

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

**ESTIMACION DE LOS INDICADORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DEL  
ESPECTRO AUTISTA EN 4 ESCUELAS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO EL  
HATILLO ESTADO BOLIVARIANO DE MIRANDA**

Trabajo especial de grado a ser presentado para optar al título de Especialista en Atención Psicoeducativa  
del Autismo

AUTOR: DÍAZ AMELIA

9.880.896

ASESOR: NUÑEZ CARLOS

Caracas, octubre 2015

**UNIVERSIDAD MONTEÁVILA****Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo****ESTIMACION DE LOS INDICADORES DE RIESGO DEL TRASTORNO  
DEL ESPECTRO AUTISTA EN 4 ESCUELAS DE LA ALCALDÍA DEL  
MUNICIPIO EL HATILLO ESTADO BOLIVARIANO DE MIRANDA****Autora:** Díaz Amelia.

Fecha: octubre, 2015.

**RESUMEN**

El incremento en la incidencia de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en los últimos tiempos es alarmante. Recientemente el Centros de Control y prevención (en inglés, CDC) anuncio en el 2008, que los nuevos índices de prevalencia son de 1 entre 68 nacimientos, reportando un incremento de más de 30% en relación al publicado en el 2006 que represento de 1 entre 110 nacimientos. Venezuela no posee estadísticas referentes al tema, sin embargo, esto no significa que no existe un riesgo latente como se aprecia en otros países, por lo que debido a la importancia de este aspecto se planteó una investigación de línea cuantitativa con objetivo general de estimar los indicadores de riesgo del Trastorno del Espectro Autista. Se contó con un total de 233 estudiantes entre los 4 y 7 años de edad, de 4 colegios pertenecientes a la Alcaldía de El Hatillo. Se aplicó a las maestras que los atienden un cuestionario de 16 ítems, empleado en otros estudios, sirviendo de antecedentes. El cual fue validado nueva por juicio de un experto quien sugirió sustituir la escala por una escala de Likert dado que la misma mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares y la población es finita bien delimitada, aumentando así su nivel de medición. Se obtuvo como resultado un porcentaje de niños en riesgo de un 3 %. Según la edad y el sexo. La edad donde evidencia con claridad el riesgo es entre 5 y 6 años presentando 7 o más indicadores de riesgo según las dimensiones de la triada de Wing. Las características que se presentaron con más frecuencia en los niños con riesgo de presentar TEA fueron: berrinches frecuentes, de difícil manejo, contacto visual deficiente, hiperactividad o niveles extremos de pasividad y actúa como sordo.

**Palabras Claves:** Trastorno del Espectro Autista, Detección de Riesgo, Municipio El Hatillo

## Índice General

Nro. Pág.

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>6</b>
Objetivo General	8
Objetivos específicos	9
<b>Justificación</b>	<b>9</b>
<b>Marco Referencial</b>	<b>10</b>
Antecedentes	10
Conceptualización y Características	12
Criterios Diagnósticos DSM-V	13
Prevalencia	16
Factores de riesgo y detección temprana del TEA	18
Intervención temprana en el Trastorno del Espectro del Autismo	21
Base Legal	23
<b>Metodología</b>	<b>26</b>
Tipo de Investigación	26
<b>Diseño de Investigación</b>	<b>26</b>
<b>Población</b>	<b>26</b>
<b>Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos</b>	<b>27</b>
<b>Instrumento</b>	<b>29</b>
<b>Validez y Confiabilidad</b>	<b>30</b>
<b>RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>	<b>32</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>49</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>51</b>



## Lista de Tablas

**Nro. Pág.**

TABLA 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) .....	14
TABLA 2 RELACIÓN DE CANTIDAD DE CARACTERÍSTICAS MANIFESTADAS CON FRECUENCIA Y PORCENTAJES. (DÍAZ, A. 2015). .....	33
TABLA 3 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICAS DE AUSENCIA DE CONTACTO VISUAL. (DÍAZ, A. 2015).....	34
TABLA 4 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICAS ACTÚA COMO SORDO. (DÍAZ, A. 2015). .....	34
TABLA 5 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICAS SE AÍSLA. (DÍAZ, A. 2015). .....	35
TABLA 6 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICAS SE LE DIFICULTA SOCIALIZAR CON SUS PARES Y/O CON ADULTOS. (DÍAZ A. 2015).....	36
TABLA 7 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICAS BERRINCHES FRECUENTES, EXTREMOS, DE DIFÍCIL MANEJO. (DÍAZ, A. 2015). .....	37
TABLA 8 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN HIPERACTIVIDAD O NIVELES EXTREMOS DE PASIVIDAD .....	38
TABLA 9 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA GIRAR OBJETOS (DÍAZ, A. 2015).....	38
TABLA 10 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA APEGOS EXAGERADOS A OBJETOS O TEMAS. (DÍAZ, A. 2015). ..	39
TABLA 11 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA SE RESISTE A LOS CAMBIOS DE RUTINA. (DÍAZ, A. 2015). .....	40

TABLA 12 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA RISAS SIN MOTIVO. (DÍAZ, A. 2015).....	41
TABLA 13 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA DIFICULTADES EN EL LENGUAJE. ECOLALIA. (DÍAZ, A. 2015)..	41
TABLA 14 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA LLEVA DE LA MANO O EMPUJA PARA PEDIR LO QUE DESEA. (DÍAZ, A. 2015).....	42
TABLA 15 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA SE RESISTE AL APRENDIZAJE. (DÍAZ, A. 2015).....	43
TABLA 16 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA JUEGOS EXTRAÑOS REPETITIVOS O NO IMAGINATIVOS. (DÍAZ, A. 2015) .....	43
TABLA 17 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA ES INTRÉPIDO O ARRIESGADO SIN NOCIONES DEL PELIGRO. (DÍAZ, A. 2015) .....	44
TABLA 18 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARONES Y HEMBRAS QUE PRESENTAN CARACTERÍSTICA RECHAZA EL CONTACTO FÍSICO. (DÍAZ, A. 2015).....	45
TABLA 19 RELACIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE NIÑOS QUE NO PRESENTAN RIESGO DE TEA CON LO QUE PRESENTAN EL RIESGO (DÍAZ, A. 2015).....	45
TABLA 20 RELACIÓN POR SEXO DE CARACTERÍSTICAS MANIFESTADAS CON FRECUENCIA Y PORCENTAJES (DÍAZ, A. 2015). .....	46
TABLA 21 RELACIÓN DE HEMBRAS QUE PRESENTAN LAS CARACTERÍSTICAS DE RIESGO DE TEA CON FRECUENCIA Y PORCENTAJES ( DÍAZ, A. 2015) .....	47
TABLA 22 RELACIÓN DE VARONES QUE PRESENTAN LAS CARACTERÍSTICAS DE RIESGO DE TEA CON FRECUENCIA Y PORCENTAJES (DÍAZ, A. 2015) .....	47
TABLA 23 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA RELACIÓN DE LOS NIÑOS CON RIESGO DE TEA EN FUNCIÓN DE LA EDAD (DÍAZ, A. 2015).....	48

## **Introducción**

En el estudio del trastorno del espectro autista (TEA), llamado así al Autismo por su fluctuante efecto en cada uno de los individuos afectados, el cual puede ser desde muy leve hasta muy severo, se han presentado muchas controversias en referencia a su definición, etiología característica y tratamiento. Investigaciones científicas han destacado que es una condición genética que viene predispuesta al momento de nacer. Como muchas otras condiciones médicas se define y se diagnostican según ciertos signos de riesgos y síntomas fácilmente reconocibles alrededor de los 18 meses.

En este sentido, la presente investigación pretende aportar información acerca de la población infantil con edades entre 4 y 7 años que se encuentran en riesgo de Trastorno del Espectro Autista en el municipio El Hatillo del estado Miranda, así como determinar que indicadores de riesgo de autismo se presentan en mayor medida en esta población. Se parte de la investigación realizada por la Esp. Estrella, W. (2010), en donde se planteó como objetivo detectar los factores de riesgo en niños de edades pre escolares en las escuelas oficiales del mismo estado Miranda. De igual forma, el realizado por Guillén, V. (2012) que evaluó el riesgo de trastorno del Espectro Autista (TEA) también en edades pre escolares de la parroquia en Catia La Mar del Estado Vargas, y el estudio realizado por Carballo, G. (2012) el cual planteó el mismo objetivo en la población de Guatire, municipio Zamora del Estado Miranda.

El trabajo se estructura de la siguiente forma:

Parte I: Se da a conocer el planteamiento del problema, los objetivos que se desean lograr con la presente investigación y la justificación que sustenta el estudio.

Parte II: Abarca el marco teórico y antecedentes pilares de la investigación. Contempla bases teóricas y Bases Legales o Normativas.

Parte III: Contempla el marco metodológico, el tipo y el diseño de investigación. Se explica las técnicas y los procedimientos así como el contexto en el cual se realizó el estudio, la población y muestra que conforma la investigación.

Parte IV: Se presentan los resultados y el análisis de la investigación.

Parte V: Hace referencia a las conclusiones y recomendaciones.

### **Planteamiento del problema**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es uno de los grandes retos que en la actualidad se enfrentan los profesionales que desarrollan actividad clínica, docencia y salud. El interés por ampliar el conocimiento abarca diferentes modelos teorías o hipótesis como su evaluación adecuada y su abordaje e intervención. Los TEA se caracterizan clínicamente como un desorden en el desarrollo con aislamiento social, dificultad para comunicarse y patrones estereotipados de conducta. “El autismo afecta el desarrollo del cerebro en áreas de la intervención social, las habilidades comunicativas y el procesamiento de información sensorial, no es un síndrome único sino un continuo de desórdenes del desarrollo” (Pereira, M., 2010 cp. Aramayo, M., 2014).

Entidades norteamericanas como la Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM por sus siglas en inglés) registran estadísticas asociadas a la población de los Estados Unidos de América desde el año 2000. Autores como Estrella, W. (2010) sugiere que las naciones latinoamericanas al no contar con estadísticas propias, deben tomar referencias como la del ADDM como índices que permitan evaluar la relevancia del autismo dentro de las sociedades suramericanas.

Un aspecto relevante, es que de acuerdo a los datos establecidos por la red ADDM, los registros correspondiente al año 2000 y sus consecutivos registros el año 2002 son los únicos que presentan una estimación con una aproximación de uno de cada niño con igual valor; posteriormente se presenta aumento del promedio de la población con autismo. Los datos sugieren dos aspectos relacionados en el aumento de la proporción de la población infantil con TEA, el primero es que a medida que aumenta los sitios que reportaron a la red ADDM la confianza estadística del estudio aumentan

y es posible describir una realidad más adecuada de la situación del autismo; y la segunda es que puede existir la posibilidad de que la población diagnosticada con la condición de TEA. esté en crecimiento.

En Venezuela, las inquietudes de la insuficiencia informativa acerca de la condición del TEA. en la región postulada por la Especialista Estrella, W. motivaron investigaciones posteriores, promovidas por iniciativas como el Centro de Estudios para la Discapacidad de la Universidad Monteávila; los cuales han tenido como objetivo ampliar la extensión del estudio para lograr un índice nacional. (Aramayo ,2013).

Existe una necesidad amplia de contar con datos adecuados que permitan describir el autismo en la región y evaluar tanto sus consecuencias y causas; y así de esta manera será posible ejecutar la planificación de políticas de prevención y control apropiados a la región. Esta necesidad es cada vez más evidente a medida que aumentan los notables avances en los tratamientos de los TEA.

Domínguez, C. y Mah, A. (2009) nos expone que en Venezuela “... existe la necesidad de crear y apoyar líneas de trabajo en esta área, dirigidas no solo a la investigación de los procesos implicados en la etiología, sino también orientadas a la detección temprana...” (p.111). De igual forma estas autoras sostienen que al realizarse a tiempo la detección pueden ser incluidos en programas de atención en pro de mejorar su pronóstico. Ante esto surge la interrogante ¿Qué políticas de diagnóstico temprano se realizan en nuestro país? ¿Cuáles son los indicadores que manejan los docentes para detectar a tiempo el riesgo de autismo en los preescolares ¿Cuáles son los estudios estadísticos en Venezuela que nos reporte la incidencia del trastorno del espectro autismo? Todas estas interrogantes dan una gran inquietud ya que los especialistas, que son muy pocos, afirman que se está incrementando velozmente los diagnósticos de TEA ¿y qué pasa con los que no son diagnosticados y continúan su escolaridad sin recibir un abordaje oportuno?

Aún no sabemos con exactitud si los docentes conocen los indicadores de autismo, al respecto Aramayo (2010) nos señala que “Hay pocos estudios sobre los docentes y su conocimiento del autismo.” (p.48); por lo que se infiere que posiblemente no se logran detectar los riesgos por parte de los docentes siendo fundamental un estudio sistematizado de recolección de datos.

En el 2014 la alcaldía de El Hatillo en conjunto con la Fundación Hatillana para la infancia y la familia (FUNHAINFA) y la Coordinación de Desarrollo Social realizó en el municipio un censo para tomar datos sobre discapacidad. Contaron con la colaboración de los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela. La población cuenta con 58.156 habitantes según el reporte del XIV Censo nacional de población del estado Miranda. Se considera que los indicadores no fueron convenientes para identificar TEA ya que no se reportó ningún caso.

De lo anterior se desprende que es fundamental continuar la línea de investigación para detectar riesgos de TEA en niños en edades comprendidas entre 4 y 7 años del municipio anteriormente señalado para poder gestionar planes de diagnóstico formal e intervención a niños que estén en riesgo de poseer TEA .

### **Objetivo General**

Estimar los indicadores de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en 4 escuelas de la alcaldía del Municipio El Hatillo Estado Bolivariano de Miranda, en una población de 233 niños y niñas en edades comprendidas entre 4 y 7 años de edad cronológica que componen estas Unidades Educativas.

## **Objetivos específicos**

1. Indagar las características con mayor frecuencia en la población identificada en riesgo de presentar TEA
2. Identificar la frecuencia de niños y niñas con riesgo de Trastorno del Espectro Autista.
- 4 Estimar los indicadores de riesgo de acuerdo a la edad y género.

## **Justificación**

Considerando que aun el autismo es poco conocido se puede dar el caso de niños que presentan el trastorno y pasan inadvertidos por profesionales e incluso por los mismos padres, en particular cuando estos últimos no han tenido otras experiencias previas en la crianza de niños. Probablemente estos niños pueden calificarse como malcriados por presentar berrinches y agresiones, desconociéndose que se encuentra afectada la función ejecutiva, habilidades necesarias para la resolución de problemas, por tanto aislarse del contexto externo, inhibir respuestas inadecuadas, planear y generar secuencias apropiadas de acciones voluntarias no se logran , cuando en realidad corresponde básicamente a una respuesta de origen orgánico.

Una identificación e intervención temprana puede modificar, de manera notoria, el curso de evolución de un trastorno del desarrollo. Incluso condiciones severas como el TEA pueden responder favorablemente a la estimulación, promoviendo mejores expectativas de desempeño en el futuro.

De lo anterior expuesto se desprende que, la presente investigación busca estimar los indicadores de riesgo del Trastorno del Espectro Autista, y dar a conocer las cifras de riesgos en la educación en una población de edades entre 4 años y 7 años. Esto con el fin de alertar e incitar a los docentes para que orienten a los padres y

remitan a los especialistas preparados con el objetivo que den un diagnóstico más preciso. Se plantea proporcionar información a personas relacionadas con el espectro, profesionales relacionados y que contribuyan a futuras investigaciones. De igual forma esperamos brindar datos que permitan establecer políticas de abordaje a tiempo por parte de la alcaldía del municipio.

## **Marco Referencial**

### **Antecedentes**

Para fines de este estudio se reseñan tres investigaciones previas sobre trastorno del espectro Autista que han servido de línea de investigación y de soporte conceptual para el análisis de los resultados obtenidos ampliándose de esta manera la información sobre la estimación de los indicadores de riesgo de autismo que se presentan en mayor medida en la población.

Los trabajos desarrollados referentes al tema y que se citan son:

El realizado por Estrella, W. (2010). Titulado “Detección de Riesgo de Trastornos del Espectro Autista en niños y niñas del Municipio Sucre” Estado Miranda-Venezuela. Cuyo Objetivo General es Determinar los factores de riesgos de trastorno del espectro Autista en niños y niñas del Municipio Sucre. Estudio exploratorio en el que se suministró un cuestionario de detección del riesgo de TEA, que consiste en 16 ítems de preguntas cerradas. Fue aplicado a maestras de Educación Inicial, de 14 escuelas oficiales del Municipio Sucre seleccionadas. El tamaño de la muestra fue de 243 niños y niñas con edades entre 3 y 6 años. Los resultados obtenidos fue una detección de riesgo en un 6,58% de los casos estudiados, existiendo mayor prevalencia en niños que en niñas. Permitió además describir los comportamientos atípicos detectados con mayor frecuencia.

Cabe destacar que Caraballo, G. (2012) siguió la misma línea de investigación específicamente en el Sector Privado de la Educación Inicial. La cual lleva por nombre “Detección de Factores de Riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños de 4 a 6 años en Institutos de Educación Inicial Privados de la población de Guatire Municipio Zamora Estado Miranda”. Trabajo de investigación para optar al Grado de Especialista en Atención Psicoeducativa del Autismo en la Universidad Monteavila .Se trata de un trabajo exploratorio y se aplicó un cuestionario de 16 ítems con preguntas cerradas a una muestra probabilística representativa respondida por las docentes de cada uno de los estudiantes que formaban la muestra. Al presentarse en una frecuencia de siete (7) o más ítems positivo sugiere que el niño(a) se encuentra en riesgo. Se obtuvo como resultado que del total de estudiantes encuestados el 6% presentan más de 7 ítems con respuesta positiva, mientras que el 94% restante puede presentar o no algunas de las características señaladas en la encuesta sin llegar a los 7 ítems. En cuanto a la proporción entre varones y hembras que se encuentran en riesgo se puede concluir que por cada tres varones hay una hembra en riesgo. Respecto a la incidencia por edades se tiene que la mayor proporción en número de casos se encuentran a la edad de 5 años, tanto en hembras como en varones.

En este mismo orden de idea posteriormente Guillén, V. (2013) realizó un estudio exploratorio de “Detección de Riesgo de TEA (Trastorno del Espectro Autista) en niños y niñas entre 3-6 años de edad que asistieron en Centros de Educación Inicial de la Parroquia Catia la Mar del Estado Vargas durante el Período Escolar 2011-2012”. Trabajo de investigación presentado en la Universidad Monteavila para obtener la especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo. Empleó el cuestionario de detección de riesgo, aplicado a maestras de Educación Inicial. La muestra estuvo conformada por 288 niños en 5 Preescolares Oficiales de dicha parroquia, con edades comprendidas de 3 a 6 años. Se obtuvo como resultado un porcentaje de niños en riesgo de (4%). De igual forma aportó descripciones de los comportamientos identificados con mayor frecuencia por las maestras en la población en riesgo de TEA

Estos tres estudios expuestos tienen una gran importancia para la presente investigación considerando que los datos aportados son significativos ya que son tomados de nuestra realidad de educación inicial venezolana.

## **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **Trastorno del Espectro Autista**

#### **Conceptualización y Características**

El término autismo proviene del griego “autos” y significa “si mismo”, y fue introducido por primera vez por Bleuler en el año (1908), para expresar el aislamiento o ensimismamiento de algunos pacientes esquizofrénicos. Según refería el autor, el autismo consistía, en una conducta intencional de evitar relaciones sociales. (Balbuena, F. 2007 cp. Guillen, V. 2013)

La primera descripción sistemática de la condición de TEA fue dada por Kanner en 1942, posteriormente al año siguiente el Dr. Hans Asperger, científico, describió en un grupo de niños una condición similar conocida como Síndrome de Asperger. (Cuxart, Francesc. 2000). Cabe destacar que Lorna Wing en el año 1981 difundió estos estudios y realizó la comparación de ambos notando que a pesar que posiblemente apreciaron las mismas condiciones describieron diferentes características. Vera, J. (2008) nos relata que las “...diferentes interpretaciones llevaron a la formulación de Síndrome de Asperger (término utilizado por Lorna Wing en una publicación de 1981) y a lo que comúnmente se llama autismo de Kanner para referirse a autismo de alto y bajo funcionamiento respectivamente”. (p.92)

En este mismo orden de ideas, nos expone Paluszny, M. (2013) “Autismo es un síndrome de la niñez que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio.”(p.15)

En relación a lo anterior Lorna Wing, en el año 1988 diferenció tres dimensiones de variación de espectro autista llamadas la “Triada de Wing” estas son consideradas la base para el diagnóstico de autismo en sistemas mundiales como el Manual de Diagnóstico de la Asociación (DSM) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). El DSM en su cuarta versión utilizó esta triada. Los trastornos presentados por la autora son los de la reciprocidad social, trastorno de la comunicación verbal y no verbal y ausencia de la capacidad simbólica y conducta imaginativa.

Y Reano, E. (2014) nos señala que “En la nueva edición el DSM-V esto fue modificado convirtiéndose la triada en un modelo diádico.”(p.2), mostrándose en dos categorías de síntomas: deficiencia en la comunicación social, acá los problemas sociales y de comunicación se combinan y el comportamiento restringido y repetitivo.

Las categorías de síntomas “ deficiencias en la comunicación social” y “comportamientos restringidos y repetitivos recogen los mismos elementos que en DSM-IV, a excepción de dos cambios importantes tales como las “deficiencias o retraso en el lenguaje” ya no se incluyen en esta categorías de síntomas del DSM-V. De igual forma el síntoma clínico “sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales”, que no aparecían en el DSM-IV se incorpora ahora a la categoría “comportamiento repetitivos”. Existe mucha controversia en esta nueva versión. Para fines de esta investigación nos centraremos en el modelo de la Triada de Wing.

### **Criteria Diagnósticos DSM-V**

En la guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5 publicados por American Psychiatric Association (2014) los criterios para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista se pueden visualizar en la tabla 1:

Tabla 1 Criterios Diagnósticos DSM-V (American Psychiatric Association, p. 29 2014)

Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00 ]

A. Deficiencia persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

1. Las diferencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en interés, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías de contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencia de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajuntar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de intereses por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

1. Los movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p.ej, estereotipias motores simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincráticas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p.eje., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés ( p.ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscrito o perseverantes)
4. Hipe o hipo- actividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p.ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden: para hacer diagnóstico de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidades intelectuales, la comunicación ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

### **Prevalencia**

Diferentes profesionales afirman que se aprecia una alta incidencia de niños con TEA alrededor del mundo. Sin embargo la información no es precisa careciendo de estimación válida. (Aramayo, M. 2014).

Estrella, W. en un estudio realizado plantea “Clara necesidad de generar estadísticas propias”. “Venezuela y Latinoamérica no contamos con estadísticas nacionales sobre Autismo” (Estrella, W. 2010 cp. Aramayo, M. 2014 p.74). Apoyando esta idea Pereira en un estudio descriptivo del autismo en Venezuela nos relata que en Venezuela no contamos con estudios que contengan estadísticas formales. (Aramayo, M. 2014.)

De acuerdo con lo anterior necesitamos en nuestro país un estudio más sistemático, concreto y coordinado para lograr tener un número preciso de niños con TEA, Ante esto nos basaremos en el aporte de los datos suministrado por el Centro para el Control y la prevención de enfermedades (CDC)

CDC cuenta con Red Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM), grupo de programas subvencionados para determinar el número de personas con TEA en los Estados Unidos. Comparando su data, tenemos que en años anteriores se dio un gran incremento en el 2007, la Red de los CDC reportó que 1 de cada 150 niños presentan TEA, esto perteneciente a una base de datos del 2.002. Posteriormente para el 2009, con data del 2006 incrementó, evidenciándose en el reporte que 1 de cada 110 niños evidencian TEA. Como se puede notar en los cálculos de la prevalencia estimada de los TEA se incrementó, aumentó 23 % del 2006 al 2008 y un 78 % del 2002 al 2008.

Ruggieri, V. y Arberas, C. (2015) nos da a conocer que según el Centro para El Control y la prevención de enfermedades en su último reporte señalan que los TEA “...afectan a una de cada 68 personas, con predominio de 4 a 1”. (p.545) Estadística de marzo 2014 (CDC, 2015). Alarmante el incremento para la fecha, y lo es más si no le prestamos atención a las estadísticas para gestionar planes de acción, ampliando la red de atención.

En estas estadísticas nos dan a conocer la incidencia de varones en relación con las hembras. Al respecto Pereira citada por Aramayo (2010) “Los TEA son cuatro veces más frecuentes en los niños que en las niñas y no se conocen las fronteras raciales, étnicas y sociales” (p. 129).

Núñez, C. en un esfuerzo por obtener datos estadísticos realizó un estudio exploratorio sobre la incidencia de los Trastornos del Espectro Autista en la población del Centro de Desarrollo infantil n° 2 ubicado en Montalbán III en período de 2000 al 2001 realizó un revisión de 2.370 historias clínicas de los niños asistidos en ese periodo con la condición de TEA. Pudo conocer que hubo un incremento en la incidencia de la población de 1 a 180 niños. Al igual que Pereira, nos expone que se dio mayor incidencia en niños que en niñas, estableciendo una relación de 3 en 1. (Aramayo, M. 2014).

## **Factores de riesgo y detección temprana del TEA**

Ante la preocupación del incremento de la incidencia del TEA en nuestro país y la ausencia de un registro de población infantil, adolescente y adulta tal como nos expresa Domínguez, C. Mahfoud, A. (2009) se plantea la necesidad de conocer e identificar factores de riesgos que puedan interferir en el desarrollo evolutivo en el niño y su integración social adecuada.

Es importante que todas las personas relacionadas con los niños y niñas, especialmente el pediatra, identifiquen las señales de alarma o factores de riesgo que nos da la impresión de posible caso de TEA. En este caso son los pediatras, ya que son los primeros especialistas que los padres buscan en las etapas iniciales de sus hijos para verificar su proceso de desarrollo. La presencia de estos signos de alarma indicaría la necesidad de realizar estudios más específicos y, si fuese necesario, la derivación a centros de atención temprana, servicios de neuropediatría u otros especialistas.

Ante la idea de un diagnóstico temprano Cortez M y Contreras M realizaron una revisión de 58 artículos en Buenos Aires Argentina en el Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” el presente estudio brindó a los pediatras conocimiento en referencia a los factores que intervienen en el diagnóstico temprano del TEA. De igual forma determinaron que no poseen un sistema que les permita hacer una detección. Por tanto las autoras plantean el uso de test estructurados y no estructurados. (Cortez. y Contreras. 2007 cp. Guillén, V. 2013)

La detección temprana es considerada por Zalaquett, D. Schonstedt, M. Angeli, M. y otros (2015) “...fundamental para poder intervenir tempranamente e intentar variar el pronóstico funcional a largo plazo de los niños con TEA (p.130).

A partir de los 12 meses de nacido un niño puede empezar la sospecha que él no se encuentra rindiendo acorde a lo esperado para su edad en diferentes áreas de su desarrollo, así nos lo señala Alvares, S. y Fernández, J. (2014)

La detección temprana del TEA según nos señala Bedia, R. Primo, P. Fabian, A. y otros (2015) "...ha resultado un tema de creciente relevancia, ya que se asumen importantes beneficios para la persona con el trastorno, sus familias y para la sociedad en general". (p. 525). Estos autores informan que ha sido en los últimos 10 años que se ha incrementado el interés por la detección precoz relacionando con el incremento en los datos de prevalencia que han permitido considerar el trastorno mucho más común que en tiempo atrás.

La detección precoz del autismo permite proporcionar al especialista las herramientas para el abordaje del niño con TEA, al igual que facilita el empleo de un método de intervención adecuado. Facilita informar y acompañar a la familia, para que esta pueda aprovechar mejor los recursos que estén a su alcance. (Caraballo, .2012)

Reaño, E. (2015) deja claro que "No existen manuales específicos para realizar el diagnóstico de Autismo que no dependan de otro". (p.2) Este mismo autor nos expone que el CIE-10 señalan los criterios que deben tener para dar un diagnóstico. De esta forma el autor nos deja claro que el especialista debe apoyarse de varios recursos al momento de evaluar y dar un diagnóstico.

En el noveno curso de actualización pediatría 2012, en Madrid, España, el psicólogo Carrascón, C. en el taller de señales de alerta de los TEA, expone, que este trastorno se da en edades muy tempranas, destacando que es sumamente importante en los profesionales de atención primaria conocer los síntomas que se dan en esta

población y los instrumentos a emplear para detectar. Carrasco, C. (2012) nos aclara que “El diagnóstico de estos trastornos se realiza a través de la observación de los criterios clínicos que se recogen en los manuales diagnósticos DSM o CIE-10, no existiendo una prueba médica para confirmar diagnóstico”. (p. 305).

Díaz, F. García, C. y Martín, A. (2004) coinciden con esta última afirmación destacando “... los profesionales implicados en la atención temprana del niño deben estar lo suficientemente familiarizados con los signos de alarma y síntomas del autismo como para reconocer los posibles indicadores que hacen necesaria una evaluación diagnóstica más amplia”. (p.137).

Cuando se sospecha el riesgo de Trastorno del Espectro Autista es indicado utilizar un instrumento de diagnóstico que implique un exhaustivo proceso de evaluación directo con el niño, sus padres y especialistas indicados. Al respecto Cabanyes, J. García, D. (2004) nos indica que existen tres instrumentos con respaldo científico. El Chat diseñado para aplicar a niños de 18 meses, cuestionario de Ginberg para niños entre 10 y 18 meses y el PDDST para niños desde el nacimiento hasta los 36 meses. (Cabanyes, J. y García, D. 2004 p.85).

Por tanto es fundamental una detección temprana de riesgo de posible presencia de TEA para poder brindar atención a tiempo, tal cual no lo afirma Carrasco, C. (2012) “La detección de niños en riesgo en edades temprana es fundamental para una derivación a programas de atención temprana que aseguren una intervención lo más pronta e intensiva posible, la figura del pediatra se torna vital en este cometido”. (p.306). Nos plantea que por ende es necesario estar alerta como observadores de distintos comportamientos, señales, indicadores tempranos.

Los niños con TEA tienen la posibilidad de desarrollar su potencial con atención temprana a través de un programa específico y apoyo al grupo familiar, expresado por la Sociedad Venezolana para Niños Autistas. (SOVENIA, 2010)

### **Intervención temprana en el Trastorno del Espectro del Autismo**

La atención temprana la ha definido Zalaquett, D. Schonstedt, M. Angeli, M. y otros (2015) como "... conjunto de actividades diseñadas para fomentar el desarrollo de niños pequeños con discapacidades o situaciones de contexto que vulneran el adecuado desarrollo infantil." (p.127). Los autores también plantean que va desde el momento de la ayuda y servicios hasta el seguimiento dinámico y continuo proceso de reevaluación así como la intervención de la familia y lo que rodea al niño.

El Libro Blanco de Atención Temprana ha definido atención temprana como "... el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno..." y establece "... debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social" (s.p.)

En la intervención lo más importante es considerar el perfil individual del niño y su familia, sus fortalezas y debilidades. Ofrecer un ambiente estructurado y regularidad en la frecuencia de trabajo con la participación de los padres. (Zalaquett, D. Schonstedt, M. Angeli, M y otros ,2015).

Ruggiere, V. y Arberas, C.( 2015) en un artículo titulado Abordaje terapéuticos en los trastornos del espectro autista , plantean que se trata que el TEA "... obedece trastornos del neurodesarrollo secundarios a disfunciones de áreas y circuitos neuronales, no vinculada con lesiones irreversibles".(p.545) Complementando la idea nos aporta que "La plasticidad cerebral permite modificaciones de las áreas

disfuncionales, por lo cual jerarquizamos el comienzo terapéutico temprano para lograr una mejor evolución.”(p. 545).

### **Situación del autismo en Venezuela**

En Venezuela se han producido cambios en la modalidad de Educación Especial, que de acuerdo a la Ley Orgánica de Educación (2009), es considerada como una variante educativa que dirige su atención a niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales o algún tipo de discapacidad.

La educación especial para dar atención se ha organizado en esta última década en doce instituciones; CAIPA, CAIDV, C.P.C, E.I.S, C.D.I, U.E.F, T.E.L, CENDA, U.P.E, A.I, C.A.I.L y C.R.L, donde su currículo centrado más en un modelo clínico, siendo la evaluación diagnóstica la que prevalece más que ser mediadores que la planificación se dé tomando en cuenta funcionamiento del niño y no por lo que debe rendir según la edad.

En el año 2012, se planteó desde el Ministerio del Poder Popular para la Educación un proyecto titulado “Lineamiento para la Reorganización de la Modalidad de Educación Especial a nivel nacional con miras de una Educación Especial sin Barreras”. Esto con la finalidad de realizar transformaciones creando Centros Pedagógicos de Diagnostico, Orientación y Formación para la Diversidad Funcional. Para la creación de dichos centros, se consideró eliminan los CDI (Centros de Desarrollo infantil), CAIPA (Centros de atención integral para la persona con autismo), los CAIS (Centro de atención Integral Social), CRL (Centros de rehabilitación del lenguaje), los CAIDV (Centros de atención Integral de Deficiencias Visuales), las Aulas Integradas y otros servicios que atendía la educación especial. Hasta la fecha aún no se tiene documento legal que valide dichos cambios. (Rubiano, E. y Lozada, F. 2015)

Existen asociaciones creadas por familias y profesionales .Entre ellas se destacan las siguientes: SOVENIA CEPIA, SOVENIA, GRUPO REDAPSI Y FUNDACION NUEVO DIA. (Domínguez, C. y Mahfoud, A. ,2009)

Lo lamentable hasta la fecha no se ha logrado un censo preciso que permita cuantificar los recursos para lograr adquirir un plan de financiamiento para elaborar proyectos de prevención, diagnóstico e intervención en Venezuela.

### **Base Legal**

Con la finalidad de fundamentar legalmente la presente investigación se mencionan como base legal los siguientes documentos:

#### **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**

**Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, viernes 24 de marzo de 2000**

#### **Capítulo V**

#### **De los Derechos Sociales y de la Familia**

#### **Artículo 81.**

Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria”. (p.25)

Según este artículo de la constitución quedan garantizados a los ciudadanos el poder pleno de su actuación social y ciudadana.

### **Artículo 103**

Toda persona tiene derecho a una educación integral de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y oportunidades” se incluye a la población con necesidades especiales.

La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidades...” (p.30).

### **La ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA) con publicación en Gaceta Oficial N 5859 publicada el 10 de diciembre del año 2007 contempla a la población con discapacidad en los siguientes**

#### **Artículo 29**

“Todos los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales tienen derecho y garantías consagradas y reconocidos en esta ley, además de los inherentes a su condición específica”. (p.16)

#### **Artículo 61**

“El estado debe garantizar modalidades, regímenes, planes y programas de educación específicos para los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales”.

“La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidades”. (p.27)

Ley para las Personas con Discapacidades en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n 38.598. Del 5 de enero de 2009

En el apartado “TITULO I” encontramos el siguiente artículo:

## **Artículo 5**

Define discapacidad como “... la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución u supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales... (p.1)

## **Artículo 6**

Definen a la persona con discapacidad “Son todas aquellas personas que por causa congénita o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinación de ellas...” “Se reconoce como persona con discapacidad : las sordas, las ciegas, las sordociegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas...” (p.2). De esta forma apreciamos como la población con TEA es incluida dentro de las leyes de las personas con Discapacidad

Posteriormente en el apartado “TITULO II Capítulo I” se destaca:

## **Artículo 12**

Contempla la atención temprana enunciado de la siguiente forma: “La habilitación y rehabilitación debe comenzar en la etapa más temprana posible, se fundamentaran en una evaluación multidisciplinaria de las necesidades y capacidades individuales...” (p.5)

Estas tres leyes contemplan la defensa de la atención de la población de niños con discapacidad, estableciendo lineamientos y políticas que amparan la seguridad y

la atención integral. Todo profesional relacionado con niños y niñas al igual que los padres debe conocer estas leyes para garantizar los derechos de esta población.

## **Metodología**

### **Tipo de Investigación**

El presente estudio es de carácter cuantitativo tal como lo expone Hernández. Fernández, C. Baptista, P. (2006) "... el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimiento estadísticos". (p.5).

Partiendo de los objetivos planteados el presente trabajo se orienta a una investigación exploratoria, según Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P. (2006) este tipo se realiza "cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas..." (p.100). De igual forma nos expone que se realiza cuando "deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas."(p.101)

### **Diseño de Investigación**

El término diseño se refiere según Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P. (2006) "... al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea." (p. 158). La presente investigación se encuentra enmarcada en un diseño de campo, según Sabino (1992). Para el presente estudio, la recopilación de los datos fue tomado de una realidad específica, delimitada en la población escolar del municipio El Hatillo del Estado Miranda.

### **Población**

Según Tamayo y Tamayo, (1997), “La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación” (p.114)

La población seleccionada fue de 4 unidades educativas del municipio El Hatillo. La U.E.M.R .General Rafael Urdaneta, del sector Gavilán, ubicada en una zona rural muy retirada de la población de El Hatillo. Asisten niños de la zona con pocos recursos. Está estructurada en un ambiente de casa, con techo de láminas de acero acerolit. La U.E.M.R. Pedro Camejo del Caserío Los Naranjos, La Lagunita en una zona que solo pueden llegar carros rústicos por presentar serios problemas en la vía, al igual que la anterior institución está presenta deterioro de techo, paredes y piso. Asisten niños de varios sectores de la población, con la ventaja que gozan con un transporte que suministra la alcaldía. La U.E.M.R Armando Reverón zona rural, Sector La Hoyadita. Vía Turgua es un colegio que se encuentra en buenas condiciones, sin embargo, esta paralelo a la calle principal y el ruido de los carros se percibe con facilidad dentro de la escuela. Por último el colegio María May del sector El Calvario de El Hatillo queda cerca del pueblo. Todos pertenecientes a la Alcaldía del Municipio El Hatillo, contando con un total de 233 niños y niñas en edades comprendidas entre 4, y 7 años de edad.

Para la finalidad de una mayor exactitud en el procesamiento y detección del riesgo, la investigadora trabaja con la totalidad de la población seleccionada.

### **Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos**

La recolección de los datos se realizó por medio de la técnica de la encuesta, la cual Valarino, E. Yaber, G. Cemborain, M. (2012) nos exponen que “Se utiliza para

conocer características de un conjunto o grupo de personas en una determinada situación.”(p.219)

. De este estudio se tomaron los 16 ítems que lo conforman sin alterar su contenido, ni semántica. Esto con la finalidad de mantener la validez y confiabilidad en cuanto a contenido. Se realizó modificación en la escala de respuestas de dicotómico a categorías de respuestas en escala tipo Likert, con opciones de frecuencia.

El instrumento diseñado fue de tipo cuestionario, donde los ítems utilizados para mantener la revisión de la validez y confiabilidad de los aspectos estructurales y semánticos se conservaron del instrumento empleado por la especialista Estrella. W. Para la evaluación de estos ítems se utilizó la escala de Likert, que es definida por Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P (2.006) como “Conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías.”(p.341).

Cañada, I y Sánchez, A. (1998) nos da a conocer que “... la escala de categorías constituye una de las técnicas de medida de creencias, preferencias y actitudes más utilizada por científicos de la conducta” (pág. 623). La escala de categorías es utilizada por estos autores como sinónimo de la escala tipo Likert y nos expresa que es fácil de desarrollar para el investigador y sencilla para la persona que responde. Destacan que se refiere a un procedimiento de escalamiento en el que el sujeto asigna los estímulos a un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos. Para este estudio hacemos referencia a los de frecuencia.

Para la presente investigación se utilizó este tipo de escala considerando que en la observación sistemática del comportamiento interesa recoger de manera fidedigna información acerca con qué frecuencia ocurre la conducta ya que esta puede variar en las frecuencias y magnitudes. Por consiguiente, es indispensable procedimientos de registros que suministren dicha medida del modo más exacto posible.

### **Instrumento**

Según Tamayo (1998) describe el instrumento como “...una serie de ítems o preguntas estructuradas, formuladas y llenadas por un empadronador frente a quien responde” (p.181)

Para fines de esta investigación el instrumento empleado consta de 16 ítems con opciones de respuestas cerradas policotómicas, considerándose válida si se marca una opción. La escala utilizada fue: nunca, a veces, con frecuencia, muy frecuentemente o siempre.

Nunca nos señala que jamás, en ningún momento la característica se ha presentado.

Muy frecuente y siempre representa que la conducta se da con una frecuencia más de 6 veces al día.

Con frecuencia la conducta se presenta con una frecuencia de 4 veces al día.

A veces con una frecuencia de 1 vez al día.

A cada una se le asignó un valor numérico del 0 al 3. Las puntuaciones de la escala de Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto a cada frase. La existencia del indicador de riesgo de poseer TEA se consideró con las opciones con

Muy frecuentemente o siempre (3) Con frecuencia (2), A veces (1), no poseer riesgo con nunca (0).

. Los ítems que conforman el cuestionario son:

1. Contacto visual deficiente.
2. Actúa como sordo, no responde al llamado.
3. Evade el contacto con otros niños.
4. Aproximaciones o contactos inadecuados con sus pares y/o con adultos.
5. Berrinches frecuentes, extremo, de difícil manejo.
6. Hiperactividad o niveles extremos de pasividad.
7. Usa objetos de forma atípica (gira objetos, alinea o apila).
8. Apego exagerado a objetos o temas.
9. Se resiste a los cambios de rutina.
10. Risas sin motivo.
11. Dificultad en el lenguaje/ ecolalia, inversión pronominal, uso de palabras atípicas, jerga o lenguaje propio ocasional, uso de frases cliché o idiosincráticos, persevera verbalmente, lenguaje sofisticado o formal, entonación particular
12. Lleva de la mano o empuja para pedir lo que desea.
13. Se resiste a las actividades escolares.
14. Juego extraños, repetitivos o no imaginativos.
15. Es intrépido, arriesgado, sin noción del peligro o muestra miedo excesivo.
16. Rechaza el contacto físico.

## **Validez y Confiabilidad**

### **Validez**

Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P. (2006) refieren que “La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.”(p.277)

Para fines de este estudio, se validó mediante el juicio de un experto, Hernández y cols. (2001) definen la validez del instrumento como “... el grado en que

un instrumento mide lo que pretende medir” (p. 110). Es por ello que se consultó al especialista Lic. en psicología Ana Gabriela Serpa, Master en TEA y en Dificultades de Aprendizaje, actualmente es parte del equipo técnico de CEPIA y profesora en el EAPA.

La especialista reviso el cuestionario tomando en cuenta

- a) La claridad semántica y corrección gramatical de cada ítem.
- b) Adecuación de la redacción al nivel educativo de los maestros a los que será aplicado
- c) Congruencia con el dominio que se pretende medir

Realizó aportes sobre la redacción de algunos de los ítems, los cuales se consideraron, validando la utilización de la escala de Likert para la medición de frecuencia de conductas.

### **Confiabilidad**

Para obtener confiabilidad se realizara una prueba piloto siguiendo la definición dada por Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P. (2006) “La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales.”(p. 277).

La confiabilidad del instrumento fue medida a través de la aplicación de una prueba piloto a 3 maestras con una valoración de 4 estudiantes cada uno, cursantes del periodo escolar 2014-2015. Se seleccionaron 3 maestras y al azar 4 alumnos de cada nivel que atendían. Chequearon el instrumento en los aspectos relacionados con la redacción de las preguntas, la comprensión de las mismas, la claridad del lenguaje utilizado y el empleo de la escala Likert. La prueba piloto arrojó que es fácil de comprender, no hubo duda en ningún momento, el manejo de la selección de respuesta fue rápido, lo que determinó que el instrumento es confiable para su posterior uso en el estudio.

### **Técnicas para el Análisis de Resultado**

Analizar, para Valario, E. Yaber, G. y Cemborain, M. (2012) “significa ordenar, categorizar, fraccionar, descomponer, manipular y resumir datos para responder a las preguntas de investigación.”(p.337)

Se empleó en esta investigación el programa Excel para organizar los datos arrojados por las encuestas obteniendo la frecuencia lo cual facilitó el cálculo de porcentajes. Estos datos se presentan en tablas, las cuales se emplearon para realizar el análisis

### **Técnicas para el Análisis de Resultado**

Analizar, para Valario, E. Yaber, G. y Cemborain, M. (2012) “significa ordenar, categorizar, fraccionar, descomponer, manipular y resumir datos para responder a las preguntas de investigación.”(p.337)

Se empleó en esta investigación el programa Excel para organizar los datos arrojados por las encuestas obteniendo la frecuencia lo cual facilitó el cálculo de porcentajes. Estos datos se presentan en tablas, las cuales se emplearon para realizar el análisis.

## **RESULTADOS Y ANÁLISIS**

Seguidamente se presentan los resultados obtenidos del cuestionario para detectar el riesgo del Espectro Autista tomando en cuenta las características más frecuentes, la edad y el género. Para realizar el análisis se estableció la frecuencia de

la presencia de la conducta y el porcentaje de los datos obtenidos de acuerdo a las respuestas dadas por las maestras.

### **Características presentadas en los niños.**

Tabla 2 Relación de cantidad de características manifestadas con frecuencia y porcentajes. (Díaz, A. 2015).

<b>ITEMS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Total de niños(as) que presentan entre 0 y 4 características	222	95,27%
Total de niños(as) que presentan 5 características	4	1,71%
Total de niños (as) que presentan 6 características	1	0,42%
Total de niños (as) que presentan 7 o más características	6	2,57%
Total de la muestra	233	100%

En la tabla 2 se da a conocer el porcentaje de niños y niñas que presentan desde 0 hasta 16 características que están contempladas en la categoría de indicadores de riesgo de TEA. De la muestra seleccionada de 233 niños y niñas se aprecia que de 0 a 4 características presentes existe un 95,27% se muestra no estar en riesgo. un porcentaje 1,71 % ya que solo poseen 5 indicadores, sin embargo, tal como lo indica Guillen (2013) estos niños aun cuando no entran en la clasificación en riesgo de TEA es motivo a considerar que posiblemente puedan poseer características de riesgos a condiciones asociados por lo que es fundamental seguimiento.

### **Contacto visual deficiente**

La conducta contacto visual deficiente nos indica que muestra dificultad para consistentemente establecer y mantener contacto visual con cara y ojos de la persona con la que interactúa. Hay que insistir para que preste atención a lo que se dice, incluso a veces tomar su cara para dirigirla hacia la persona que le habla. No mira donde se le señala. Uso limitado de la alternabilidad de la mirada entre objetos y personas.

Tabla 3 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan características de ausencia de contacto visual. (Díaz, A. 2015).

<b>Contacto visual deficiente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	29	12,44
Con frecuencia	11	4,72
Muy frecuentemente o siempre	6	2,57
Nunca	187	80,25
Total muestra	233	100%

En las observaciones dadas por las maestras se pudo obtener que el 80,25% de la población no presenta el indicador de contacto visual deficiente. Mientras que un 2,57 % de la muestra siempre presenta un contacto visual deficiente, con frecuencia un 4,72 % y a veces un 12,44 %. Por consiguiente el porcentaje de la muestra que presenta la característica de contacto visual deficiente es 19,73%. Este dato nos señala que tenemos un indicador de riesgo de TEA de acuerdo a la característica de la triada, específicamente alteraciones de la comunicación verbal y no verbal en donde señala la evitación visual y de acuerdo a los criterios de diagnóstico del DSM-5 la presenta como deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social pasando por anomalías de contacto visual.

### **Actúa como sordo/ no responde al llamado.**

Actúa como sordo, no responde al llamado se da cuando se le llama por su nombre y no voltea para fijar la mirada está muy asociada al indicador anterior contacto visual deficiente.

Tabla 4 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan características actúa como sordo, no responde al llamado. (Díaz, A. 2015).

<b>Actúa como sordo/no responde al llamado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
------------------------------------------------	-------------------	-------------------

A veces	49	21,03 %
Con frecuencia	11	4,72 %
Muy frecuentemente o siempre	7	3 %
Nunca	166	71,24 %
Total muestra	233	100 %

Este indicador se puede descartar de un 71,24 % de la población ya que las maestras consideran en sus respuestas que no actúan como sordos. Se pudo obtener que un 3 % de la muestra actúa como sordo, no responden al llamado siempre, con frecuencia un 4,72 % mientras que a veces un 21,03 %. De esta forma podemos apreciar que un 28,75 % de la muestra presentan la característica de actuar como sordo, no responde al llamado. En el DSM-V encontramos que se encuentra asociado a los parones restrictivos y repetitivos de comportamiento con un hipo actividad a los estímulos sensoriales del entorno demostrándose como indiferencias aparentes a sonidos.

### **Evade el contacto con otros.**

El indicador evade el contacto con otros se nota cuando el niño o niña se aparta de situaciones sociales o de lugares comunes donde comparten personas. Ante situaciones nuevas o personas posiblemente lo haga.

Tabla 5 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan características evade el contacto con otros. (Díaz, A. 2015).

<b>Evade el contacto con otros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	21	9,01 %
Con frecuencia	12	5,15 %
Muy frecuentemente o siempre	9	3,86 %
Nunca	191	81,97 %
Total muestra	233	100 %

Se pudo registrar que la característica evade el contacto con otros se obtuvo que nunca lo hacen un 81,97 %. Mientras que siempre lo hace un 3,86% de la muestra, con frecuencia 5,15% y a veces un 9,01 %. El total de respuestas que presenta este indicador es de 18,02 %. Considerando la triada de Wing es una característica de presentar posible TEA cuando hay un aislamiento social significativo. De igual forma en el DSM-5 podemos ubicar este resultado el criterio Deficiencia persistente en la comunicación social y en la interacción social, entendiéndose que la conducta de aislarse se debe según lo indicado por este manual a “Las Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento de las relaciones”, indicando que se puede asociar a la dificultad para compartir juegos imaginarios o para hacer amigos, hasta la ausencia por otras personas.

### **Aproximaciones o contactos inadecuados con sus pares y/o con adultos**

Interactúan menos de lo esperado con personas y niños de su edad. La interacción con los adultos son más para pedir que para mostrar. Se interesa más por los objetos que por las personas. Le cuesta mostrar y compartir sucesos o cosas que le gusten con otros.

Tabla 6 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan características aproximaciones o contactos inadecuados con sus pares y / o con adultos (Díaz A. 2015).

<b>Socializar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	16	6,86 %
Con frecuencia	11	4,72 %
Muy frecuentemente o siempre	9	3,86 %
Nunca	197	84,54 %
Total muestra	233	100 %

En referencia a las aproximaciones o contacto inadecuados con sus pares y/o con adultos se aprecia que un 84,54 % no evidencia la conducta. Un 3,86% siempre presenta la característica, con frecuencia un 4,72% y algunas veces un 6,86 % de la

población. La sumatoria de la frecuencia en que se presenta la conducta es de un 15,44 %. Como se puede apreciar el indicador señalado en el DSM – 5 y relacionado con la triada de Wing Trastorno en las capacidades de comunicación social (verbal o no verbal) se encuentra presente en la población. Este ítem nos indica que los niños posiblemente se encuentran evidenciando un aislamiento o pasividad en su interacción social así como contactos inadecuados. Lo cual podría ser común en ellos una capacidad limitada de empatía. Se encuentra muy asociado a la conducta analizada anteriormente con el indicador “Evade el contacto con otros niños”.

### **Berrinches frecuentes, extremo, de difícil manejo**

Los berrinches se consideran como las pataletas, en ocasiones agresiones y autoagresiones.

Tabla 7 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan características berrinches frecuentes, extremos, de difícil manejo. (Díaz, A. 2015).

<b>Berrinches</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	13	5,57 %
Con frecuencia	5	2,14 %
Muy frecuentemente o siempre	11	4,72 %
Nunca	204	87,55 %
Total muestra	233	100%

Los berrinches se han visto en un 4,72% de la muestra tomada, con frecuencia en un 2,14% y a veces se presenta en un 5,57 de la población estudiada. Por tanto al sumar Un 87,55 % no presenta esta conducta.

### **Hiperactividad o niveles extremos de pasividad**

El indicador de hiperactividad se aprecia operacionalmente cuando es muy activo, inquieto, con mucha energía, en todo momento está en búsqueda de estímulos.

Corren de un lugar a otro sin parar. Niveles extremos de pasividad se evidencia cuando son muy pasivos, parece no interesarle nada, se mueve poco, se queda donde lo ponen. Calificados por las personas como “muy tranquilos”.

Tabla 8 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan hiperactividad o niveles extremos de pasividad

Hiperactividad o niveles extremos pasividad	Frecuencia	Porcentaje
A veces	27	11,58 %
Con frecuencia	12	5,15 %
Muy frecuentemente o siempre	19	8,15 %
Nunca	175	75,10 %
Total muestra	233	100 %

En lo que respecta a la hiperactividad o extrema pasividad las maestras reportaron en sus respuestas que un 75,10 % de la población en estudio no la evidencia. El 8,75% presenta esta conducta, con frecuencia un 5,15 % y a veces un 11,58%. Al totalizar los porcentajes de los ítems con indicadores de presencia de la conducta, apreciamos que un 25.48 % muestra hiperactividad o extrema pasividad

### Usa objetos de forma atípica

Se interesa por los objetos que rotan, tales como ventiladores, ruedas de carros y los que no los hacen los pone a rotar. Apila objetos y / o los afila

Tabla 9 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica usa objetos de forma atípica (Díaz, A. 2015).

Gira objetos	Frecuencia	Porcentaje
A veces	22	9,44 %
Con frecuencia	2	0,85 %
Muy frecuentemente o siempre	4	1,71 %
Nunca	205	87,9 %
Total muestra	233	100 %

En el ítem que señala la característica usa objetos de forma atípica se obtuvo que un 87,9 % de la muestra no gira objetos de acuerdo a lo que observan las maestras. Un 1,71 % lo hace, con frecuencia lo hace un 0,85% y a veces un 9,44 %. En total tenemos un 12 % que presenta la conducta. Este síntoma en la triada de Wing aparece como Repertorio Restringido de Intereses y Comportamiento en donde los movimientos repetitivos y estereotipados son habituales. De igual en el manual DSM-5 es considerada esta actividad como Patrones Restrictivos y Repetitivos en el punto de Hipe o Hipo a los estímulos sensoriales, fascinación visual por el movimiento. por tanto consideramos que al estar presente se considera como un indicador en consideración para tomar en cuenta una como señal de riesgo de TEA.

### **Apego exagerado a objetos o temas**

Los apegos lo demuestran por obsesiones por objetos y juguetes. Duerme con ellos, los lleva a todas partes. También se puede dar los casos por temas de la T.V., música de propagandas u otros temas.

Tabla 10 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica apegos exagerados a objetos o temas. (Díaz, A. 2015).

<b>Apegos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	15	6,43 %
Con frecuencia	4	1,71 %
Muy frecuentemente o siempre	8	3,43 %
Nunca	206	88,41 %
Total muestra	233	100 %

Un 88,41 % de la muestra no presenta apegos de acuerdos a lo señalado por las maestras. Un porcentaje de 3,43 presenta apegos exagerados, con frecuencia 1,71 % y a veces se nota en 6,43 %. Se evidencia de esta forma que un 11,57 % en la población evidencia repertorios restringidos de intereses y comportamiento señalados por la triada de Wing y enmarcado como síntomas en el DSM-V en donde se explica que puede apeparse a objetos inusuales o extraños.

### **Se resiste a los cambios de rutina**

Insisten en la uniformidad de su rutina Tienen obsesión por mantener exactamente igual la rutina diaria. Al sacarlos del orden puede causar alteraciones, manifestando molestia, llanto, gritos, se muerden las prendas de vestir y otras conductas se pueden dar.

Tabla 11 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica se resiste a los cambios de rutina. (Díaz, A. 2015).

<b>Resistencia a cambios de rutina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	20	8,58 %
Con frecuencia	6	2,57 %
Muy frecuentemente o siempre	8	3,43 %
Nunca	199	85,40 %
Total muestra	233	100 %

La muestra escogida arrojó que un 85,40% no se resiste a los cambios de rutina. Un 3,43 % presenta la conducta, 2,57 % lo hace con frecuencia y un 8,58 % a veces lo demuestra. En total un 14,58 de la muestra presenta el indicador de resistencia a los cambios de rutina, indicador que está dentro de la clasificación en la Triada como Repertorio Restringido de Interés y Comportamientos y en el DSM-5. donde se señalan como uno de los criterios: Patrones Restrictivos en el Comportamiento, la insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas. Señalando posibles conductas tales como, gran angustia frente a cambios pequeños o/y dificultades en las transiciones.

### **Risas sin motivo**

La risa sin motivo aparente se manifiesta cuando ríe o tiene ataques de risa sin tener razón aparente. Ríe fijando su vista hacia algún punto.

Tabla 12 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica risas sin motivo. (Díaz, A. 2015)

<b>Risas sin motivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	9	3,86 %
Con frecuencia	4	1,71 %
Muy frecuentemente o siempre	6	2,57 %
Nunca	214	91,84 %
Total muestra	233	100 %

El indicador risa sin motivo el 91,84% no lo ha presentado. Se presenta siempre en un 2,57% de la muestra, con frecuencia un 1,71 %, a veces se evidencia en un 3,86%. Por tanto se aprecia que un 8,14 % presenta risas sin motivo.

**Dificultades en el lenguaje /ecolalia inversión pronominal, uso de palabras atípicas, jerga o lenguaje propio ocasional, uso de frases cliché o idiosincráticos, persevera verbalmente, lenguaje sofisticado o formal, entonación particular.**

En las dificultades de lenguaje, invierten los pronombres, habla con un tono monótono, como robot, o como cantando puede darse el caso que no forman frases completas con palabras. La evidencia de ecolalia se da cuando repiten las últimas palabras o sílabas. Se puede presentar de forma inmediata cuando responden con una pausa muy pequeña, a la última palabra o palabras que se han dicho o retardada cuando se produce después de un tiempo, minutos, horas, días o incluso meses. A veces, recitan frases o monólogos que escuchan en la televisión o la radio.

Tabla 13 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica dificultades en el lenguaje. (Díaz, A. 2015).

<b>Dificultad de lenguaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	18	7,72 %
Con frecuencia	17	7,29 %

Muy frecuentemente o siempre	9	3,86 %
Nunca	189	81,11 %
Total muestra	233	100 %

Las dificultades en el lenguaje los docentes han apreciado que 81,11 % de la muestra no lo han presentado. Registran que siempre en un 3,86% , con frecuencia en un 7,29% y a veces lo aprecian en un 7,72 %. La segunda dimensión de la Triada de Wing, Alteración de la comunicación verbal y no verbal se aprecia en esta característica descrita. Presentándose tanto en la forma como el contenido, sus competencias lingüísticas son peculiares y pueden incluir ecolalia, inversión pronominal e inversión de palabras.

### **Lleva de la mano o empuja para pedir lo que desea**

El indicador lleva de la mano o empuja para pedir lo que desea lo demuestran cuando usan la mano de otros como herramienta sin mirar o decir lo que desea, es decir, usar la mano del otro como extensión de la suya.

Tabla 14 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica lleva de la mano o empuja para pedir lo que desea. (Díaz, A. 2015).

<b>Lleva de la mano para pedir o empuja para pedir</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	12	5,15 %
Con frecuencia	1	0,42 %
Muy frecuentemente o siempre	7	3 %
Nunca	213	91,41 %
Total muestra	233	100 %

El indicador lleva de la mano o empuja para pedir lo que desea es observado por las maestras y reportan que un 91,41 % no lo presenta. Mientras que en un 3 % de la muestra muy frecuentemente o siempre, con frecuencia se presenta solo en un

0,42 % y a veces lo notan en un 5,15%. De esta forma apreciamos que un 8,57 % de la muestra presenta este indicador.

### **Se resiste a las actividades escolares**

La resistencia a las actividades escolares se evidencia en la ausencia de disposición, falta de interés por el aprendizaje sistemático.

Tabla 15 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica se resiste a las actividades escolares. (Díaz, A. 2015)

<b>Resistencia a las actividades escolares</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	20	8,58 %
Con frecuencia	8	3,43 %
Muy frecuentemente o siempre	4	1,71 %
Nunca	201	86,26 %
Total muestra	233	100 %

La resistencia a las actividades escolares, en la maestra se reportan que nunca lo presentan, un 86,26 %, 1,71 % lo hacen siempre, mientras que un 3,43 % lo hacen con frecuencia y a veces un 8,58%, significando que 13,72 % presenta la conducta de resistencia al aprendizaje. De acuerdo al DSM-5 los síntomas causan un deterioro clínicamente en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual

### **Juegos extraños repetitivos o no imaginativos**

No tiene interés por los juguetes o no los usa adecuadamente. Le da otro uso a los juguetes.

Tabla 16 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica juegos extraños repetitivos o no imaginativos. (Díaz, A. 2015)

<b>Juegos extraños repetitivos o no imaginativos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	11	4,72 %
Con frecuencia	4	1,71 %

Muy frecuentemente o siempre	6	2,57 %
Nunca	212	90,98 %
Total muestra	233	100 %

En referencia a los juegos extraños reportan las maestras que el 90,98 % de la muestra no presenta este indicador. Un 2,57% de la muestra lo hacen siempre, mientras que un 1,71% lo hace con frecuencia y a veces un 4,72 % de la muestra da a conocer esta característica. En total un 9% evidencia esta conducta. De estos datos podemos extraer que una porción de la población presenta la dimensión señalada por Wing en la triada como Repertorios Restringido de intereses y Comportamientos donde la actividad imaginativa está afectada, se plantea que la mayoría de las personas incluidas en el TEA fallan en el desarrollo del juego normal de simulación, ficción o fantasía.

#### **Es intrépido, arriesgado, sin noción del peligro o muestra miedo**

Al enfrenta sin temor situaciones peligrosas, da la impresión que desconoce las consecuencias. Situaciones tales como cruzar la calle corriendo sin percatarse el paso de carros, tomar utensilios que corten, tocar estufas entre otras situaciones que se puedan presentar como peligrosas. También se da el caso del extremo, excesivo miedo ante las situaciones, se evidencia muy temeroso.

Tabla 17 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica es intrépido o arriesgado sin nociones del peligro o muestra miedo. (Díaz, A. 2015)

<b>Intrépido (a) arriesgado(a) o presenta miedos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	27	11,58 %
Con frecuencia	11	4,7 %
Muy frecuentemente o siempre	11	4,7 %
Nunca	184	78,96 %
Total muestra	233	100 %

En el indicador que describe que es intrépido, arriesgado sin noción de peligro o muestra miedo encontramos que nunca lo representa un 78,96 %. Mientras que un 4,7% siempre presentan esta característica, siendo este mismo porcentaje de la muestra en los que la hacen con frecuencia .A veces se presenta en un 11,58%. De esta forma se aprecia que un 20.98% de la población presenta este indicador de riesgo de TEA.

### **Rechaza el contacto físico**

Rechaza el contacto físico, evitando ser tocado, abrazado, al igual que recibir besos en la mejilla.

Tabla 18 Frecuencia y porcentaje de varones y hembras que presentan característica rechaza el contacto físico. (Díaz, A. 2015).

<b>Rechaza el contacto físico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
A veces	19	8,15 %
Con frecuencia	5	2,14 %
Muy frecuentemente o siempre	5	2,14 %
Nunca	204	87,55 %
Total muestra	233	100 %

El rechazo al contacto físico no se presenta en el 87,55% de la muestra. Se aprecia en un 2,14% de la muestra, con frecuencia lo refleja el mismo número de porcentaje, apreciándose a veces un porcentaje de 8,15%. De esta forma notamos que un 12.43 % de la muestra muestra la conducta de rechazo al contacto físico.

### ***Presencia de riesgo de TEA en la muestra.***

Tabla 19 Relación de frecuencia y porcentajes de niños que no presentan riesgo de TEA con lo que presentan el riesgo (Díaz, A. 2015)

<b>ITEMS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Niños (as) que no están en riesgo de TEA	227	97.43.%
Niños (as) con riesgo de presentar TEA	6	2.57%
Total muestra	233	100%

Del total de la muestra de 233 niños, 227 no entran en la clasificación de presentar riesgo de TEA, representando un 97 %. Por tanto un 3 % se muestra que presentan riesgo. En estudios recientes realizados por la especialista Estrella, W. destaca que un 6,58 % de niños presentan riesgos de TEA de una muestra de 243. De igual forma estudios realizados por Guillén (2013) un 4 % presentan riesgo de 288 niños en estudio y estudios de Caraballo (2012) reporta un 6 % de una muestra de 356 niños. (Estrella, W. 2010 cp. Aramayo, M. 2010) Realizando una comparación de los resultados podemos deducir que hay un porcentaje menor de riesgo en este estudio

### **Hembras y varones que presentan riesgo de TEA**

Tabla 20 Relación por sexo de características manifestadas con frecuencia y porcentajes (Díaz, A. 2015).

<b>ITEMS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Total de hembras que presentan 7 o más de las características	1	0,89%
Total de varones que presentan 7 o más de las características	5	4,13%
Total de hembras y varones	233	100 %

Tomando en cuenta los datos de varones y hembras que presentan más de 7 características y al compararlos podemos apreciar que solo 1 niña presenta el riesgo, representando un 0,89 de la muestra mientras que 5 varones, el 4,13%, tienen el riesgo de presentar TEA.

Haciendo referencia al estudio de la especialista Estrella, W., determinó que de cada 8 niños en riesgo de autismo, 7 fueron varones, y solo 1 niña. (Estrella, W. 2010 cp. Aramayo, M. 2014 p 156). Estos datos también se ven en el estudio realizado por Guillén, V. (2013) en donde solo 1 niña de la muestra reflejo riesgo en presentar TEA y 10 niños evidenciaron riesgo de TEA. Caraballo, G. (2012) presenta un mayor número, 5 niñas y 17 niños en riesgo, sin embargo, de igual forma nos expresa que es mayor el porcentaje en varones. Haciendo uso de las estadísticas suministradas por el Centro de control y prevención para enfermedades (CDC) en donde reportan que es 5 veces mayor el número de niños identificados con TEA, expresado en 1 en 54

comprando con 1 en 252, es decir 1,85 % varones y 0,39 % hembras, notamos que la prevalencia de varones se mantiene.

### **Hembras que presentan riesgo de TEA.**

Tabla 21 Relación de hembras que presentan las características de riesgo de TEA con frecuencia y porcentajes (Díaz, A. 2015)

<b>ITEMS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Total de hembras que no presentan 7 o más de las características	111	99,11
Total hembras que presentan 7 o más de las características	1	0,89
Total muestra	112	100

En la muestra de 112 hembras de los datos obtenidos se aprecia que solo 1 niña presenta riesgo de TEA, representando un 0,89 %. Estos datos coinciden con el estudio realizado por Guillen (2013) en donde 144 niñas en estudio, 1 de ellas se identificó en riesgo, lo cual representa un 1%. Cifra que es menor a las encontrada en el estudio de Caraballo, G. (2012) donde en una población de 173 niñas, 5 presentan el riesgo, expresado en un 3%.

### **Varones que presentan riesgo de TEA**

Tabla 22 Relación de varones que presentan las características de riesgo de TEA con frecuencia y porcentajes (Díaz, A. 2015)

<b>ITEMS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Total de varones que no presentan 7 o más de las características	116	95,87%
Total varones que presentan 7 o más de las características	5	4,13%
Total de la muestra	121	100 %

De los datos obtenidos se obtuvo que de los 121 niños varones de la muestra 5 de ellos presentan riesgo de TEA, representando un 4,13 %.

Tomando en cuenta los estudios anteriores, Guillen, V. (2013) nos expone que un 7 % de su muestra de varones están en riesgo, Caraballo, G. (2012) reporta un 9,5% de varones de su muestra. Con estos datos podemos dar a conocer que en este estudio se obtuvo un porcentaje menor de varones.

### **Varones y hembras que presentan riesgo de TEA por edad.**

Tabla 23 Frecuencia y porcentaje de la relación de los niños con riesgo de TEA en función de la edad (Díaz, A. 2015).

<b>ITEMS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Niños de 4 años	1	16,66 %
Niños de 5 años	2	33,33%
Niños de 6 años	2	33,33%
Niños de 7 años	1	16,66%
Total muestra	6	100 %

Los niños que presentan características de riesgo de TEA se clasificaron a continuación de acuerdo a la edad representando un 16,66 % los niños de 4 años, un 33,33% los de 5 años, igual porcentaje representaron los niños de 6 años y los de 7 años un 16,66 %.

## Conclusiones

.Luego de realizar el estudio y análisis de datos obtenidos podemos concluir que las características que reportaron las maestras con más frecuencia en los niños del Municipio El Hatillo, con en riesgo de presentar TEA, fue: berrinches frecuentes, extremo, de difícil manejo, contacto visual deficiente, hiperactividad o niveles extremos de pasividad y actúa como sordo. :

Del total de la muestra de 233 niños, un 3 % de la muestra presentan riesgo de TEA .Realizando un contraste con los resultados de las tres investigaciones nacionales que en la presente investigación sirven de antecedentes, logramos concluir que obtuvimos un porcentaje menor de niños en riesgo de TEA En el municipio El Hatillo se dio un 3 % mientras que el estudio realizado en el Municipio Sucre por la especialista Estrella, W ( 2010) obtuvo un 6,58 %, En Catia La Mar, Guillen (2013 ) reporto un 4% y el Municipio Zamora Guatire Caraballo (2012 ) un 6 %.

En referencia a la detección de niños por género en el Municipio El Hatillo se aprecia que un 4 ,13 % de varones posee riesgo de presentar TEA Obtuvimos de la comparación de las investigaciones realizadas en el municipio El Hatillo, Sucre, Catia La Mar y el Municipio Zamora que los varones tienen mayor vulnerabilidad de tener riesgo de presentar TEA Dato que se relaciona con las investigaciones realizadas por el Centro para El Control y Prevención de las Enfermedades CDC en donde la proporción entre varones y hembras que presenta riesgo de TEA es de 5 en 1. En el Municipio El Hatillo es de 4 a 1. En Catia La Mar la relación obtenida es de 10 a 1, en el Municipio Sucre es de 7 en 1 y en el Municipio Zamora es 3 a 1.

En cuanto a la edad se obtuvo que en el Municipio El Hatillo los niños detectados en riesgo de TEA fue 17 % de 4 años , niños de 5 años 33 % de 6 años 33% y de 7 años 17%. Por tanto la edad donde evidencia con claridad el riesgo es

entre 5 y 6 años de edad presentando 7 o más indicadores de riesgo según las dimensiones de la triada de Wing.

### **Recomendaciones**

El estudio magnifica su aporte de valor si se da su continuidad en estudios similares, que permitan realizar un análisis correlativo, siendo de gran provecho la ampliación a otras regiones del territorio nacional; por lo cual se sugiere la promoción del mismo en las línea de investigación que oferte al estudiantado, dando de esta forma la oportunidad de aplicar el estudio requerido, en función de surtir de datos un monitor de riesgo del TEA en los centros de investigación nacionales

Por la naturaleza actual de conocimiento acerca del riesgo del TEA es recomendable que el cuestionario sea modificado con participación de grupos multidisciplinarios. El análisis de datos logra ser efectivo, cuando cuenta con una visión macro del comportamiento del riesgo del TEA por lo que se sugiere realizar una centralización normalizada de los datos con el fin de establecer un monitor global de los mismos. La valoración de riesgo del TEA requiere establecer planes de acción ante las conclusiones de los análisis de datos, por lo que se sugiere establecer una identificación de los interesados como proceso recurrente con el fin de establecer las acciones pragmáticas de la manipulación de los datos establecidos

Es esencial seguir investigando en esta línea ya que la atención e intervención precoz, como hemos apuntado, mejora enormemente las posibilidades de desarrollo.

## Referencias Bibliográficas

- Alvarez Otero, S. y Fernandez Méndez, J. (2014) Detección Temprana de los Trastornos del Espectro Autista. Extraído el 8 de agosto de 2015 desde [http://ruc.udc.es/bitstream/2183/13542/1/CC-136\\_art\\_5.pdf](http://ruc.udc.es/bitstream/2183/13542/1/CC-136_art_5.pdf)
- Aramayo, M. (2010). Hablemos de Diversidad en la Discapacidad I jornada.: Universidad Monteavila. Caracas.
- Arramayo, M. (2013). La investigación en discapacidad en Venezuela. Primeros aportes del siglo XXI: Universidad Monteavila. Caracas Editorial Melvis.
- Association, A. P. (2015). Guía de consulta de los Criterios Diagnostico del DSM-5. Obtenido el 9 de agosto de 2015 desde <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Autistas Sovenía , S. p. (s.f.). [www.sovenia.net](http://www.sovenia.net). Obtenido de <http://www.sovenia.net/>
- Canal, Canal, R., García, P., Hernández, F. y Maganto, M (2014) La detección precoz a la atención temprana. Extraído el 4 de julio de 2015 desde <http://www.neurologia.com/pdf/Web/60S01/bnS01S025.pdf>
- Canada, I. y Sánchez, A. (1998) Categorías de respuesta en escala tipo Likert. Extraído el 4 de agosto de 2015 desde [www.psicothema.es/pdf/191.pdf](http://www.psicothema.es/pdf/191.pdf)
- Caraballo, G. (2012) Detección de Factores de Riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños de 4 a 6 años en institutos de educación inicial privados de la población de Guatire Municipio Zamora Estado Miranda. UMA. Caracas.
- Carrascón, C. (2012). Señales de alerta de los trastornos Autistas Curso de Actualización Pediatría. Madrid. Editorial Exlibris.

- Constitución de La República Bolivariana de Venezuela. (C.R.B.V) (1999, 30 de Diciembre). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36.860, Diciembre 30, 1999
- Domínguez, C.y Mah, A. (2009). Una mirada a la investigación en autismo en Venezuela. Revista de Estudios Transdisciplinarios. Caracas
- Centers for Disease Control and Prevention Autism Spectrum Disorder, Data Statistics. (2014) Extraído el 1 de noviembre de 2015 desde <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.(2014 ) Extraído el 15 de junio de 2015 desde. <http://www.cdc.gov/spanish/>
- Cuxart, F. (2000). El autismo. Aspecto descriptivo y terapéutico. Malanga. Ediciones Aljibe
- Estrella, E. (2010). Estudio descriptivo del autismo en Venezuela. Hablemos de la discapacidad (págs. 127-142). Caracas, Venezuela
- García, P., Díaz, A., y Romera, M. (2004). Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Extraído el 9 de diciembre de 2015 desde <http://psiquiatriainfantil.org/numero5/autismo.pdf>
- Guillén, V. (2013) Detección de Riesgo de TEA en niños y niñas entre 3-6 años de edad, que asistieron a los centros de Educación Inicial Nacional de la Parroquia Catia La Mar del Estado Vargas durante el periodo 2011-2012. UMA. Caracas.
- Gobierno de Miranda. (2009). sistemas.miranda.gob.ve. Extraído el 5 de mayo de 2014 desde [http://sistemas.miranda.gob.ve/estadisticas\\_miranda/files/2009/caracter/hatill](http://sistemas.miranda.gob.ve/estadisticas_miranda/files/2009/caracter/hatill)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2004). Metodología de la investigación. Buenos Aires. Mc Graw Hill.

- Ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes. (2008) Caracas Venezuela. Eduven.
- Ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes. (2009, 5 de enero) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 38598. Extraído el 8 de julio de 2015 <http://www.mp.gob.ve/LEYES/Ley%20Org%C3%A1nica>
- Paluszny, M. (2013). Guía práctica para padres y profesionales. México: Trillas.
- Pereira. (2010). Estudio descriptivo del Autismo en Venezuela. En M. Aramayo, Hablemos de la Diversidad en la Discapacidad I jornada de investigación en Discapacidad (págs. 143-160). Caracas, Venezuela.
- Ruggieri, V., Arberas, C. (2015). Abordaje terapéutico en los Trastornos del Espectro Autista. Extraído el 8 de julio de 2015 desde <http://www.neurologia.com/pdf/Web/60S01/bnS01S045.pdf>
- Rubiano, E. y Lozada, F. (2015). La educación especial en Venezuela. Memorias, retos y proposiciones .Facultad Ciencias de la Educación. Venezuela
- Tamayo y Tamayo, M. (1997). El proceso de la investigación científica. México: Limusa.
- Valarino, E., Yaber, G. y Cemborain, M. (2012). Metodología de la Investigación. México: Trillas.
- Vieytes, R. (2004). Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- Zalaquet, D., Schonstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., y Moyano, A. (s.f.) Fundamentos de la intervención temprana en niños con Trastorno del Espectro Autista. Extraído el 20 de noviembre de 2015 desde [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servletes&fichero=219v86n02a90433194pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servletes&fichero=219v86n02a90433194pdf001.pdf)

## Anexo



Sujeto\_\_\_\_\_



### ENCUESTA DE DETECCIÓN DE RIESGO DE AUTISMO

A continuación se presentan una serie de ítems que señalan posibles conductas que pudieran estar presentes en su o sus alumnos. Este instrumento tiene como fin la detección de riesgo de Trastornos Autista (TEA) en niños y niñas de Educación Inicial y el aporte de estos datos contribuirá para generar propuestas de atención temprana en la localidad.

Este instrumento es de carácter COFIDENCIAL, por lo que la sinceridad en sus respuestas son necesarias, por lo ante expuesto.

Gracias por su colaboración, tiempo y conocimiento.

Lic. Amelia Díaz

**Datos del encuestado**

Colegio \_\_\_\_\_ Dependencia \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_  
 Nivel en que labora \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Años de servicio \_\_\_\_\_ Nivel de estudio \_\_\_\_\_

**Datos del alumno**

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente cada uno de los ítems y seleccione rodeando con un círculo, de acuerdo a lo que usted considere con que frecuencia su alumno(a) ha presentado las conductas descritas.

Frecuencia de aparición de la conducta

Nunca:..... 0 veces, jamás, en ningún momento

A veces:..... 1 vez al día.

Con frecuencia: .....4 veces al día.

Muy frecuente y siempre:..... más de 6 veces al día.

	Conductas	Nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente o siempre
1	Contacto visual deficiente.	0	1	2	3
2	Actúa como sordo/ no responde al llamado.	0	1	2	3
3	Evade el contacto con otros niños.	0	1	2	3
4	Aproximaciones o contactos inadecuados con sus pares y/o con adultos.	0	1	2	3
5	Berrinches frecuentes, extremos, de difícil manejo.	0	1	2	3
6	Hiperactividad o niveles extremos de pasividad.	0	1	2	3
7	Usa objetos de forma atípica (gira objetos, alinea, apila/ o gira.	0	1	2	3
8	Apego exagerado a objetos o temas.	0	1	2	3
9	Se resiste a los cambios de rutina.	0	1	2	3
10	Risas sin motivo	0	1	2	3
11	Dificultades en el lenguaje / ecolalia, inversión pronominal, uso de palabras atípicas, jerga o lenguaje propio ocasional, uso de frases cliché o idiosincráticos, persevera verbalmente, lenguaje sofisticado o formal, entonación particular.	0	1	2	3
12	Lleva de la mano o empuja para pedir lo que desea	0	1	2	3
13	Se resiste a las actividades escolares	0	1	2	3

14	Juegos extraños, repetitivos o no imaginativos	0	1	2	3
15	Es intrépido, arriesgado, sin noción del peligro o muestra miedo excesivo	0	1	2	3
16	Rechaza el contacto físico	0	1	2	3

¡Gracias por su colaboración!