pediatría están conscientes de la importancia de su participación activa en programas de capacitación, formación y/o intervención, que vayan en función de adquirir conocimientos a profundidad ante la sospecha temprana de riesgo de autismo, dejando constancia de ello, culminado el taller.

### **Gráfico 28**

*Selección por parte del médico Pediatra del y/o los temas considerados relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista.*



Finalmente, el gráfico 28 describe que, de los médicos del servicio de pediatría, el 97,5% considera importante que, los “criterios diagnósticos” son relevantes a desarrollar, en un programa de capacitación con relación a la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, “las señales de alerta” con el 90% y, en tercer lugar, con un 80% “los instrumentos de evaluación, con el 72,5% “factores de riesgo” y con el 62,5% ”tratamiento integral”, situación que se mantuvo relativamente con la misma tendencia culminado el taller de capacitación, donde se describe que, de los médicos participantes, el 92,11% consideró importante que, los “criterios diagnósticos” y “las señales de alerta” son relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista, en segundo lugar, “instrumentos de evaluación” con el 89,47% y, en tercer lugar, con un 68,42% “tratamiento alternativo, con el 50% “etiología y factores de riesgo” con el 28,95%, y con un 10,53% otros”.

Para finalizar, nuestros resultados plantean que, es un requerimiento fundamental de parte de los médicos del servicio de pediatría, el que se efectúen programas de capacitación, formación o intervención, dirigidos hacia el conocimiento de los criterios

diagnósticos, así como también las señales de alerta temprana de riesgo para la detección de autismo, inclusive no menos importante el profundizar en los instrumentos de evaluación para dichas señales de alerta temprana, reconocido aún más, con el taller de capacitación.

## **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

Tomando en consideración los objetivos de la investigación y el análisis de los resultados, se concluye lo siguiente:

En correspondencia y, de acuerdo con los objetivos propuestos en este programa de formación que, inicialmente, exterioriza un moderado conocimiento y desinformación concerniente a la condición del TEA, se planteó como primer objetivo identificar los conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría acerca del TEA, a partir del cual, se reveló lo siguiente: Los conocimientos básicos que debe poseer para el abordaje de las personas con TEA no están consolidados, lo que demuestra la necesidad de una capacitación que repercuta de manera positiva en la práctica médica. En suma, al

identificar la escasa preparación profesional con respecto a la detección temprana de riesgo de autismo, se sientan las bases que viabilizan el diseño y ejecución del programa formativo.

El segundo objetivo planteado concerniente al diseño de un programa de capacitación sobre los aspectos fundamentales del TEA, en el cual se tuvo como base los datos recabados en la fase de identificación de conocimientos ante lo cual internaliza de manera concluyente que: Es determinante para el diseño de estrategias metodológicas conocer de manera directa las inquietudes, fortalezas y debilidades en el manejo de las herramientas para consolidar de manera coherente un proyecto de aprendizaje continuo con relación a la detección temprana de riesgo de autismo.

Por lo tanto, la fase exploratoria deja como resultado un hilo conductor que conlleva a ser capaces de descubrir las características de los niños en edades tempranas con TEA, a denotar alteraciones de tipo comunicativo, social, afectivo, sensorial, conductual, etc. De manera tal que, para el diseño del programa formativo se llevaron a cabo estrategias específicas y la implementación de instrumentos de validación para la detección temprana de riesgo de autismo, así como el reconocimiento del pediatra como parte fundamental en el diagnóstico y seguimiento por parte de los niños en edades tempranas con autismo, además de, la existencia de las redes de apoyo con las que cuentan en la región, los niños con riesgo de detección temprana de autismo. .

Por consiguiente, para consolidar el tercer objetivo propuesto relativo a la aplicación del programa formativo para los médicos del servicio de pediatría, fue vital establecer la modalidad de trabajo, la plataforma y los propósitos para alcanzar el proceso

enseñanza-aprendizaje, considerando con claridad: los propósitos, contenidos, estrategias metodológicas, actividades y recursos. En resumen, el desarrollo del programa de capacitación, reflejó de manera concluyente que: Fue fructífero el haber manejado los temas de señales de alerta, edad característica para la detección temprana de riesgo, las alteraciones en diferentes esferas como lenguaje, comunicación, atención, atención conjunta, habilidades adquiridas, habilidades sociales, utilización de instrumentos de cribado y/o validación, MCHAT, rol del pediatra en autismo, redes de apoyo, etc. En este sentido, el taller, sirvió como plataforma para generar mediante la realización de las actividades planificadas, un estado de: aprendizaje individual, grupal, colaborativo, participativo, de integración y cooperación entre las profesionales, lo que motivó: nuevas experiencias y favoreció su evolución y desarrollo profesional, extensivo a las comunidades aledañas, así como también a nivel regional, nacional y se espera que, en un futuro cercano se extienda en lo posible internacionalmente.

Con respecto a la evaluación del programa, posteriormente a la aplicación, se ejecutó nuevamente el cuestionario observándose una mejoría considerable en el promedio de respuestas acertadas por parte de los médicos participantes, un ejemplo lo constituye que del 55% de los médicos del servicio de Pediatría, consideraba previo a la realización del taller, la edad ideal para la detección oportuna de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo entre los 6 y 30 meses de edad, sin embargo, luego del mismo, el 86.84% de los médicos del servicio de Pediatría, ahora sí considera adecuada la edad ideal para dicha detección temprana de riesgo entre los 6 y 30 meses de edad.

Por otro lado, en el mismo orden de ideas, se menciona que, el 77.5% de los médicos pertenecientes al servicio de pediatría, concluyeron que, la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año de vida, puede ser un indicador temprano de riesgo del Trastorno del Espectro del Autismo, lo cual se consolidó inmediatamente finalizado el taller de capacitación, donde el 93,11% de los médicos participantes, indicaron que, la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año de vida, es un indicador precoz de riesgo para la detección del Trastorno del Espectro del Autismo.

Así mismo, el 57.5% de los médicos del servicio de pediatría, asumieron que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de riesgo de Trastorno del Espectro del Autismo, por su parte, al terminar el taller de capacitación, se dejó en evidencia que, el 97,37% de los médicos participantes, aseguraron que, la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de riesgo para la detección de Trastorno del Espectro del Autismo.

En el mismo orden de ideas, el 65% de los médicos del servicio de pediatría, estableció que, la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser indicador precoz de riesgo de TEA en niños en edades tempranas. Esta aseveración se solidificó una vez explicado el taller de capacitación ya que, el 87,47% de los médicos participantes, informó que, la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o

pedirle algo de su interés, es un indicador oportuno de riesgo de TEA en niños en edades tempranas.

Además, el 90% de los médicos del servicio de pediatría, no empleaba en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, mientras que, el 52,63% de los médicos que acudieron al taller de capacitación, ahora emplea en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para la detección oportuna de riesgo del Trastorno del Espectro Autista.

También, el 77.5%(entre 50% mediana y 27,5% poca), de los médicos del servicio de pediatría, contaban con mediano o poco entrenamiento para detectar de manera temprana el riesgo de en la presencia de indicadores para la detección precoz de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes. Sin embargo, una vez que finalizó el taller de capacitación, los médicos participantes comunicaron que, un 44,74% califica como bueno, el entrenamiento recibido, para detectar de manera temprana el riesgo de en la presencia de indicadores del Trastorno del Espectro Autista y 5,26% muy buena, lo cual suma el 50%.

Igualmente, en conjunto el 85% (55% mediana y 30% poca) de los médicos del servicio de pediatría, refirieron mediano o poco manejo respectivamente, de los criterios que conllevan a la detección temprana de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños, afortunadamente posterior al taller de capacitación, los médicos participantes indicaron que, el 47,37% es bueno en este momento, en el manejo de los criterios que conllevan a la detección temprana de riesgo del Trastorno del

Espectro Autista en niños y, el 10,53% aseguraron tener muy buen manejo de los criterios, lo que suma un 57.94%.

Por lo cual se puede considerar el uso de programas de capacitación como recurso para proveer al médico pediatra información del Trastorno del Espectro Autista y así fomentar una mayor comprensión, evaluación y seguimiento del niño. En suma, para consolidar el cuarto objetivo del programa de intervención fue necesario hacer una evaluación del proceso, con la intención de medir la eficacia, en términos de adquisición de conocimientos a partir del taller de capacitación.

Lo que permitió llegar a la siguiente conclusión: Durante todo el proceso de intervención, se percibió un alto nivel de compromiso, lo cual produjo mayor ímpetu para la realización de las actividades, propiciando así: un aprendizaje significativo, entre los profesionales que participaron hasta el final del taller. De correspondencia, se vislumbra la emergencia de acompañamiento continuo tanto en el presente como hacia el futuro y se crea la necesidad de compartir experiencias que hagan posible otros escenarios en el quehacer médico, lo que requiere: planificación y organización a corto, mediano y largo plazo para medir los alcances, reacomodar estrategias y generar nuevos modos que confluyan con el bienestar de los niños con TEA.

### **Recomendaciones**

De acuerdo con los resultados obtenidos, para la realización de futuras investigaciones se proponen las siguientes recomendaciones:

Continuar desarrollando programas de formación y/o intervención dirigidos a estos especialistas de forma tal de capacitarlos progresivamente, ya que queda suficientemente claro y explícito en los resultados obtenidos y en el marco teórico que lo sustenta, la importancia del pediatra en la detección precoz de riesgo de autismo en edades tempranas, al ser el primer profesional de la salud al que los padres acuden.

De la mano de la recomendación anterior, ampliar el rango de acción de estos programas de formación para la detección oportuna de riesgo de autismo, no solo circunscrito o limitado al hospital universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo donde se impartió, sino, además a nivel comunitario, regional, nacional e inclusive internacionalmente, con el apoyo de los entes correspondientes, tanto públicos como privados.

A los médicos, seguir preparándose y profundizar en estrategias de aprendizaje y enseñanza que permita mejorar la atención al paciente ante la sospecha de indicadores de riesgo del Trastorno del Espectro Autista.

Continuar en el adiestramiento que implica el uso de instrumentos de comprobada eficacia y que son recomendados en la presente investigación.

Incentivar la aplicación en el uso del M-Chat por parte del médico pediatra para su uso rutinario en la consulta para el despistaje de los niños ante la sospecha temprana de riesgo de autismo.

Lo ideal es que el pediatra derive a los demás especialistas, considerando en primera instancia al neurólogo y al psicólogo, una vez haya hecho la detección de factores de riesgo, que, a pesar de la

sospecha, si bien pueden no derivar en Autismo, pueden igualmente implicar otra alteración del Neurodesarrollo.

Realizar alianzas con otras Instituciones y redes de apoyo dedicados y comprometidos con el autismo, para potenciar esfuerzos sobre dicha entidad nosológica.

Este trabajo de grado, tiene un alto valor heurístico, ya que es capaz de generar nuevas ideas que propicien más capacitaciones e intervenciones en el área sanitaria, por lo tanto, se invita a los profesionales en esta área médica, a seguir promoviendo actividades como estas, que sirvan para complementar deficiencias y/o debilidades existentes sobre el área del Autismo, no solo para la detección temprana de riesgo, sino en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Americana de Pediatría (2001). Principios de la seguridad del paciente.

Academia Americana de Pediatría (2019). TEA Familia—Enfoques de intervención utilizados para niños con trastorno del espectro autista. American Academy of Pediatrics (AAP).

Academia Americana de Pediatría-AAP (2006). Manual de Nutrición Pediátrica, Quinta Edición.

Álvarez Otero, S., Fernández Méndez, J.C. (2014). Detección Temprana de los Trastornos del Espectro Autista entre profesionales de Educación Infantil y Primaria. Universidad de A Coruña.

Alvarez, Y, Beron, V, Camaño, V, Camejo, L y Rama, M. (2015) Características clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con trastornos del espectro autista asistidos en la unidad de psiquiatría del Centro Hospitalario Pereira Rosell en el período marzo 2010-marzo 2015 [en línea] Monografía de pregrado. Montevideo: UR.FM.

Arias (1999) EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Guía para su elaboración (3RA. EDICIÓN revisada: Abril de 1999). Editorial Episteme. ORIAL EDICIONES. Caracas.

Arias (2006) EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Introducción a la metodología científica (5TA. EDICIÓN ampliada y corregida: Febrero de 2006). Editorial Episteme. Caracas.

Arias (2012) EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Introducción a la metodología científica (6TA. EDICIÓN ampliada y corregida: Julio de 2012). Editorial Episteme. Caracas.

Arky, B. (2023). Los problemas del procesamiento sensorial explicados. Child Mind Institute. USA. Sensory Processing Issues in Children | Child Mind Institute

Artigas Pallarès, J., Paula, I. (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (115), 567-587.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5ta edición (DSM-5).

Asociación Americana de Psiquiatría (2015). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5ta edición (DSM-5).

Asociación Americana de Psiquiatría-APA (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV).

Asociación Española de Pediatría (2020). Recomendaciones de las distintas especialidades pediátricas de la Asociación Española de Pediatría acerca de la reincorporación a la escuela de los niños con enfermedades crónicas.

Asperger, H. (1944). Die autistischen psychopathen im kindersalter [Psicopatía autística en la infancia]. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Azcoaga, J. E., Fainstein, J. D., Ferreres, A., Gonorasky, S., Kochen, S., Kryveniuk, M., & Podliszewsky, A. (1983). Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto. Buenos Aires, Paidós.

Azcoaga, J.E. (1995). Pedagogía de las Funciones cognitivas superiores en la infancia. Ecos Fonoaudiológicos. Argentina.

Balestrini, M. (2001). CÓMO SE ELABORA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (quinta edición). @BL Consultores Asociados. Servicio Editorial. @ Quinta Edición:

Enero, 2001. BL Consultores Asociados, Servicio Editorial. Edificio Catuche. Caracas.

Bolaños y otros (2015), Indicadores de riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo como instrumento para la detección temprana de retrasos y alteraciones del desarrollo. [Versión Electrónica]. Acta Pediátrica México (36), 35-146.

Canal y cols (2015), Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. [Versión Electrónica]. Revista de Neurología. 58 (1), S123-7.

Canal, R., García, P., Santos, J., Bueno, G., & Posada, M. (2014). Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Revista de Neurología.

Canales Cerón, M. (2006). Metodologías de investigación social [texto impreso]. Manuel Canales Cerón (1ª ed.). Santiago: LOM Ediciones.

Cardenas, M. y Salinas, P. (2009). Métodos de Investigación Social. Ediciones Ciespa. Recuperado de: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55365.pdf>

Castro, M. (2003). El Proyecto de Investigación y su Esquema de Elaboración. (2ª.ed.). Caracas: Uyapal.

Centros para el control y prevención de enfermedades. (2023). Prevalencia del autismo más alta, según los datos de 11 comunidades de la Red de ADDM. <https://www.cdc.gov/media/releases/2023/p0323-autism.html>

Chávez, N. (2007). Introducción a la Investigación Educativa (Tercera ed.). Maracaibo: La Columna.

Communicable Disease Center (2018). Health, United States. National Center for Health Statistics. Hyattsville, MD. 2019.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (C.R.B.V). Arts. 83, 84. 29 de diciembre de 1999. (Venezuela)

Dawson, G., y Bernier, R. (2013). A quarter century of progress on the early detection and treatment of autism spectrum disorder. *Development and psychopathology*, 25(4pt2), 1455-1472.

Díaz-Atienza, F., García, C., Martín, A. (2004). Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (2): 127 – 144.

Domínguez, Carmen Luisa; Mahfoud, Antonieta (2009). Una mirada a la investigación en autismo en Venezuela RET. *Revista de Estudios Transdisciplinarios*, vol. 1, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 110-115. Fundación Instituto de Estudios Avanzados. Caracas, Venezuela.

Etchepareborda, M.C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2 (1), 175-192.

Folstein, S.E. (1999). Autism. *International Review of Psychiatry*, 11, 269-277.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF (2012). *Estado Mundial de la Infancia 2012: Niñas y niños en un mundo urbano*. Estados Unidos.

Forteza-Sevilla MS, Escandell-Bermúdez MO, Castro-Sánchez JJ, Martos-Pérez J. (2013). DETECCIÓN TEMPRANA DEL AUTISMO: PROFESIONALES IMPLICADOS. *Rev Esp Salud Pública* 2013.

Frontera, M. (2004). Estudio epidemiológico de los trastornos generalizados del desarrollo en la población infantil y adolescente de la comunidad autónoma de Aragón.

Gallego, M. (2012). Guía para la integración del alumnado con TEA en Educación Primaria. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad – INICO. Salamanca.

Gallo, S., Oribe, M. (2021). Conocimiento acerca de las señales de alarma tempranas y el rol del fonoaudiólogo en el abordaje de los niños con TEA, por parte de pediatras que se desempeñan en Efectores Públicos de la ciudad de Rosario durante el año 2021. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA ROSARIO, ARGENTINA.

García, A. (2010). Programa de formación en el área de Autismo para docentes especialistas. Revista de Investigación, núm. 70, 2010, pp. 15-27. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela.

García, A. (2011). Material multimedia sobre autismo como medio instruccional para la enseñanza de dichos contenidos entre estudiantes del Instituto Pedagógico de Caracas. Revista de Investigación Nº 74 Vol. 35. Septiembre - Diciembre 2011, págs. 65-79. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas.

Gómez, I., Fluja-Contreras, J.M., Chávez, A., y Chávez-Askin, M. (2022). Intervención temprana en trastorno del espectro autista: Modelo ABA y centrado en la familia. En M. Orgiles, F.J. Méndez, y J.P. Espada (Eds.). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Cap. 19, 473-498. Madrid: Anaya-Pirámide.

Greenspan, S., I. (1979) Intelligence and Adaptation: An Integration of Psychoanalytic and Piagetian Developmental Psychology. International Universities Press, 1979. Universidad de California.

Grupo de Atención Temprana (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid.

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P. (2008). Metodología DE LA INVESTIGACIÓN, Cuarta edición. McGRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES, SA DE C.V.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). Nacimiento de un proyecto de investigación cuantitativa o mixta: la idea. Metodología de la investigación. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación: enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto (4ª ed.). México D.F.: McGraw Hill/Interamericana.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) Metodología de la investigación (6ta edición). McGraw Hill España. España.

Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N., Salgado, M. (2017). LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

Hervás, A. y cols 2012 p 780). Por buscar

Hurtado de Barrera, J. (2008). Metodología de la investigación, una comprensión holística. Caracas, Ediciones Quirón - Sypal.

Hurtado, J. (2000). Metodología de la Investigación Holística (Tercera Edición). Fundación Sypal. Caracas, Venezuela.

Instituto de Información Sanitaria (2010). Barómetro Sanitario 2009 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact [Alteraciones autísticas del contacto afectivo]. The Nervous Child.

KERBRAT ORECCHIONI, C. (1986) LA ENUNCIACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD EN EL LENGUAJE (L'ÉNONCIATION De la subjetivité dans le langage). Librairie Armand Colin, París, Francia.

KERLINGER, EN., (1979). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México, D.F: Nueva Editorial Interamericana. Actualmente se publica por McGraw—Hill Interamericana.

Lara Correa, D.L., Utria Rodríguez, O., Ávila-Toscano, J.H. (2012). Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al género en niños y niñas con autismo. *International Journal of Psychological Research*, vol. 5, núm. 2, pp. 77-90. Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia.

Larrea Holguín, Juan (2003). Supremacía de la Constitución y tratados internacionales. *Foro: revista de derecho*. 1 (I Semestre, 2003): 239-247.

Ley Orgánica de Salud. Art. 40. 11 Noviembre 1998. (Venezuela) Disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/57f794bcc.html> [Accesado el 25 Enero 2024].

Ley para la Atención Integral a las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Arts. 3, 5, 11. 3 de mayo de 2023. (Venezuela). Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-para-l-20230619150956.pdf>

Ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA). Art. 29. 10 de diciembre de 2007. (Venezuela) Disponible en: [https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4\\_ven\\_ley\\_org\\_prot\\_ninos\\_adolc.pdf](https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_ley_org_prot_ninos_adolc.pdf)

LEY PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Arts 6, 12. 5 de enero de 2007. (Venezuela) Disponible en: [https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/ley\\_discapacitados.pdf](https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/ley_discapacitados.pdf)

Limiñana Gras, R. M., & Patró Hernández, R. (2004). MUJER Y SALUD: TRAUMA Y CRONIFICACIÓN EN MADRES DE DISCAPACITADOS. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 20(1), 47–54. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27561>

Liu, 2008 y Tucker, 2004. Por buscar

López Gómez, S., Rivas Torres, R.M. & Taboada Ares, E.M. (2010). Historia del trastorno autista. *Apuntes de Psicología*, 28, 51-64.

López Gómez, S., Rivas Torres, R.M., Taboada Ares, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo (Reviews on Autism). Universidad de Santiago de Compostela, España.

Lovaas, O. I., & Smith, T. (1989). A comprehensive behavioral theory of autistic children: Paradigm for research and treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(1), 17–29. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90004-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90004-9)

Luque Berenice, M. (2010) La clínica fonoaudiológica. Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico. -- Editorial Universidad Nacional de Rosario: Rosario.

Luque Parra, D.J., Luque-Rojas, M.J. (2012). Aspectos psicoeducativos en las relaciones de las TIC y la discapacidad intelectual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 27-48. Universidad Intercontinental. Distrito Federal, México.

Méndez P, Nottaro Z. (s.f). Los CAIPA en Venezuela. <http://www.ucv.ve/discapacidad>

Mesa, L. (2016). Diagnóstico precoz del Trastorno del Espectro Autista: Instrumentos utilizados en el Uruguay. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

Millá, M.G., F. Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana APADIS. Villena, Alicante.

Ministerio de Salud (2010). Marco de referencia para la formación en residencias médicas. Especialidad Pediatría. Buenos Aires, Argentina.

MONTAGUT ASUNCION, M.; MAS ROMERO, R. M.; FERNANDEZ ANDRES, M.I., PASTOR CEREZUELA, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. Escritos de Psicología [online].

Montiel-Nava C, Peña J.A. (2008). Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study. Autism.

Morales - Hidalgo, P., Roigé – Castellví, J., Hernández – Martínez, C., Voltas, N. y Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school – age children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 48 (9), 3176 – 3190. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3581-2>

MORLES, V. (1994). Planeamiento y análisis de investigaciones. El dorado Ediciones. Caracas. Venezuela.

National Institute for Health Care and Excellence-NICE (2011). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis.

Ojeda Franklin (2020). Diagnóstico precoz en el trastorno del espectro autista en edades comprendidas entre los 0 meses y 6 años. Lara. Caracas: Universidad Monteávila.

Organización Mundial de la Salud-OMS (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Ginebra.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2023). Autismo. datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Organización Mundial de la Salud-OMS (2021). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11>.

Organización Panamericana de la Salud (1999). Revista Panamericana de Salud Pública, Volumen: 6, Número: 3.

Palella, S., Martins, F. (2006). Metodología de la Investigación cuantitativa. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas.

Palella, S., Martins, F. (2012) Metodología de la Investigación. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Paluszny, M. (2013). Autismo. Guía práctica para padres y profesionales. Trillas

Pereira, M. (2010). Estudio descriptivo del Autismo en Venezuela: Análisis de las primeras mil historias clínicas de CEPIA. Primer avance de resultados. En M. Aramayo (Comp.), hablemos de la Diversidad en la Discapacidad. Investigaciones venezolanas sobre las personas con discapacidad. I Jornadas de Investigación en Discapacidad (pp.127-142). Caracas: Universidad Monteávila.

Piaget, J. (1986). El estructuralismo. Barcelona: Orbis.

Polanco (2016). Rol del pediatra en la detección temprana de indicadores y factores de riesgo del trastorno del espectro autista. Caracas. Universidad Monteávila.

Puga, Teodoro F. (2004). Fundación Sociedad Argentina de Pediatría FUNDASAP. Archivos argentinos de pediatría, 102(6), 417-418. Recuperado en 25 de enero de 2024, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752004000600001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000600001&lng=es&tlng=es).

Ramos, M.A. (2010) ¿Qué es el autismo? La experiencia de padres inmersos en la incertidumbre. Intersecciones en Antropología, vol. 11, núm. 1, pp. 73-88. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Regatky, G y otros (2009). "Trastorno del espectro autista". [Versión Electrónica]. Revista Hospital Niños Buenos Aires. Vol. 51 (235). 246-249.

Regatky, N., Gutson, K., Salamanco, G. (2009), Trastorno del espectro autista. División de Promoción y Protección de la Salud Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y la Familia. Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" Gallo 1330 (1425) Buenos Aires, Argentina.

Riviere, A (1997). Inventario de las Dimensiones del espectro autista-IDEA.

Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Madrid (España).

Riviere, A. 1991 Educación del niño autista. En Mayor, J. (comp.) Manual de educación especial. Anaya, Madrid.

Roberti, N. (2018). Comorbilidades en el Trastorno de Espectro Autista. Blog. mamá especial. <https://www.mamaespecial.com/comorbilidades-en-el-trastorno-de-espectro-autista>

Roca, E. (2005). Cómo mejorar tus habilidades sociales. ACDE. Valencia

Rogers, S y Dawson, G. (2000) "Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo. Estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social".

RUIZ-LAZARO, P.M.; POSADA DE LA PAZ, M., HIJANO BANDERA, F. (2009) Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. Rev Pediatr Aten Primaria [online].

Sabino, C. (1992). EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN (1974). Ed. Panapo, Caracas, 1992, 216 págs. Publicado también por Ed. Panamericana, Bogotá, y Ed. Lumen, Buenos Aires.

Salas, P., Cárdenas, M. (2009) Métodos de investigación social (Primera Edición). © 2008, Ediciones Universidad Católica del Norte. Editorial "Quipus", CIESPAL. Quito-Ecuador

Sampedro Tobón, M.E. (2012). Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria? Revista CES Psicología, ISSN-e 2011-3080, Vol. 5, N°. 1.

Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Crecimiento y Desarrollo. (2016). Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Resumen publicado en Arch Argent Pediatr 2017; 115(3):304.

Sosic, Y., Agüero, D., Bearzotti, V., Gurgone, M.C. (2014). TEMAS DE PSICOLOGIA Y EDUCACION Revista bianual del Departamento de Psicología y Educación. Vol. 1 –N° 1 La infancia en la mira. Perspectivas desde Psicología y Educación. CENTRO COMUNITARIO ASISTENCIAL. NUEVAS PROPUESTAS: “ABRIMOS LA PUERTA DEL TALLER.” Págs. 19-28. Recuperado de: <https://silo.tips/download/temas-de-psicologia-y-educacion-revista-bianual-del-departamento-de-psicologia-y>

Stolkiner, A. (1987). DE INTERDISCIPLINAS E INDISCIPLINAS. Elichiry, Nora (Comp) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315). Nueva Visión, Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2005), “Interdisciplina y Salud Mental”. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental- I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy. Argentina.

Tamayo, T., Tamayo, M. (1997). El Proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa S.A. México.

Tamayo, Tamayo, M. (2009). EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA (Cuarta edición). ©2003, EDITORIAL LIMUSA. S.A. DE C.V. GRUPO NORIEGA EDITORES BALDERAS 95, MEXIGO, D.F.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador-UPEL (2006). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales (Reimpresión 2006). Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL).

Valdez, D., (2016). Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo. Ediciones Paidós.

Valdez, D., Ruggieri, V. (2015). Autismo, del diagnóstico al tratamiento. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Wing, L. and Attwood, A. (1987), "Syndromes of Autism and Atypical Development", in Cohen, D. & Donnellan, A. (eds.), Handbook of Autism and Pervasive Disorders, New York, John Wiley & Sons.

Wing, L. y J., Gould. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification [Deterioro severo de la interacción social y otros trastornos asociados con niños: Epidemiología y clasificación]. Journal of Autism and Developmental Disorders.

Wing, L. y Potter, D. (1999). Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista. Congreso en Internet autism99.

Zabala, A. (2012) Detección precoz e intervención temprana en los TEA: una comprensión desde la intersubjetividad.

Zalaquett, D. (2014). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia (SOPNIA), Santiago de Chile, Chile.

Zorrilla, S. (2007). Introducción a la metodología de la investigación. México Océano.

Zubler, J., Wiggins, L., Macias, M., Whitaker, T., Shaw, J., Squires, J.(2022). Hitos basados en evidencia para herramientas de vigilancia del desarrollo. Pediatrics. Volumen 149. Número 3. Atlanta. USA.  
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/149/3/e2021052138/184748/Evidence-Informed-Milestones-for-Developmental?autologincheck=redirected>

## APÉNDICES Y ANEXOS

### Anexo 2. Instrumento

#### Encuesta previa a la implementación del Programa. Pre test

##### CUESTIONARIO

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ ESPECIALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ TLF:  
\_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CORREO  
ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

El objetivo del siguiente cuestionario es conocer su opinión en cuanto a la preparación e instrumentos que como Médico y/o Pediatra conoce y/o emplea para el Diagnóstico Precoz del Trastorno del Espectro Autista.

Marque con una (X) en cada caso la respuesta que más se acerca a lo que considera como cierto en su caso. Gracias por su contribución.

1. ¿En la malla curricular de su formación académica como Pediatra contemplaron en alguna de sus asignaturas, por ejemplo, en Neuropediatría, el Trastorno del Espectro Autista? SI ( ) NO ( )

2. ¿En su proceso de actualización de saberes en los últimos 5 años, usted ha participado en eventos de formación permanente en relación al Trastorno del Espectro Autista? SI ( ) NO ( )

3. ¿Qué considera usted, es el Trastorno del Espectro del autismo?

a. Patología rara, que se observa pocas veces; donde se ve afectada la comunicación y lenguaje.

b. Enfermedad psiquiátrica, siendo un tipo de psicosis que comienza en la infancia.

c. Un trastorno del neurodesarrollo, que afecta las áreas comunicativa, social y cognitiva.

d. Enfermedad caracterizada por estar aislado, ensimismado, sin importarle lo externo.

4- Las primeras características del Trastorno del Espectro Autista se manifiestan:

- ( ) A partir de los 6 años
- ( ) Durante el embarazo
- ( ) En edades tempranas (entre los 0 y 30 meses)
- ( ) En la adolescencia
- ( ) A cualquier edad

5 ¿Considera Usted que la edad ideal para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista está entre 6 y 30 meses? SI ( ) NO ( )

6. ¿Ha recibido en su consulta especializada tanto pública como privada, niños y/o niñas con Trastorno del Espectro Autista? SI ( ) NO ( )

7. En caso de haber recibido pacientes durante el período que va de octubre de 2022 a junio de 2023, diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, indique cual ha sido la cantidad

Ninguno (0)

De 1 – 5

De 6 – 10

De 11 – 15

Más de 15)

8. ¿Conoce usted las características principales del niño con Trastorno del Espectro Autista? SI ( ) NO ( )

9. Seleccione las conductas o características señaladas a continuación, que pudiese considerar como indicadores de Trastorno del Espectro Autista en niños en edades tempranas:

- Sordera paradójica o selectiva ( )
- Tiende a no mirar a los ojos ( )

- Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar ( )
- Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones ( )
- Se altera mucho en situaciones inesperadas (resistencia a los cambios) ( )
- Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológico o poco funcional ( )
- Resulta difícil "compartir acciones" con él o ella ( )
- No señala con el dedo índice para compartir experiencias ( )
- Parece que no comprende o "comprende selectivamente" sólo lo que le interesa ( )
- Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano ( )
- No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos ( )
- Tiende a ignorar a los niños de su edad ( )
- No realiza juego simbólico ( )

10. ¿A usted como médico le impresiona que las alteraciones del lenguaje pueden ser un indicador de Trastorno del Espectro Autista?

Nunca ( ) Pocas veces ( ) Muchas veces ( ) Siempre ( )

11. ¿Considera usted dentro de su evaluación, que las alteraciones en la comunicación pueden ser un marcador de Trastorno del Espectro Autista?

Nunca: ( ) Pocas veces: ( ) Mucha veces: ( ) Siempre: ( )

12 Considera usted que la falta de sonrisa social antes del 1er año puede ser un indicador de T.E.A? SI ( ) NO ( )

13 Considera usted que la falta de respuesta al llamado por su nombre alrededor del año puede ser un indicador de T.E.A? SI ( ) NO ( )

14 Considera usted que la pérdida de cualquier habilidad comunicativa o social previamente adquirida en edades tempranas puede ser un indicador de TEA? SI ( ) NO ( )

15 Considera usted que la escasa habilidad para prestar atención a lo que se le muestra o señala puede ser indicador de TEA en niños en edades tempranas? SI ( ) NO ( )

16 Considera usted que la escasa habilidad para llamar la atención del adulto para mostrarle o pedirle algo de su interés (atención conjunta) puede ser indicador de TEA en niños en edades tempranas? SI ( ) NO ( )

17 ¿Considera usted que para el Pediatra es importante contar con instrumentos validados para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en niños? SI ( ) NO ( )

18 ¿Es necesario que el Pediatra posea un Modelo de intervención que conlleve a Producir cambios para mejorar la situación actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista? SI ( ) NO ( )

19. ¿Emplea usted en su práctica diaria algún instrumento de evaluación validado específicamente para el diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista? En caso de ser afirmativa indique cual. SI ( ) NO ( )

20- El instrumento de cribado para detectar en edades tempranas el TEA se llama:

( ) DSM V

( ) ABA

( ) MCHAT

( ) DSM IV

21 ¿Conoce usted el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT: lista de verificación modificada para Autismo en niños pequeños 6-30 meses)? SI ( ) NO ( )

22. Entre los siguientes profesionales, a quienes considera usted que representen una mayor responsabilidad en el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista.

Liste del 1 al 9 donde 1 es “mayor responsabilidad” y 9 “menor responsabilidad”.

Psicólogo ( ) Pediatra ( )

Psicopedagogo ( ) Terapeuta de Lenguaje( )

Neurólogo pediatra ( ) Fisioterapeuta ( )

Terapeuta Ocupacional ( ) Psiquiatra ( ) Maestros ( )

23. Si se sospecha la existencia en el niño de un TEA. Una de las acciones del pediatra debe ser:

( ) Mediar

( ) Referir a los padres a un psiquiatra

Referir al niño a un Neuropediatra

Referir al niño a un terapeuta de lenguaje

Referir a estimulación temprana/Terapias

24. ¿Considera usted que cuenta con el entrenamiento adecuado para detectar de manera temprana la presencia del Trastorno del Espectro Autista en alguno de sus pacientes?

Ninguna  Poca  Mediana  Buena  Muy buena  Excelente

25. ¿Maneja usted los criterios que conllevan a la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños?

Ninguna  Poca  Mediana  Buena  Muy buena  Excelente

26. ¿Conoce en su área de acción como médico, redes o instituciones de apoyo profesional con las que cuenta para realizar el diagnóstico interdisciplinario del Trastorno del Espectro Autista?

Nada  Muy poco  Poco  Mucho  Toda

27. ¿Cree usted importante, su participación en un Programa de capacitación para el Diagnóstico Temprano del Trastorno del Espectro Autista?

Nada  Muy poco  Mucho

28. De los siguientes enunciados, seleccione el y/o los temas que consideraría relevantes a desarrollar en un programa de capacitación con relación al Trastorno del Espectro Autista

\_\_\_\_\_ Señales de Alerta

\_\_\_\_\_ Etiología

\_\_\_\_\_ Criterios Diagnósticos

\_\_\_\_\_ Factores de Riesgo

\_\_\_\_\_ Tratamiento Integral

\_\_\_\_\_ Instrumentos de Evaluación

\_\_\_\_\_ Tratamientos Alternativos

----- Otro

### **ANEXO 3**

## **GUIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN JUICIO DE EXPERTOS**

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA  
COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

### **PRESENTACIÓN**

Respetado profesional:

Dada la valiosa experiencia que usted posee, su formación profesional y conocimiento del área en cuestión para este Trabajo Especial de Grado, le solicito por favor realice la validación del presente instrumento siguiendo las instrucciones que se indican y para lo que se le hace llegar:

- 1- El título del trabajo.
- 2- El objetivo general y objetivos específicos.
- 3- La tabla de operacionalización de variables.
- 4- El instrumento de recolección de la información para ser evaluado por usted.
- 5- El instrumento para determinar la validez del cuestionario.

Quedo de usted muy agradecida por su valiosa colaboración para la realización de este trabajo.

Atentamente,

Oswaldo de Jesús Castro Balza  
Telf.: 04121705053

**1- TÍTULO DEL TEG:** CAPACITACIÓN DIRIGIDA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE AUTISMO

**2- OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS:**

**Objetivo General**

Capacitar a los médicos del servicio de pediatría del Hospital Central universitario “Dr. Pedro E. Carrillo” para el diagnóstico precoz de Autismo

**Objetivos Específicos**

Identificar la información y conocimientos que poseen los médicos del servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de Autismo.

Diseñar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de Autismo.

Aplicar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de Autismo.

Evaluar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico precoz de Autismo.

**3- CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

Objetivos específicos	VARIABLES	Dimensión	Conceptualización	Indicadores
Identificar los conocimientos que poseen los médicos del servicio de	Conocimiento para el diagnóstico precoz del Autismo.	Conocimiento sobre aspectos fundamentales del autismo	Conocimiento previo de las características de esta afectación para poder determinar si un niño puede ser considerado dentro del espectro del autismo. Garcia2010	Conocimientos sobre TEA. Formación en TEA Definición (conceptos).

pediatría para el diagnóstico o precoz de autismo				<p>Edad de aparición.</p> <p>Diagnóstico precoz.</p> <p>Historia clínica</p> <p>Características del TEA.</p> <p>Aplicación de instrumento de cribado en niños de 6 a 30 meses. (MCHAT)</p> <p>Redes o instituciones de Apoyo.</p> <p>Atención oportuna especializada.</p> <p>Programa de inducción.</p>
Diseñar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico o precoz de autismo	Programa de capacitación	Diseño del programa de capacitación.	La EMC es el conjunto de actividades que permite a los profesionales de la salud actualizar sus conocimientos garantizar su capacitación para el desempeño de su actividad. Supone una necesidad no solo para los médicos, sino para las instituciones de salud.	<p>Modalidad de trabajo.</p> <p>Objetivos.</p> <p>Contenidos.</p> <p>Actividades y estrategias.</p> <p>Materiales y recursos.</p> <p>Evaluación.</p> <p>Cronograma.</p>
Aplicar un programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico o precoz de autismo	Programa de capacitación.	Implementar el programa de capacitación.	Puesta en práctica de todas las acciones involucradas en el programa de capacitación, desarrollo de sus contenidos y uso de recursos apropiados.	<p>Modalidad de trabajo.</p> <p>Objetivo.</p> <p>Contenidos.</p> <p>Actividades y estrategias.</p> <p>Materiales y recursos.</p> <p>Evaluación.</p> <p>Cronograma.</p>
Evaluar el programa de capacitación dirigido al servicio de pediatría para el diagnóstico o precoz de autismo	Conocimientos adquiridos sobre los aspectos fundamentales y la caracterización del autismo	Conocimientos sobre el diagnóstico precoz de autismo.	Conocimiento adquirido de las características de esta afectación para poder determinar si un niño puede ser considerado dentro del espectro del autismo. García, 2010.	<p>Eficacia del programa.</p> <p>Eficiencia del programa.</p>

#### 4- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

##### CUESTIONARIO

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ ESPECIALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ TLF: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CORREO  
ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

El objetivo del siguiente cuestionario es conocer su opinión en cuanto a la preparación e instrumentos que como Médico Pediatra conoce y/o emplea para el Diagnóstico Precoz del Trastorno del Espectro Autista.

Marque con una (X) en cada caso la respuesta que más se acerca a lo que considera como cierto en su caso. Gracias por su contribución.

#### 5- INSTRUMENTO PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL CUESTIONARIO

##### INSTRUCCIONES:

1. Señala la Pertinencia de los ítems del instrumento con los objetivos y variables  
Marque para cada ítem si le parece:  
(S): Suficiente  
(MS): Medianamente suficiente  
(I): Insuficiente

En caso de marcar MS o I pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

2. Señale la Coherencia de los ítems del instrumento con los indicadores.  
Marque para cada ítem si le parece:  
(S): Suficiente  
(MS): Medianamente suficiente  
(I): Insuficiente

En caso de marcar MS o I pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

3. Redacción y lenguaje. Coloque para cada ítem si le parece:  
(C): Claro

(MC): Medianamente claro

(Co): Confuso

En caso de marcar MC o Co pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

4. Aspectos Generales. Marque SÍ o NO en cada uno de los cinco aspectos que se detallan. En caso de marcar NO, pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

### GUÍA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nº de ítem	Pertinencia			Coherencia			Redacción y Lenguaje			Observaciones
	S	MS	I	S	MS	I	C	MC	Co	
1	X			X			X			
2	X			X			X			
3	X			X			X			
4	X			X			X			
5	X			X			X			
6	X			X			X			
7	X			X			X			
8	X			X			X			
9	X			X			X			
10	X			X			X			
11	X			X			X			
12	X			X			X			
13	X			X			X			
14	X			X			X			
15	X			X			X			
16	X			X			X			
17	X			X			X			
18	X			X			X			
19	X			X			X			
20	X			X			X			
21	X			X			X			
22	X			X			X			
23	X			X			X			

24	X			X			X		
25	X			X			X		
26	X			X			X		
27	X			X			X		
28	X			X			X		

<b>ASPECTOS GENERALES</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
a- Contiene instrucciones	X		
b- Adecuada cantidad de ítems	X		
c- Permite el logro de los objetivos	X		
d- Presenta forma lógica y secuencial	X		
e- Suficiente para recolectar información	X		

**Datos de Identificación del Experto evaluador:**

Nombre y Apellido: Sylvia Silva Sánchez

C.I. N°: 8748035

Profesión: Profesora en Educación Especial



Firma

## Anexo 4 Evidencias fotográficas



**CONFERENCIA:**

### Autismo y Pediatría: un binomio indisoluble para el diagnóstico precóz.

**Dr. Oswaldo Castro**  
Médico Neurólogo - Pediatra

**JUEVES 23 DE  
NOVIEMBRE DE 2023.  
07:00 AM**

Dirigido a Médicos Pediatras,  
Residentes del Postgrado de  
Pediatría y profesionales  
interesados.

Escuela de Medicina ULA,  
extensión Valera.



República Bolivariana de Venezuela  
Universidad Monteávila  
Comité de Estudios de Postgrado  
Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo EAPA-Cohorte  
Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo - EAPA- Cohorte  
Registro Anecdótico

Trabajo Especial de grado:	Conferencia dirigida al servicio de Pediatría para el diagnóstico precoz de Autismo
Alumno:	Oswaldo Castro
Asesora:	Dr. Elke C. Alberto
Programa:	Autismo y Pediatría Binomio Indisoluble para el diagnóstico precoz
Dirigido a:	Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Gómez
Duración:	2 Horas
Facilitadoras o responsable:	Oswaldo Castro
Lugar:	Escuela de Medicina - Unidad Valera Universidad de los Andes
Fecha y hora:	23-11-2023 - 7am
Sesión:	Taller

Hora:	Observaciones:
7:00am	Inicio de Actividad
7:20am	Definición de Temario a Cargo de Exp. Pediatras
7:45am	Exposición de los Etapas Tempranas de manifestación TA
8:00am	Exposición de Caso Interesante de TEA
7:50am	Inicio de Video de Pautas de TEA

Nota: Todo lo registrado aquí, debe estar acompañado de fotos, registros de asistencia, soporte de material utilizado y la estrategias utilizadas.

República Bolivariana de Venezuela  
Universidad Monteávila  
Comité de Estudios de Postgrado  
Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo EAPA-Cohorte  
Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo - EAPA- Cohorte  
Registro Anecdótico

Trabajo Especial de grado:	Exposición dirigida al servicio de Pediatría para el diagnóstico precoz de Autismo.
Alumno:	Oswaldo Castro
Asesora:	Dr. Elke C. Alberto
Programa:	Autismo y Pediatría Binomio Indisoluble para el diagnóstico precoz
Dirigido a:	Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Gómez
Duración:	2 Horas
Facilitadoras o responsable:	Oswaldo Castro
Lugar:	Escuela de Medicina - Unidad Valera Universidad de los Andes
Fecha y hora:	23-11-2023 - 7am
Sesión:	Taller

Hora:	Observaciones:
7:50am	Intervención de Dra. Zoray Pedraza Pedraza
	Sobre H-Chart y Gráfico de Referencia a Pacientes con Autismo
8:00am	Intervención Dra. Zoray Pedraza sobre Las Pautas Diagnósticas
8:05am	Exposición de Pautas Diagnósticas en TEA

Nota: Todo lo registrado aquí, debe estar acompañado de fotos, registros de asistencia.

5.

8:20am Inducción de video - Impresiones de Tiqui  
Archeol - Natural

8:25am Inducción Dr. Santiago Castro - Recomendaciones  
Inmunológicas caso de Diabetes

8:30am Inducción de video -  
Discusión de casos clínicos de Inmunología  
Terminología - vs. Anatomía

8:35am Entrega de Charlas a Estudiantes de Post-Grado. UDO

8:44am Inducción de Psicopedagog. Inducción Díaz  
- Alzamiento Neuropsicología

8:58am Programas de Estudios de Postgrado Cursos de  
TEA OTHS.  
Revisión.

8:55am Presentación. Véase los Videos → ON 22  
→ base de datos Videos → 7891.579

9:00am Dr. Hacer a Valera. - Gnos.

Asistencia 23-11-2023 TALLE' Autismo y Pediatría Binomio indisoluble para el Diagnóstico Precoc  
7 am - 9 am

Nombre y Apellido	CI	Firma
Paula G. T	20401059	[Firma]
Kenny Guatón	21.619.573	[Firma]
Yoselin Albarán	21.062.402	[Firma]
Mariana León	22.891.811	[Firma]
Karla Albrez	21.062.616	[Firma]
Karen E. Vargas	22.824.500	[Firma]
Alondra P. B. P. B.	17.037.110	[Firma]
Lucía León	26.518.705	[Firma]
Yanory P. P. P. P. P.	26.091.939	[Firma]
Yaimeth Pérez	26.873.089	[Firma]
Vivian Piñero	20.176.152	[Firma]
Luis Méndez	21.619.144	[Firma]
Luis Briceño	26.412.969	[Firma]
Maria Gabriela Pérez B.	23.576.061	[Firma]
Arturo Suárez P.	745.695	[Firma]
Hendal Hays Suárez B.	21.061.148	[Firma]
Susi Diana Suárez R.	20.573.322	[Firma]
Mariana G. Pérez L.	792.5202	[Firma]
Eliana Pérez	20402779	[Firma]
Mariana Pérez	20.788.211	[Firma]

Nota de prensa

<https://diariodelosandes.com/realizan-conferencia-sobre-autismo-y-pediatría-en-facultad-de-medicina-de-la-ula-en-valera/>

Asistencia TALLER: Autismo y Pediatría Binomio indisoluble para el Diagnóstico precoc.  
23-11-2023  
7 am - 9 am

Nombre y Apellido	CI	Firma
Olivera Gallardo	26.690.450	[Firma]
Arianna Vinasco	20.789.062	[Firma]
Yosely Suárez	21.062.469	[Firma]
Ariadna Matheo	16.516.099	[Firma]
José Leonel Pinado Briceño	21.581.112	[Firma]
Marianela Pérez	17.094.193	[Firma]
Leidimar Maldonado	21.617.114	[Firma]
Liliana Páez	9006235	[Firma]
Angela X. Ana X. Ana	23.770.777	[Firma]
Karim F. Briceño A.	21.200.123	[Firma]
Kenny David G. P. P.	28.776.017	[Firma]
Viviana González	24.880.722	[Firma]
Lenina Núñez	18035532	[Firma]
Yagelita Alvarado Bon	25793252	[Firma]
Andrés de la Peña	9.161.768	[Firma]















