



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



**ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

**RETRASO EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE, CARACTERÍSTICAS Y SU  
RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA EN PREESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO  
ENERO – DICIEMBRE 2019**

**Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en  
Atención Psicoeducativa del Autismo, presentado por:  
Guzmán Álvarez, Yusmari Coromoto, CI 11.558.686**

**Asesorado por:**

Silva Sánchez, Sylvia. Asesora de Seminario de Trabajo Especial de Grado III.  
Serrano Lorenzo, Yesenia. Asesora académica.

**Caracas, febrero de 2022**

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

**RETRASO EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE, CARACTERÍSTICAS Y SU  
RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA  
EN PREESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO –  
DICIEMBRE 2019.**

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

Guzmán Álvarez, Yusmari Coromoto, CI: 11.558.686

**Asesorado por:**

Silva Sánchez, Sylvia. Asesora de Seminario de Trabajo Especial de Grado III.

Serrano Lorenzo, Yesenia. Asesora académica.

**Caracas, febrero del 2022**

## **Comité de Estudios de Postgrado**

### **Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo**

Quienes suscriben, profesoras evaluadoras nombrados por la Coordinación de la Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo de la Universidad Monteávila, para evaluar el Trabajo Especial de Grado titulado: “RETRASO EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE, CARACTERÍSTICAS Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN PREESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2019”, presentado por la ciudadana: Guzmán Álvarez, Yusmari Coromoto, portadora de la CI: 11.558.686, 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 sábado 19 de febrero de 2022, de forma virtual según las herramientas tecnológicas destinadas para este fin por la Universidad.
2. La presentación consistió en un resumen oral del Trabajo Especial de Grado por parte de su autora 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 evaluadoras decidieron 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.

Acta que se expide en Caracas, el día 19 de febrero de 2022.



Prof. María Isabel Pereira.  
C.I. 10.342.092



Prof. Sylvia Silva Sánchez.  
C.I. 8.748.035



Prof. Yesenia Serrano.  
C.I. 14.756.932

Señores:

**Universidad Monteávila**

**Comité de Estudios de Postgrado**

**Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo**

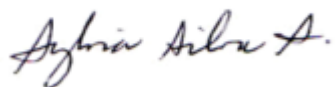
Atención: Esp. Mariela Martellacci.

Presidente del Comité de Estudios de Postgrado

Referencia: **Aprobación de los Asesores.**

Por medio de la presente informamos que luego de revisado el borrador final del Trabajo Especial de Grado de la ciudadana: **Guzmán Álvarez, Yusmari Coromoto**, titular de la Cédula de Identidad N° V-11.558.686; cuyo título es: **“Retraso en la adquisición del lenguaje, características y su relación con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en preescolares evaluados en INVEDIN en el periodo enero – diciembre 2019”**, estamos de acuerdo en que el mismo cumple con los requisitos vigentes de esta casa de estudios para asignarles jurado y su respectiva presentación pública.

A los 9 días del mes de febrero del 2022



Firma autógrafa

Silva, Sylvia

Asesora de Seminario de Trabajo Especial de Grado III



Firma autógrafa

Serrano Lorenzo, Yesenia

Asesora académica

Asunto: Carta de autorización

Sres. Universidad Monteávila

Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo

Presente.

Por medio de la presente comunicación le informo que en mi carácter de Directora ejecutiva de INVIEDIN, autorizo a la estudiante de la Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo, **Yusmari C., Guzmán A., C.I.: 11.558.686**, a realizar un estudio de Grado con fines estrictamente académicos, denominado: **“Retraso en la adquisición del lenguaje, características y su relación con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en preescolares evaluados en INVIEDIN en el periodo enero – diciembre 2019”**.

Atentamente,

  
**Mónica Castro Russián**  
Directora Ejecutiva de INVIEDIN,  
(0212) 417-2549 / 243-2582



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darme salud y fortaleza.

A mi madre, por siempre auparme y estimularme en cada proyecto de la vida.

A Fortunato, por su apoyo incondicional.

A INVEDIN, por su confianza y autorización para realizar el estudio.

A todos los docentes de la UMA, especialmente a la Profesoras Sylvia Silva y Nelly Meléndez.

A todos los niños que día a día han contribuido con mi formación y me motivan a continuar y a querer hacerlo mejor.

UNIVERSIDAD MONTEÁVILA

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO

**RETRASO EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE, CARACTERÍSTICAS Y SU  
RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA  
EN PREESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO –  
DICIEMBRE 2019**

**Autora:** Guzmán Álvarez, Yusmari Coromoto.

**Asesoras:** Serrano, Yesenia; Silva, Sylvia.

**Año:** 2022

**RESUMEN**

La identificación temprana de factores de riesgo y signos de alerta para Autismo sigue representado un desafío para pediatras y otros profesionales involucrados en la atención infantil. El lenguaje es un proceso complejo que involucra incontables factores neurobiológicos para su adecuado desarrollo y funcionamiento. La presente investigación tiene como objetivo establecer, describir y analizar aspectos relacionados al retraso en la adquisición del lenguaje y el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en preescolares evaluados en INVEDIN en el año 2019. La población estuvo constituida por 215 preescolares, cumpliendo criterios de inclusión 103. Se contempla un modelo de investigación descriptiva, no experimental, de corte transeccional. La bibliografía consultada aporta datos consistentes de la relación que existe entre el retraso en el lenguaje como signo de alarma en los procesos de evaluación del desarrollo y el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo. La información pertinente de las historias se vació en una lista de cotejo. Seguidamente, los datos fueron transcritos y codificados. En conclusión, 47,9% de preescolares que consultaron por retraso en la adquisición del lenguaje cumplieron con criterios clínicos para el diagnóstico de Autismo, posterior a evaluaciones psicológica y médica. Se corroboró el diagnóstico mediante la aplicación de prueba ADOS-2 en 78% de los casos. La edad predominante fue entre los 3 y 4 años (38%). Se identificó mayor incidencia en niños (76%) que en niñas (24%), con una relación 3,6/1. El 52% de las referencias estuvo dada por motivación de los padres y el colegio, lo cual señala al microsistema hogar/colegio como principal reconocedor en las alteraciones del desarrollo del niño. El retraso en el habla como motivo de consulta frecuente en pediatría y la heterogeneidad de síntomas del Autismo “Espectro”, marca la pauta de una evaluación multidisciplinaria apoyada en pruebas para una certeza diagnóstica.

**Línea de Trabajo:** Trastorno del Espectro Autista.

**Palabras clave:** Retraso en la Adquisición del Lenguaje, Trastorno del Espectro Autista, Trastornos del Neurodesarrollo, Signos de Alerta.

# ÍNDICE GENERAL

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA ASESORA DE TEG .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
AGRADECIMIENTOS .....	VI
RESUMEN .....	VII
ÍNDICE GENERAL .....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>4</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
<i>Objetivo General</i> .....	6
<i>Objetivos Específicos</i> .....	6
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	6
ALCANCE Y DELIMITACIÓN.....	7
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
ANTECEDENTES .....	9
BASES TEÓRICAS .....	12
<i>Trastorno del Espectro Autista</i> .....	12
<i>Diferenciación conceptual de los términos: comunicación, lenguaje, lengua y habla</i> .....	15
<i>Diferencias en el retardo en la adquisición del lenguaje en un niño neurotípico y un niño dentro del</i> <i>Trastorno del Espectro Autista</i> .....	16
<i>Lenguaje y Trastorno del Espectro Autista</i> .....	17
<i>Retraso en la adquisición del lenguaje y Trastorno del Espectro Autista</i> .....	20
<i>Alteraciones en la comunicación en los niños con TEA</i> .....	22
<i>Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo, 2da edición (ADOS-2)</i> .....	26
BASES LEGALES.....	27



<b>CAPÍTULO III. MARCO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>29</b>
HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN .....	29
MARCO FILOSÓFICO .....	30
ORGANIGRAMA .....	32
POBLACIÓN QUE ATIENDE .....	33
<b>CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
LÍNEA DE TRABAJO .....	34
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	34
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	35
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	35
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN .....	36
DE VARIABLES.....	36
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	41
<i>Fases en la ejecución de la investigación .....</i>	<i>42</i>
<b>CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>58</b>
CONCLUSIONES .....	58
RECOMENDACIONES.....	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
LISTA DE COTEJO .....	67

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN .....	32
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PRESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019 CON RETARDO EN LA ADQUISICIÓN DE LENGUAJE Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	46
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PRESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019 CON RETARDO EN LA ADQUISICIÓN DE LENGUAJE Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	48
GRÁFICO 4. ¿QUIÉN REALIZÓ LA REFERENCIA A INVEDIN? .....	49
GRÁFICO 5. ¿SE CORROBORÓ EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TEA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PRUEBA DE ADOS? .....	52
GRÁFICO 6. ASPECTOS DEL LENGUAJE CLÍNICAMENTE OBSERVADOS EN LOS PRESCOLARES CON DIAGNÓSTICO DE TEA .....	54

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PRESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019 CON RETARDO EN LA ADQUISICIÓN DE LENGUAJE Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	46
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PRESCOLARES EVALUADOS EN INVEDIN EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019 CON RETARDO EN LA ADQUISICIÓN DE LENGUAJE Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	47
TABLA 4. ¿QUIÉN REALIZÓ LA REFERENCIA A INVEDIN?.....	49
TABLA 5. ¿SE CORROBORÓ EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TEA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PRUEBA DE ADOS? .....	52
TABLA 6. ASPECTOS DEL LENGUAJE CLÍNICAMENTE OBSERVADOS EN LOS PRESCOLARES CON DIAGNÓSTICO DE TEA .....	54

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la conceptualización del autismo ha sido ampliamente debatida, desde la esquizofrenia infantil descrita por Bleuler en 1911, hasta el “Trastorno del Espectro Autista” descrito en la actualidad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), sin embargo, la integración de las investigaciones de las diversas disciplinas y especializaciones como la medicina (psiquiatría, neurología, pediatría, genética), psicología, psicopedagogía, entre otras, son las que han permitido su estudio, diagnóstico y tratamiento.

El DSM-V posiciona al Trastorno del Espectro Autista (TEA) dentro de la categoría de “Trastornos del Neurodesarrollo”, que consisten en “un conjunto de alteraciones neuro-cognitivas de inicio temprano en el desarrollo del sujeto que producen deficiencias a nivel social, personal, académico y ocupacional” (Asociación Americana de psiquiatría, 2014). Este manual contempla los estudios de la psiquiatra infantil Lorna Wing y la psicóloga clínica Judith Gould, donde conceptualizan al autismo como un espectro o un continuo, ampliando la heterogeneidad de la presentación clínica y perfeccionando sus criterios diagnósticos, indicando niveles de severidad, trastornos asociados y síntomas autistas.

Los trastornos del lenguaje suelen estar frecuentemente asociados a trastornos del neurodesarrollo por lo que es primordial una evaluación pediátrica minuciosa basada en la anamnesis, en la que se consideren antecedentes, factores de riesgo de importancia y signos de alarma. Los criterios diagnósticos deben tener como base conocimientos teóricos que permitan emitir un juicio clínico adecuado que conduzca a la identificación de signos relevantes y por lo tanto a un correcto diagnóstico. Es fundamental tener en cuenta diagnósticos diferenciales así como un manejo multidisciplinario, pasos relevantes al momento de considerar pronósticos y enfoques terapéuticos.

Se insiste en la importancia de la identificación de signos de alarma a edades tempranas, tomando como punto crítico el desarrollo del lenguaje, en vista de que una intervención precoz incrementa la probabilidad de un mejor pronóstico en casos de retraso en la adquisición del lenguaje asociado a TEA u otros trastornos del neurodesarrollo. Esto reduce el impacto en las diferentes esferas funcionales, como lo son las habilidades cognitivas, comunicativas y las adaptaciones conductuales en el entorno.

Este trabajo buscó conocer la asociación entre retraso en la adquisición del lenguaje y el posterior diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista u otros trastornos del neurodesarrollo, dando a su vez relevancia a la descripción de aspectos socio demográficos, la identificación de alteraciones en el desarrollo por partes de padres y otros profesionales, así como a las características clínicas del lenguaje más frecuentemente observadas. Estos aspectos convierten a la presente investigación en una contribución pionera como generadora de datos confiables y extrapolables a estadísticas nacionales, además de ser una fuente de consulta de antecedentes teóricos de futuras investigaciones.

La investigación está dividida en 5 capítulos:

**Capítulo I:** se expone el planteamiento del problema, objetivo general y específicos, justificación e importancia, alcance y delimitación.

**Capítulo II:** comprende temas del marco referencial, como el desarrollo de las variables del estudio, antecedentes de investigaciones relacionadas, bases teóricas del Trastorno del Espectro Autista y bases legales.

**Capítulo III:** referido al marco institucional, que comprende la historia de la institución, marco filosófico, organigrama y población que atiende.

**Capítulo IV:** se encuentran los aspectos relacionados con la metodología, línea de trabajo, tipo y diseño de la investigación, población y

muestra, cuadro de operacionalización de variables, técnicas e instrumentos de recolección de información y las fases en la ejecución de la investigación.

**Capítulo V:** describe los resultados y su análisis comparado con diversos autores.

**Capítulo VI:** se plantean las conclusiones y recomendaciones seguido de las referencias bibliográficas.

## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Planteamiento del Problema**

El diagnóstico de Autismo sigue representando un gran desafío para los profesionales médicos pediatras, neurólogos, psiquiatras y psicólogos. Si bien es cierto que en muchos casos los criterios pueden coincidir con los descritos en los manuales internacionales como: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), existen otros en los que su diversidad de presentación puede hacer plantear diagnóstico diferencial con otros trastornos del neurodesarrollo como por ejemplo: Trastornos de la comunicación, Déficit de Atención e Hiperactividad, Discapacidad intelectual, entre otros.

Hablar tarde ha sido históricamente ligado al Autismo, de hecho, el retraso en la adquisición del lenguaje suele ser parte de las características clínicas. Cuando se lee la historia del autismo, en las descripciones iniciales de Kanner ya se hablaba de la alteración en el lenguaje presente en estos niños. Igualmente mencionado en los trabajos de Asperger, Rimland, Wing y otros, por lo cual ha existido un amplio debate. Sin embargo, cuando se han analizado los trastornos del lenguaje en los niños (as) con Autismo, se ha evidenciado que en general no difieren de los que pueden presentar los niños sin Autismo, por lo menos en sus aspectos formales.

Hasta la fecha se sabe que la demora en la adquisición del lenguaje es uno de los síntomas tempranos y cardinales observados en los trastornos del neurodesarrollo y aunque no siempre predice Autismo, es común en los niños diagnosticados, con alrededor de 75% mostrando algún tipo de afectación del

lenguaje. Estos retrasos pueden ser dramáticos; en promedio, los niños dentro del espectro pronuncian su primera palabra uno o dos años más tarde que un niño con desarrollo típico. Las habilidades de lenguaje entre los niños dentro del espectro autista varían ampliamente, algunos pueden ser conversadores fluentes, mientras otros raramente hablan.

Los niños que presentan dificultades en la adquisición del lenguaje suelen presentar otra sintomatología asociada, lo que reviste gran importancia en la identificación y abordaje de estos signos ya que estos trastornos de comunicación y lenguaje son claves en el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo como el Autismo, pero también pueden ser observados en Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad o en la Discapacidad Intelectual.

Los niños que son referidos al Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN), acuden desde múltiples instancias del Distrito Metropolitano y el Estado Miranda. Los motivos de consulta son diversos, encontrándose entre los más frecuentes el retraso en la adquisición del lenguaje, por lo que se plantea establecer la asociación entre esta variable y el posterior diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) en preescolares que hayan sido evaluados por el equipo multidisciplinario y en quienes además se haya aplicado la prueba ADOS-2.

Esto permitirá a su vez observar y dar a conocer otras variables implicadas, en la premisa de que no existen estudios ni estadísticas previas concretamente descritas y analizadas en relación al tema.



## **Objetivos de la Investigación**

### ***Objetivo General***

Establecer la relación entre retraso en la adquisición del lenguaje como motivo de consulta y el posterior diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en preescolares evaluados en INVEDIN en el periodo enero – diciembre 2019.

### ***Objetivos Específicos***

- Establecer el retraso en la adquisición del lenguaje y sus características clínicas como criterios e indicadores para la recolección de información de las historias clínicas de los pacientes.
- Describir la información recopilada mediante la utilización de técnicas de frecuencias y porcentajes.
- Analizar la información recopilada mediante la contrastación con los enfoques teóricos.

### **Justificación e Importancia**

En Venezuela no existe un registro actualizado sobre la prevalencia de pacientes dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Si bien existen varios organismos (no gubernamentales) destinados a la atención de niños (as) y adolescentes con discapacidad y también Autismo (INVEDIN, CEPIA, SOVENIA, FUNDITDEA, FUNDACIÓN NUEVO DÍA, entre otros) no se cuenta con una red que permita interconectar sus datos y así establecer una estadística centralizada, actualizada y confiable.

Las deficiencias para la comunicación son motivo de consulta frecuente y constituyen indicadores que pueden alertar y conllevar al diagnóstico de Autismo en edades tempranas, de acuerdo a esto, el inicio precoz de terapias de apoyo permite estimular e impulsar el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño con un impacto positivo en sus capacidades físicas,

mentales y sociales. Con base en lo anteriormente expuesto, los motivos que conllevan a realizar la presente investigación se centran primordialmente en establecer la relación entre el retraso en la adquisición del lenguaje y el posterior diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

Es importante considerar que del presente estudio se desprenderán beneficios teóricos y prácticos, con datos de gran importancia que favorecerán el establecimiento de nuevas variables que servirán de incentivo a futuros investigadores tanto en INVEDIN como en otras instituciones locales y nacionales afines, lo cual, se pretende, será el impulso que generará la creación en un mediano plazo de la actualización continua y sostenida de la epidemiología del Autismo en Venezuela.

### **Alcance y Delimitación**

El Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN), es una Asociación civil sin fines de lucro dedicado a la atención de niños (as) con trastornos del neurodesarrollo, problemas emocionales o conductuales. Posee dos sedes: El Marqués y Bello Monte, donde se atienden niños en diferentes etapas de su desarrollo, brindando así dos grandes unidades: Intervención temprana, que comprende desde recién nacidos hasta niños de 6 años e Intervención Niñez y Adolescencia, que comprende desde los 7 hasta los 16 años de edad.

El grupo de estudio de este trabajo está conformado por niños en edad preescolar, es decir, desde 2 hasta 6 años, 11 meses y 29 días de edad. Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo. El proyecto se llevó a cabo mediante la revisión de las historias clínicas de los preescolares evaluados en la sede El Marqués de INVEDIN en el año 2019 en cuyo motivo de consulta estuviera el retraso en la adquisición del lenguaje y en quienes se planteó el diagnóstico de TEA, esto mediante la evaluación clínica y según

criterios del DSM-V. Se tomaron en cuenta para su inclusión, las historias de los prescolares que hubieran cumplido como mínimo con la consulta de triaje más la evaluación médica de Neurodesarrollo, además de la indicación y aplicación de la prueba ADOS-2.

La presente investigación tuvo un tiempo estimado de realización de 12 meses desde el diseño del plan, recolección de datos, evaluación, procesamiento, análisis de resultados, conclusiones y presentación.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **Antecedentes**

Entre los estudios efectuados sobre el tema que anteceden al presente Trabajo Especial de Grado se encuentran:

En primer lugar, tesis doctoral realizada en la Universidad de Salamanca por Monroy María L., (2017), titulada “La conducta adaptativa del Trastorno del Espectro del Autismo”. Su metodología no experimental describe y analiza las características de la conducta adaptativa, el desempeño intelectual y los comportamientos estereotipados o repetitivos en niños con Autismo menores de cinco años con bajo funcionamiento, en comparación a otros grupos diagnósticos (discapacidad intelectual, retraso en el lenguaje y retraso del desarrollo no especificado). Sus conclusiones muestran que el funcionamiento adaptativo de los niños con TEA sigue un patrón caracterizado por déficits que exceden a las limitaciones en su capacidad intelectual, en los dominios de comunicación, seguido de déficits en las habilidades de vida diaria y socialización.

En este mismo orden, según tesis doctoral presentada en la Universidad de Málaga por Luque María, (2015), denominada “El valor diagnóstico de las alteraciones pragmáticas del lenguaje en la diferenciación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) y el Autismo de alto funcionamiento (TEA)”. Se analizaron 3 grupos de 10 niños cada uno (TDA-H, TEA y un grupo control) entre 8 y 12 años de edad. Sus conclusiones expresan que ambos grupos (TDA-H y TEA) presentan trastornos de comunicación, siendo las dificultades en los TEA más severas dado por alteraciones en aspectos pragmáticos como son el uso del contexto, el lenguaje estereotipado,

o la comunicación no verbal; mientras que en los TDAH los signos evidentes de dificultades de comunicación se manifiestan en las escalas de lenguaje, semántica y coherencia. Sin embargo, ambos trastornos también guardan características comunes de déficit en aspectos relacionados con el procesamiento del lenguaje, así como en el uso social apropiado en contextos cotidianos, aunado a déficit ejecutivo en planificación, interferencia o flexibilidad.

Los antecedentes previamente citados muestran relevancia en la investigación ya que dan muestra de la existencia de semejanzas en las características conductuales, intelectuales, así como del lenguaje y la comunicación compartidas entre el Autismo y otras patologías del neurodesarrollo, lo que demanda un análisis y discusión exhaustivos respecto a los motivos de consulta y características individuales de cada caso que conduzcan a un diagnóstico confiable y, en ocasiones, incluso a la identificación de comorbilidad.

Por otra parte, se presenta un estudio realizado en la Universidad de Salamanca, por Mitre Fajardo G., (2015), titulado “Comunicación y Autismo. Las habilidades de comunicación pre-lingüísticas como predictoras del desarrollo del lenguaje en los niños autistas” Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, longitudinal, con muestra formada por 39 niños entre 18 y 36 meses de edad. (12 niños con autismo, 13 niños con retraso en el desarrollo a causa de diferentes discapacidades y 14 niños con desarrollo típico). Los participantes fueron evaluados con 2 escalas de lenguaje con el objetivo de identificar si existían habilidades de comunicación pre-lingüística que fueran predictoras del desarrollo de lenguaje (expresivo y comprensivo) en etapas posteriores. Los resultados obtenidos sugieren que en la mayor parte de las habilidades de comunicación pre-lingüísticas incluidas en el estudio se presenta un deterioro importante en el grupo Autismo, en relación con el grupo Desarrollo Típico. Mientras que el grupo Autismo y el grupo

Retardo del Desarrollo, presentan más similitudes en su desempeño global. En la mayor parte de las habilidades incluidas en las escalas, el grupo Autismo presenta un nivel de desempeño global menor que el resto de los grupos.

Este antecedente aporta datos importantes a la investigación al demostrar que antes de los 2 años de edad ya se observan manifestaciones de Autismo como no señalar o ausencia de atención conjunta con la madre o cuidador, sumándose posteriormente en la edad preescolar otras características como dificultad para simular, imaginar juegos y habilidad limitada para la imitación.

Por su parte, en La Universidad Central de Ecuador, Villegas J., (2013), en su tesis de maestría titulada “Elementos clínicos para la diferenciación entre Autismo y Trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo”, aplica un modelo de investigación descriptiva correlacional, no experimental, con muestra no aleatoria de doce niños y niñas (3-6 años de edad), diagnosticados inicialmente con Autismo mediante escala Cars y evaluación clínica del lenguaje. El trabajo se basó en un análisis cualitativo de los diferentes síntomas presentes en el Autismo y el Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo Expresivo (TMLRE), tomando en cuenta los aspectos comunes como los propios de cada trastorno, con el objetivo de ofrecer un acercamiento en la diferenciación diagnóstica de dichas patologías. Sus conclusiones expresan que un niño que presenta una patología de lenguaje con un nivel de severidad de moderado a severo, podría manifestar junto al déficit de lenguaje, conductas de aislamiento, conductas perseverativas y fallas atencionales como consecuencia de las dificultades para entender el código lingüístico y las posibilidades de adquirirlo, lo cual muchas veces puede conducir a un diagnóstico erróneo de Autismo.

Este antecedente es remarcable debido a que el Autismo, el Trastorno Mixto del Lenguaje receptivo-expresivo, así como otros Trastornos del Neurodesarrollo comparten como síntoma inicial alteraciones en la adquisición

del lenguaje en diversas expresiones, por lo que la evaluación ha de ser exhaustiva, multidisciplinaria y con aplicación de pruebas necesarias que conduzcan a diagnósticos certeros con la consecuente aplicación de programas de intervención adecuados.

Es importante destacar, el esfuerzo que se hizo en hallar antecedentes nacionales que relacionaran la adquisición tardía del habla o Trastornos del Lenguaje con Autismo u otros Trastornos del Neurodesarrollo, lo cual no fue exitoso; lo que hace enfatizar, que a pesar de ser conocida y sustentada en publicaciones científicas internacionales la relación entre estas variables, no se han encontrado estudios a nivel nacional que aporten información al respecto, lo cual genera un incentivo en la presente investigación como pionera en el tema y futuro antecedente en el planteamiento de nuevas investigaciones.

## **Bases teóricas**

### ***Trastorno del Espectro Autista***

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se encuentra enmarcado dentro de los trastornos del neurodesarrollo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (más conocido por sus siglas en inglés DSM-V), (2013). Es una condición de aparición temprana, generalmente antes de los 3 años de edad y puede estar asociado o no a otros cuadros.

Las características principales del trastorno del espectro autista son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D). La etapa en que el deterioro funcional llega a ser obvio variará según las

características del individuo y su entorno. Las manifestaciones del trastorno varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel de desarrollo y la edad cronológica; de ahí el término *espectro*. El Trastorno del Espectro Autista incluye trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

El Trastorno del Espectro autista se puede diagnosticar de manera fiable en niños a partir de los dos años, siendo la intervención temprana beneficiosa para estos pacientes. Sin embargo, la edad media para el diagnóstico es entre los tres y seis años (Vásquez, 2017). Varios factores pueden contribuir en la demora del diagnóstico: a) la presentación de los síntomas es muy variable y cambia con la edad, b) los déficits sociales y los retrasos del lenguaje pueden no ser identificados hasta que el niño comienza a relacionarse con sus compañeros en el preescolar (Sung-koo kim, 2015, tomado de Vásquez y Villagrán, 2017).

El TEA se diagnostica tres o cuatro veces más en el sexo masculino que en el femenino, con ratios de 3/1 (Loomes, 2017 como se citó en Montagut, 2018) y 4/1 (Gould, 2011, como se citó en Montagut, 2018). Estos índices son mayores en el caso de los TEA de alto funcionamiento (Bhuga, 2011 como se citó en Montagut, 2018)

En publicación reciente realizada por Montagut (2018) titulada "Influencia del sesgo de género en el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista: una revisión", se manejan hipótesis para dar respuesta a las diferencias de género en el Autismo que van desde la existencia de un sesgo masculino en la identificación de rasgos autísticos en la población infantil, hasta la teoría de camuflaje o compensación en las niñas y mujeres con TEA.



El sesgo de género en la identificación de los rasgos del TEA se basa en la idea de que socialmente se mantienen una serie de expectativas sobre cómo se relacionan las niñas, de este modo, las niñas con rasgos autísticos y potencialmente diagnosticables tienden a pasar desapercibidas para los profesionales ya que cumplen las expectativas. Así mismo, se habla de una mayor capacidad entre las niñas con TEA para camuflar o compensar sus dificultades de tipo social, debido a que las niñas suelen tener generalmente mejores habilidades sociales

Se calcula que uno de cada 160 niños tiene TEA. Esta estimación representa una cifra media mundial, 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 de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida. (OMS, 2019)

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación. (OMS, 2019)

En Venezuela no se dispone de estadísticas actualizadas sobre el número personas con TEA, aunque algunos especialistas evidencian que los niños con esta condición siguen con tendencia al aumento, tal como está siendo percibido en otras naciones del mundo, según precisa la OMS.

## ***Diferenciación conceptual de los términos: comunicación, lenguaje, lengua y habla***

Para el estudio del desarrollo lingüístico y de las alteraciones del lenguaje, del habla, se citarán cuatro conceptos básicos según B. Valles (2004) que contemplan: lenguaje, lengua, habla, comunicación.

**1.- El lenguaje:** facultad exclusivamente humana, que permite el uso de lenguas o códigos lingüísticos (Valles, 2004).

El lenguaje nos permite a los seres humanos la elaboración de textos orales, viso-gestuales y escritos adaptados a diferentes situaciones sociales y le da importancia al papel de los adultos como modelos lingüísticos y sujetos que motivan la comunicación y brindan las oportunidades para aprender la lengua materna.

**2.- Las lenguas** “deben ser consideradas como sistemas codificados altamente complejos, y están: constituidas por conjuntos de signos que el hombre utiliza para la comunicación intra especie mediante el uso de recursos fónicos-visuales-auditivos-táctiles” (Barrera Linares y Fraca de Barrera, 1999, como se citó en Valles, 2004)

De esta manera, se puede decir que son sistemas codificados complejos las llamadas lenguas naturales (inglés, español, mandarín, portugués, etc.), visuales (lenguaje de señas), auditivos (clave Morse), táctiles (Braille). La lengua o código lingüístico, permite establecer la comunicación verbal, por esto resulta de vital importancia dentro del proceso de adaptación social y del desarrollo cognoscitivo del hombre.

**3.- El habla** es un proceso complejo, relacionado con diversos factores (físicos, motores, sensoriales, cognitivos) que conforman un “sistema funcional” determinando una alta complejidad y la necesidad de un abordaje integrativo para una mejor comprensión del mismo. (Valles, 2004)

4.- **La comunicación** es definida como aquellas situaciones comunicativas intencionales entre los hablantes, que se concretan mediante la utilización de complejos sistemas codificados. (Valles, 2004)

Comunicar es intercambiar pensamientos, sentimientos y deseos, es transmitir. Ese código común existente en el ser humano es el lenguaje. Sin intención de transmitir, es decir, sin comunicación, el lenguaje no tendría sentido, ya que no se necesitaría. (Fernández, 2013)

### ***Diferencias en el retardo en la adquisición del lenguaje en un niño neurotípico y un niño dentro del Trastorno del Espectro Autista***

De acuerdo los niños van desarrollándose, rápidamente aprenden que la comunicación es la clave para obtener lo que necesitan. Mucho antes de aprender a usar el lenguaje, estos pequeños establecen contacto visual, señalan, balbucean y trabajan duro para llegar a sus objetivos a través de los adultos o niños mayores.

A lo largo del tiempo, los niños aprenden a usar el lenguaje debido a la retroalimentación positiva que obtienen, por lo que:

- Son altamente motivados por respuestas sociales, así como sonrisas y abrazos.
- Están naturalmente inclinados a imitar las acciones de las personas que los rodean.
- Es frecuente que empleen más su tiempo observando personas que observando cosas.
- Tienden a ser seres sociales quienes rápidamente se aburren cuando se les deja solos. (Rudy, 2019)

Los niños con Trastorno del Espectro Autista, sin embargo, tienen desafíos de comunicación que se interponen en el camino de cualquier tipo de conexión social significativa. De esta manera:

- Probablemente estén más motivados a sus propios intereses que a las respuestas sociales.
- Pueden raramente o nunca imitar las acciones de otras personas.
- Están más interesados en las cosas que en las personas.
- Estar más contentos cuando se quedan solos ya que perseveran en sus propios intereses. (Rudy, 2019)

Los retrasos y diferencias en el lenguaje son un sello característico del autismo, e incluso aquellos individuos que desarrollan su lenguaje a un ritmo típico en la niñez, pueden tener tiempos difíciles usando el lenguaje hablado cuando son mayores. Pueden usar diferentes patrones vocales, tener mayor dificultad para leer o usar el lenguaje corporal o seguir repitiendo sonidos como una forma de estimulación en lugar de un medio de comunicación.

### ***Lenguaje y Trastorno del Espectro Autista***

Haciendo referencia a la teoría tridimensional del lenguaje, Bloom y Lahey (1978) lo describen como un código que se construye a través de las interacciones entre la forma (fonología, morfología y sintaxis), el contenido (semántica) y el uso (pragmática). (Bloom, 1980)

Para muchos profesionales, el lenguaje es un componente importante en el TEA, ya que de una manera u otra se encuentra afectado a lo largo de todo el espectro.

Luego de revisar exhaustivamente distintos artículos, investigaciones, conferencias y clases de diplomados sobre Autismo (Artigas, 1999; Behrens, 2019; Bloom, 1980; García 2020; Kenworthy 2012, Mayo, 2013; Valles 2004, Volkerts, 2017) se realiza un abordaje que intenta resumir las diversas

categorías y clasificaciones que básicamente confluyen en el mismo punto: alteraciones en la forma, contenido y uso del lenguaje.

### **1.- Forma:**

**1.1.- Fonología:** se hace referencia a la percepción y a la producción de las unidades de sonido que son las palabras. Los déficits fonológicos propiamente dichos, según algunos autores se dan solamente en aquellos niños que presentan alteraciones en el significado de las palabras y en las estructuras de las frases, es decir, cuando hay también déficits semánticos y sintácticos. Un ejemplo de ello son las desviaciones articulatorias: omisiones, sustituciones, aglutinamiento.

**1.2.- Morfología:** hace referencia a la estructura interna de las palabras para delimitar, definir y clasificar sus unidades, las clases de palabras a las que da lugar y la formación de nuevas palabras. En algunas personas con TEA su alteración se caracteriza por el uso de palabras aisladas, conjugación de verbos en tiempos inadecuados, omisión de artículos y si los usan puede haber fallas en el género y número.

**1.3.- Sintaxis:** hace referencia a la estructura de las palabras dentro de las oraciones. En el TEA es frecuente el uso de oraciones con estructuras más reducidas, suelen presentar omisiones de los tiempos verbales con dificultad para ordenar la oración. Es característico el uso atípico de los pronombres (inversión pronominal), por ejemplo: utilizan *él* o *ella* en lugar de *yo* para referirse a ellos mismos,

### **2.- Contenido**

**2.1.- Semántica:** se refiere al significado básico de las palabras. En los déficits semánticos se incluyen la ecolalia, el uso estereotipado de palabras y frases y los neologismos. Es frecuente también el uso de palabras o frases idiosincráticas, es decir, con un significado inusual. La falta de capacidad simbólica e imaginación suele incluirse en los déficits semánticos. Hay

dificultad para la comprensión de palabras vinculadas a las emociones: feliz y triste.

### **3.- Uso**

**3.1.- Pragmática:** los aspectos pragmáticos del lenguaje se sustentan en las habilidades lingüísticas pero también dependen de las habilidades cognitivas sociales del individuo (...) En algunas personas con Autismo se conjuga la alteración lingüística con la alteración en la relación social, sustentada en una dificultad para interpretar el pensamiento del interlocutor (Artigas, 2011). Esta incapacidad para predecir y explicar la conducta de otros seres humanos se conoce como Teoría de la Mente, la cual sin embargo es considerada una variable más cognitiva que lingüística.

Para las personas con Autismo el discurso pragmático es siempre un desafío a cualquier nivel. Obviamente, representa ser más difícil para una persona no verbal que para una persona altamente verbal, sin embargo, ambas, probablemente necesitarán ayuda para entender las expresiones faciales, las claves no verbales, el turno al hablar, etc.

Queda claro, que la habilidad para comunicarse de los niños y en general, de las personas con Autismo varía ampliamente y que el uso del lenguaje depende de su desarrollo intelectual y social. En cuanto al lenguaje comprensivo pueden evidenciar capacidad para la memoria mecánica, pero incapacidad simbólica y fracaso en el uso de términos abstractos, conceptos y razonamientos. Hay personas con Autismo que pueden conservar los elementos sintácticos del lenguaje pero tener alterados los componentes semánticos y pragmáticos. En conjunto, todos estos factores afectan su capacidad de interactuar con otras personas, especialmente, con sus pares.

## ***Retraso en la adquisición del lenguaje y Trastorno del Espectro Autista***

Cuando se observa a un niño pequeño que comienza a hablar pareciera una tarea fácil, pero nada más cierto que trabajan muy duro y en su cerebro se ponen en marcha diversas funciones e interconexiones para poder aprender a hablar. En suma, algunos niños, aprenden más lentamente o deben esforzarse mucho más y durante más tiempo para poder alcanzar el lenguaje.

Según Bloom (1980), el estudio del lenguaje infantil prestó atención durante mucho tiempo casi exclusivamente a los sonidos, palabras y las estructuras de las oraciones que usan los niños cuando hablan. De acuerdo a esto y siguiendo el orden de ideas de que hablar no es fácil, se expone: las palabras deben separarse en sonidos para que los bebés puedan aprender a combinar sonidos en palabras, y las oraciones deben separarse en palabras para que los niños algo mayores puedan aprender a combinar palabras en oraciones. Se describe que estas tareas analíticas requieren ciertas habilidades como percepción, discriminación, segmentación y reconocimiento para que los niños aprendan las formas del lenguaje.

La Asociación Americana del Habla y Lengua (ASHA, por sus siglas en inglés) desde 1993 definió el trastorno de lenguaje como:

Deterioro o desarrollo deficiente de la comprensión y/o utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos y/u otros. Estas alteraciones incluyen: la forma del lenguaje (fonología, morfología y sintaxis), “el contenido del lenguaje” (semántica) y las “funciones del lenguaje en la comunicación” (pragmática) en cualquier combinación (ASHA, 1993).

El inicio tardío del lenguaje “es un retraso que puede identificarse a partir de los 24 meses de edad. Los criterios diagnósticos aceptados, generalmente son un vocabulario expresivo menor de 50 palabras y ausencia de combinaciones de 2 palabras” (Gallardo, 2106).

Como resultado de varias investigaciones, se estima que entre 10 y 20% de niños alrededor de los 24 meses presentan un inicio tardío del lenguaje. Es posible que este vaya acompañado de otras alteraciones clínicas como neurológicas, anatómicas o sensoriales (Zubrick, Taylor, 2007; como se citó en Gallardo, 2016).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) se describen los criterios para los trastornos de la comunicación: trastorno del lenguaje, trastorno fonológico, trastorno de la fluidez de inicio de la infancia, trastorno de la comunicación social y trastorno de la comunicación no especificada. En este manual se sugiere al clínico considerar que las alteraciones del lenguaje se presentan desde las edades tempranas del desarrollo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

La forma más eficaz para detectar retraso en la adquisición del lenguaje es tener claras las etapas del desarrollo del lenguaje típico, lo cual brinda una base sólida para múltiples aspectos del desarrollo infantil. Giordano (2017) en su publicación “Autismo Sindrómico o Sintomático” hace mención de las señales de alarma para iniciar el estudio ante un posible Trastorno del Espectro Autista:

- No observar sonrisas o expresiones placenteras a partir de los 6 meses.
- No responder a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses.
- No balbucear a los 12 meses.
- No hacer o responder a gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses.
- No decir palabras sencillas a partir de los 16 meses.
- No hacer frases espontáneas de 2 palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses”
- Cualquier pérdida del lenguaje o habilidad social a cualquier edad.



Según la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA), (1993) “los retrasos del lenguaje no predicen autismo, son comunes entre los niños diagnosticados con alrededor de un 75% mostrando algún tipo de retraso en el lenguaje”. De aquí se debe destacar la importancia de las evaluaciones periódicas en controles de niño sano con la vigilancia del desarrollo típico según la edad con énfasis en el lenguaje. “En promedio, los niños en el espectro producen su primera palabra uno o dos años más tarde que los niños con desarrollo normal” (ASHA, 1993).

Aunque los niños con un desarrollo típico generalmente producen sus primeras palabras entre los 12 y los 18 meses (Zubrick, 2007, como se citó en Mayo, 2013), se reporta que los niños con TEA lo hacen a una edad promedio de 36 meses (Mayo, 2013). De esto se desprende el valor de los indicadores y la necesidad de intervención temprana de las alertas detectadas y no “esperar y ver”, especialmente si se está ante la presencia de otra sintomatología de TEA.

En estudio publicado por Volkens (2107), “Desenredando los Desafíos Lingüísticos del Autismo” se señala que, el retraso en el habla por sí sola no se considera un factor de riesgo para el Autismo, sin embargo, hablar tarde ha sido históricamente asociado a éste,. Importante resulta entonces, su correlación con la presencia de discapacidad en otras áreas requeridas para el diagnóstico según criterios del DSM-5, como “comunicación e interacción social en múltiples contextos” y “patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos” (Asociación Americana de psiquiatría, 2014).

### ***Alteraciones en la comunicación en los niños con TEA***

Volkers, 2017, citando los estudios de Tager- Flusberg, directora del Centro de Excelencia en la Investigación del Autismo de la Universidad de Boston, expresa que “hay múltiples formas en las que el lenguaje puede estar comprometido y, en última instancia, se ven patrones y vínculos entre diversos tipos de diferencias cerebrales y como estas se relacionan con diferentes resultados” Se indican diferencias de dos áreas relacionadas con el lenguaje: la lateralización y la conectividad cerebral.

Si bien la mayoría de las personas tienen un centro de lenguaje en el hemisferio izquierdo del cerebro, es más probable que las personas con Autismo tengan una localización del lenguaje en el hemisferio derecho o mixto.

Volkers, 2017, cita que el grupo de estudio de Tager- Flusberg también encontró que a los 12 meses de edad, los hermanos menores diagnosticados más tarde con Autismo tenían medidas más bajas de conectividad cerebral entre las regiones asociadas al lenguaje, según lo medido con electroencefalograma. Esto significa que es posible que sus cerebros no procesen el lenguaje tan rápido o tan bien como los cerebros de las personas que no tiene Autismo.

Existe una gran variabilidad del perfil lingüístico de los niños con TEA que varía según la edad, nivel de severidad del trastorno, comorbilidad con otras diferencias y condiciones ambientales de cada persona y la etapa del desarrollo en la que se encuentre. Esta variabilidad abarca desde el mutismo total hasta el manejo de un vocabulario rico y fluido donde hablen en profundidad sobre temas de su interés manteniendo las alteraciones pragmáticas.

Moliné (2019) tomando como referencia los estudios de Gómez y cols, (1995) señala que para el estudio del lenguaje y comunicación en los niños con TEA es necesario separar a los niños verbales de los pre verbales:

Los niños pre verbales con TEA realizan actos comunicativos pro imperativos y no acceden a los protodeclarativos. Los protoimperativos se refieren a la petición que realiza el niño mediante un gesto para conseguir que una persona haga algo, y los protodeclarativos, cuando el niño realiza un gesto para captar la atención de una persona con fines interactivos.

Los niños pre verbales con TEA no desarrollan el gesto de señalar (de gran relevancia al ser intencional, intersubjetivo y simbólico) y no desarrollan la atención conjunta, de esta manera, no logran establecer interacciones triádicas entre él, el adulto y el objeto, dificultando la realización de actos de comunicación protodeclarativos. Sin embargo, compensan el señalamiento con gestos proimperativos de petición para solicitar un objeto, una acción o una actividad de manera no convencional y disfuncional. Generalmente no considerando la atención del otro, no estableciendo contacto ocular, entre otros aspectos.

Los niños pre verbales con TEA no desarrollan la imitación y la referencia social, por lo cual presentan dificultades en la expresión y comprensión de los estados emocionales, generando actos comunicativos con expresiones faciales no acordes a la situación o sin ninguna expresión emocional y no comprendiendo las expresiones emocionales de los demás (Teoría de la mente).

Los niños verbales con TEA generalmente acceden al lenguaje mediante el uso de la ecolalia y lo adquieren de manera tardía.

Para describir los niveles alterados del lenguaje en el polo de la expresión y comprensión de los niños con TEA, Moliné (2019) toma como referencia la clasificación de Baron- Cohen y Bolton (1998) y los estudios de Riviere y Martos (2000):

*Nivel fonético fonológico:* está compuesto por los fonemas que son las unidades del sonido del habla y la fonología que refiere a los fonemas en

relación a su función en la lengua. Los niños con TEA manifiestan alteraciones prosódicas donde su entonación y el volumen del habla no se adaptan al contenido de las palabras ni a su contexto de producción, y no saben identificar estas variables en el habla del otro afectando la expresión y comprensión (Baron- Cohen y Bolton, 1998, como se citó en Moliné, 2019)

*Nivel morfosintáctico:* está compuesto por la morfología, que estudia la estructura interna de cada sintagma y la sintaxis, que estudia el orden y la relación de cada sintagma dentro de una oración. En este nivel generalmente se producen alteraciones de la expresión y comprensión de los pronombres personales (Baron- Cohen y Bolton, 1998, como se citó en Moliné, 2019)

*Nivel léxico-semántico:* está compuesto por el léxico, que estudia las palabras y expresiones utilizadas por un conjunto de personas dentro de una región y la sintaxis, que estudia la secuencia y en el cual el sujeto ordena los sintagmas y palabras, el uso que se le da en situaciones concretas y las funciones que cumplen. En los niños con TEA, al estar alterada las habilidades simbólicas de representación, la comprensión y el uso de las palabras en torno a eventos concretos, se ve alterado. Se crean grandes dificultades al momento de interpretar un mensaje verbal, ya que les cuesta acceder a su significado y al componente simbólico de la misma, no comprendiendo las ironías, los chistes complejos, entre otros (Baron- Cohen y Bolton, 1998, como se citó en Moliné, 2019)

*Nivel pragmático:* este nivel es abordado en profundidad por Riviere y Martos, (2000), donde afirman que los principales aspectos del componente pragmático alterados en los niños con TEA verbales, son la regulación temporal del intercambio social, el lenguaje corporal, las habilidades de escucha, entonación y volumen del habla.

Los niños con TEA presentan alterados o no desarrollos los gestos de señalar, despedirse, asentir o negar con la cabeza, hacer señas, entre otros,

lo cual interfiere en el proceso de adquisición del lenguaje y su uso. La postura y su interpretación está alterada, generando dificultades como el no saber posicionarse ante un intercambio comunicativo con la otra persona y no entender los cambios posturales de los otros (Riviere y Martos, 2000, como se citó en Moliné, 2019)

Respecto a los criterios diagnósticos de la comunicación, en niños pre verbales y verbales con TEA, Alcantud, (2013), expresa en su obra “Trastorno del espectro Autista, detección, diagnóstico e intervención temprana” la siguiente clasificación:

Nivel 1: es el más severo, con falta de intención comunicativa, presencia de mutismo (total, parcial o funcional) y sordera central o falta de respuesta al lenguaje.

Nivel 2: únicamente conductas instrumentales de petición, gestos, palabras sueltas o ecolalias a nivel expresivo y comprensión de frases simples asociadas a la propia acción.

Nivel 3: conductas comunicativas de petición, lenguaje no discursivo con producciones creativas, junto a ecolalias y producción de enunciados.

Nivel 4: conductas comunicativas para diversidad de funciones como declarar, comentar, informar, etc., habla formal adecuada, dificultades pragmáticas y conversacionales, alteraciones prosódicas, dificultades en la comprensión de significado intencional de las emisiones. (Alcantud, 2013)

De acuerdo a lo antes expuesto, las alteraciones del lenguaje en los niños con TEA son variables, por lo que deben evaluarse los componentes de manera individualizada.

### ***Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo, 2da edición (ADOS-2)***

Es una evaluación de tipo estandarizada y semi estructurada donde se observa la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales en personas donde se evidencian sospechas de TEA.

Esta escala cuenta con 5 módulos (T, 1, 2, 3, 4), cada uno de los cuales está destinado a personas con diferentes edades cronológicas y niveles de lenguaje. Se puede utilizar desde los 12 meses hasta la edad adulta.

La prueba está compuesta por una serie de actividades que proporcionan contextos de tipo estándar donde el evaluador puede observar la presencia o ausencia de comportamientos sociales como comunicativos relevantes para el diagnóstico del TEA.

Debido a su complejidad, para el empleo de esta prueba se requiere de un entrenamiento intensivo por parte de profesionales habilitados para tal fin, quienes otorgan la certificación que habilita a otros profesionales para la administración clínica de la misma. (Lord, 2015, como se citó en González, 2019)

La información obtenida con la prueba de ADOS-2 no debe utilizarse de forma aislada. Se requiere una observación más prolongada así como de otras pruebas para la evaluación del historial de desarrollo, valoración del nivel de conducta adaptativa, evaluación de praxias y perfil sensorial, así como indagar aspectos cognitivos y lingüísticos que permitan evaluar el nivel de desempeño del paciente e interpretar las conductas comunicativas y sociales con el fin de realizar un diagnóstico clínico exhaustivo de TEA.

### **Bases legales**

La presente investigación tiene su basamento legal según diferentes normas, artículos y decretos acordados en convenios nacionales e internacionales, así como en leyes y resoluciones propias de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999)

Según la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2008), su objetivo es promover y asegurar el goce pleno y en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades de las personas con discapacidad, tomando en cuenta según los contenidos de los Artículos 3, 25 y 26, conceptos fundamentales como respeto a la dignidad inherente, no discriminación, participación, inclusión, autonomía, así como acceso a una atención de salud y servicios, habilitación y rehabilitación de la misma calidad que los demás y prestados sobre la base de un consentimiento libre e informado. Los Estados partes involucrados deben adoptar las medidas apropiadas para velar por el cumplimiento de estos derechos, así como por el logro de la inclusión y participación en todos los aspectos de la vida: física, mental, social y vocacional de las personas con discapacidad.

De Acuerdo al Artículo 83 asentado en la CRBV, 1999:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa.

Es obligación del Estado venezolano, participar en el proceso de atención de una creciente población con TEA y condiciones similares, partiendo de la premisa de la inclusión social, garantizando el estado de derecho y participación, como lo establecen los principios que en materia de derechos humanos son avalados por la Carta Magna. Es responsabilidad también del Estado presentar nuevas propuestas para la atención, cuidado y respaldo de esta población, favoreciendo el proceso de desarrollo de nuevos conceptos científicos que persigan crear y perfeccionar los métodos y procedimientos relacionados con el tratamiento médico y terapéutico para su bienestar e inclusión.

## **CAPÍTULO III. MARCO INSTITUCIONAL**

### **Historia de la Institución**

El Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN) es una Asociación Civil sin fines de lucro fundada en 1974, dedicada a la atención de niños (as) y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo, problemas emocionales o de conducta y a sus familias.

Tiene como uno de sus primordiales objetivos consolidar alianzas estratégicas que permitan atender y apoyar la mayor cantidad de niños (as), adolescentes y a sus familias en condiciones socio económicas menos favorecidas.

Sus Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) se distribuyen en 2 cedes ubicadas en El Marqués y Colinas de Bello Monte, Caracas. El propósito es que cada niño pueda alcanzar su máximo potencial y así una mejor calidad de vida. Sus servicios ofrecen:

- Programas personalizados, diseñados según las características individuales de cada usuario.
- Soluciones integrales y holísticas, que involucran a padres, representantes y docentes.
- Planes completos que comprenden: despistaje, evaluación y tratamiento.

Adicionalmente cuenta con un Centro de Educación Especial (CEE) inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Educación, que trabaja desde una mirada integral con énfasis en la socialización y basada en



potenciar las habilidades en las áreas: cognitiva, motora, de la comunicación y el lenguaje y socio emocional. La agrupación de los alumnos se realiza considerando sus fortalezas académicas, conductuales y sociales, ofreciéndole herramientas a través de programas educativos adaptados, enseñanza individualizada y atención a pequeños grupos con énfasis en el entrenamiento social.

Igualmente tiene un Centro de Investigación y Estudios (CIEPI) encargado de organizar actividades de capacitación y asesorías en el área de salud y educación para profesionales, instituciones, organizaciones y público en general.

### **Marco Filosófico**

El Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN):

*Cree* en las familias y comunidades que atiende, así como en su desarrollo y las capacidades que tienen para lograrlo, por ello, su acompañamiento genera procesos que estimulan soluciones que permiten cambios.

*Fomenta* relaciones integrales y sólidas mediante el respeto y la honestidad, siendo su crecimiento a lo largo del tiempo, prueba de que responsablemente honra sus compromisos.

*Está alineado* con los objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, particularmente, con los objetivos 1: “Fin de la pobreza”, 2: “Salud y Bienestar”, 3: “Educación de Calidad”, por lo que está comprometido a actuar para proteger el planeta, mejorar la vida de las personas y así, alcanzar un mundo más justo y sostenible.

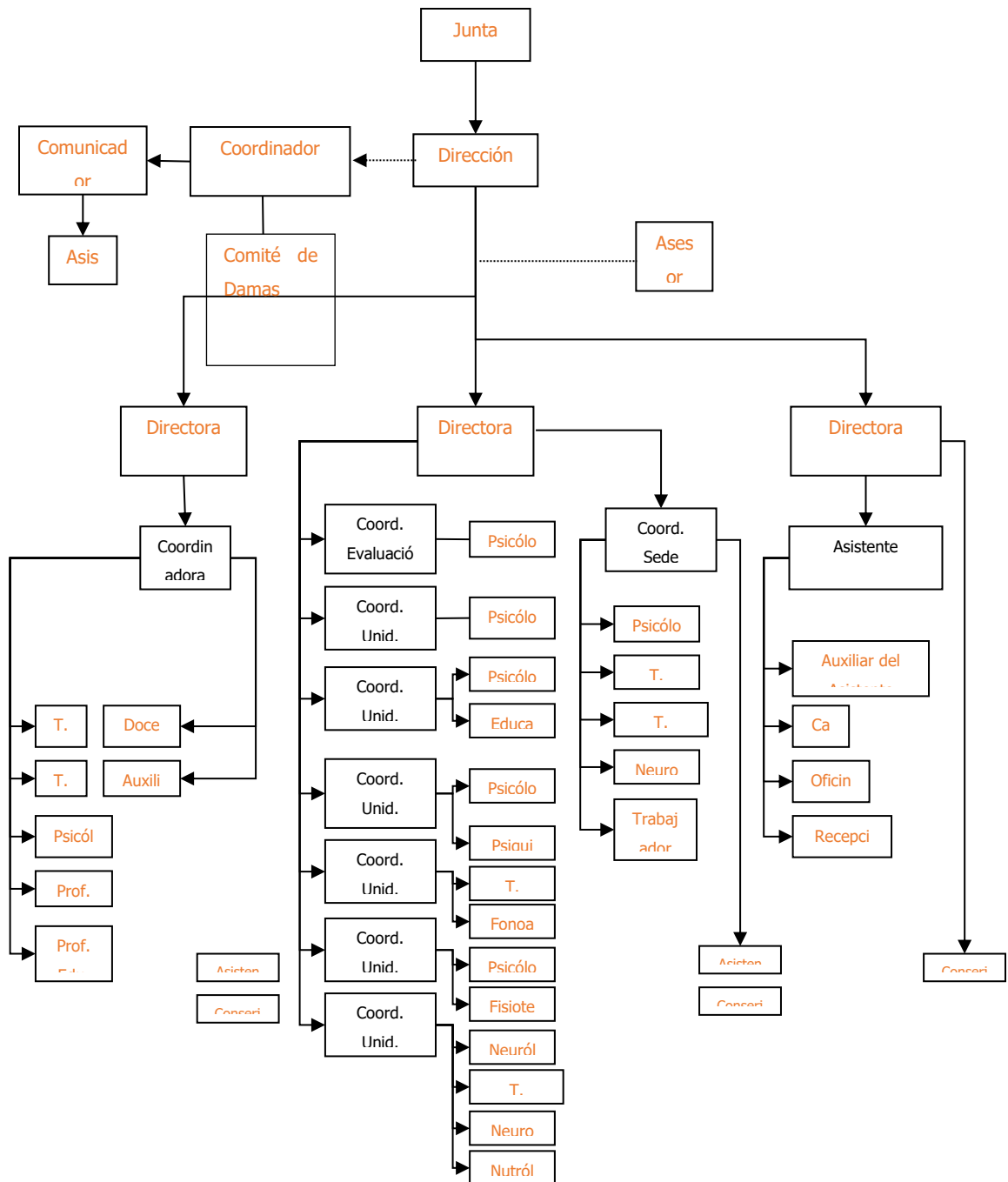
*Misión:* Mejorar la calidad de vida de niños (as) y adolescentes que presentan alteraciones del desarrollo.

*Visión:* ser la vanguardia en la atención integral de niños y adolescentes.

*Valores:*

- Pasión: por ayudar a niños y adolescentes.
- Integridad: al cumplir los compromisos planteados.
- Excelencia: al destacar dando el mejor servicio.

# Organigrama



Fuente: INVEDIN (2019)

Gráfico 1. Organigrama de la Institución

## **Población que atiende**

En los centros de diagnóstico y tratamiento (CDT) de INVEDIN se atienden niños y adolescentes con alteraciones en su desarrollo cognoscitivo, conductual, del lenguaje, motor y/o socio-emocional, bajo una visión sistémica que involucra al grupo familiar y al entorno escolar. Esto se ejecuta mediante dos grandes unidades de acuerdo a las etapas del desarrollo:

- Intervención Temprana, que comprende desde recién nacidos hasta niños de 6 años de edad.
- Intervención de la Niñez y Adolescencia, que comprende desde los 7 años hasta los 16 años.

En los centros de educación especial (CEE) se atiende a una población de 3 a 25 años de edad con discapacidad cognitiva, trastorno del espectro autista con déficit intelectual acompañante, parálisis cerebral leve y trastorno generalizado del desarrollo,

De acuerdo a las últimas estadísticas publicadas en la página web de INVEDIN 2021, (<https://invedin.online/>) para el año 2019 en las dos sedes se atendieron más de 2200 niños y adolescentes (contabilizando casos nuevos, controles y terapias), de los cuales 70% eran provenientes de los sectores con mayor privación social. Se ofrecieron consistentemente más de 20 servicios especializados y se realizaron 45500 sesiones de tratamiento; además, se brindó educación a 90 niños y jóvenes con trastornos del desarrollo y se beneficiaron a 1500 usuarios a través del programa de becas.

Esta población es atendida por un grupo de profesionales con amplia experiencia y reconocida trayectoria conformado por: médicos pediatras con especialidad en neurodesarrollo, neurólogos, psiquiatra, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, terapeutas de lenguaje, trabajadores sociales, entre otros.

## **CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO**

Una vez establecido el marco teórico se hizo necesario buscar y elaborar una estrategia que diera paso al marco metodológico de la investigación, en el cual se incluyó el tipo de estudio o diseño, los métodos y procedimientos para la obtención de los datos y las técnicas utilizadas para el análisis e interpretación de los resultados a fin de que estos se consideren válidos y confiables (Hernández y Ramos, 2018)

### **Línea de trabajo**

Los Trastornos del Espectro Autista.

### **Tipo de investigación**

A juzgar por varios autores (Arias, 2012, Salinas, 2010 y Tamayo y Tamayo, 1999) en cuanto a los tipos de investigación, existen diversos modelos y clasificaciones. En este sentido y de acuerdo al nivel, la metodología de la presente investigación es no experimental, donde “no hay manipulación de la variable independiente, no se asignan al azar los grupos. Solo se observan los cambios que ocurren” (Salinas, 2010). De corte transeccional, por lo cual “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su interrelación en un momento único” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Esta investigación es descriptiva, consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (Arias, 2012). Este tipo de estudios busca únicamente

describir situaciones o acontecimientos, básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones (Tamayo y Tamayo, 1999). El procedimiento consistió en la revisión de historias de los prescolares atendidos en INVEDIN en el año 2019.

### **Diseño de investigación**

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, el cual representa un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Parte de una idea que una vez delimitada, permite la derivación de objetivos y preguntas de investigación, se determinan y miden variables en un determinado contexto, se revisa la literatura y se construye una perspectiva teórica; se analizan las mediciones obtenidas generalmente mediante métodos estadísticos y se extrae una serie de conclusiones. Es objetivo, la realidad no cambia por las observaciones y mediciones realizadas (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014). El presente trabajo está orientado al análisis de las historias donde se contemplan variables como retraso en la adquisición del lenguaje y diagnóstico de Trastorno del espectro autista, considerando además características sociodemográficas como edad y sexo y características del lenguaje observados.

### **Población y muestra**

De acuerdo con Palella y Martins, (2012), la población en una investigación “es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones”. Así mismo, se refiere a la muestra como una parte representativa de una población y que por tanto, reproduce sus características de la manera más exacta posible.

La población de la presente investigación está conformada por los pacientes atendidos en INVEDIN el Marqués en el periodo comprendido entre

enero y diciembre del año 2019. Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta solo los nuevos ingresos según el sistema automatizado de INVEDIN (PROFIT), cuya cifra estuvo conformada por 423 pacientes. De acuerdo a estos datos, se destaca lo representativo de la muestra utilizada. Esta unidad muestral fue tomada de las historias correspondientes a los niños (as) en edad preescolar (entre 2 y 6 años, 11 meses y 29 días) en cuyo motivo de consulta estuviera reportado el retraso en la adquisición del lenguaje y en quienes se haya planteado el diagnóstico clínico de TEA mediante evaluación de triaje y posterior evaluación médica de neurodesarrollo según criterios del DSM-V. Con base a los criterios clínicos previamente descritos se consideró además la indicación y posterior aplicación de la prueba ADOS-2 como una manera de establecer relación entre el diagnóstico clínico de Autismo y el resultado de la prueba ADOS-2.

### **Cuadro de Operacionalización de variables**

*Tabla 1. Cuadro de operacionalización de variables*

<b>Objetivo general</b>	<b>Interrogantes</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variables</b>
Establecer la relación entre el retraso en la adquisición del lenguaje como motivo de consulta y el posterior diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en	¿Cuáles son los indicadores que deben considerarse en el instrumento de recolección de información durante la revisión de las historias clínicas?	1.- Establecer el Retraso en la Adquisición del Lenguaje como criterio e indicador para la recolección de información.	Retraso en la adquisición del lenguaje.

<p>preescolares evaluados en INVEDIN en el periodo enero – diciembre 2019.</p>	<p>¿Cuál es el procedimiento por el cual se estableció la relación de los niños cuyo motivo de consulta fue Retraso en la Adquisición del Lenguaje y el posterior diagnóstico Trastorno del Espectro Autista?</p> <p>¿Cómo se dará una comparación de los hallazgos de la investigación con soportes bibliográficos y científicos existentes?</p>	<p>2.- Describir la información recopilada mediante la utilización de técnicas de frecuencias y porcentajes.</p> <p>3.- Analizar la información recopilada mediante la contrastación con los enfoques teóricos.</p>	<p>Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.</p>
--	---	---	---

<b>Dimensión</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Instrumen to</b>
Retraso en Adquisición del Lenguaje.	El inicio tardío del lenguaje es un retraso que puede identificarse a partir de los 24 meses de edad. Los criterios diagnósticos aceptados generalmente son un vocabulario expresivo menor de 50	Registro de datos presentes en la historia clínica:  1.- Edad: 2, 3, 4, 5 y 6 años.	1. a. 1. b. 1. c.	Historias de los preescolares evaluados en INVEDIN.	Lista de cotejo.



	<p>palabras y ausencia de combinación de 2 palabras. Este retraso no va acompañado de otras condiciones clínicas como pérdida auditiva, discapacidad intelectual, autismo o privación social. (Gallardo, 2016)</p> <p>Se estima que entre 10 y 20% de los niños alrededor de 24 meses de edad presentan un inicio tardío del lenguaje. Es posible que éste vaya acompañado de otras alteraciones clínicas, por ejemplo: neurológicas, anatómicas o sensoriales. En estos casos puede identificarse como un retraso secundario a otro trastorno o discapacidad. (Gallardo, 2016)</p> <p>Las demoras en la adquisición del lenguaje no predicen Autismo, pero las mismas son comunes en los</p>	<p>2.- Sexo: Masculino, femenino.</p> <p>¿Quién realiza la referencia del prescolar a INVEDIN?: pediatra, maestra/colegio, psicólogo, neuropediatra, motivación de los padres, otros.</p>	<p>1. d. 1. e.</p> <p>2. a. 2. b</p> <p>3. a. 3. b. 3. c. 3. d. 3. e. 3. f.</p>		
--	---	---	---	--	--

	<p>niños diagnosticados, con alrededor de 75% mostrando algún tipo de afectación del lenguaje. Estos retrasos pueden ser dramáticos; en promedio, los niños dentro del dentro del espectro pronuncian su primera palabra uno o dos años más tarde que un niño con desarrollo típico (Volkers, 2017)</p>				
<p>Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.</p>	<p>El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se encuentra enmarcado dentro de los trastornos del neurodesarrollo según el DSM-V. Es una condición de aparición temprana, generalmente antes de los 3 años de edad y puede estar asociado o no a otros cuadros. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)</p> <p>Las características principales del trastorno del espectro autista son el</p>	<p>4.- Se corroboró el diagnóstico clínico de TEA mediante la aplicación de la prueba ADOS: Si, No.</p> <p>5.- Aspectos del lenguaje clínicamente observados en los niños con diagnóstico de TEA: A - Forma: fonología,</p>	<p>4. a. 4. b.</p> <p>5. a. 5. a.1. 5. a.2. 5. a. 3</p> <p>5. b. 5. b.1. 5. b.2.</p>	<p>1. Historia de los prescolares evaluados en INVEDIN.</p> <p>2. Prueba de ADOS-2.</p>	<p>Lista de cotejo .</p>

	<p>deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivo y repetitivo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)</p>	<p>morfología, sintaxis.  B - Contenido (semántico):  ecolalia, palabras o frases idiosincráticas.</p> <p>6. En prescolares cuya puntuación de prueba ADOS no se correspondió con el diagnóstico clínico de TEA ¿Cuál diagnóstico se concluyó?:  Trastorno de la comunicación, Discapacidad intelectual, Trastorno específico de aprendizaje, TDAH, otros.</p>	<p>6. a.  6. b.  6. c.  6. d.  6. e.</p>		
--	---	--	--	--	--

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

Para la obtención de los datos la autora realizó la revisión de historias, donde pudo observar el comportamiento de las diversas variables, esto corresponde a un registro de tipo observación documental. Según Hernández Samperi (2014) este método de recolección de datos consiste en “el registro sistemático, válido, confiable de comportamientos y situaciones observables”.

Como Instrumento inicial se utilizó una lista de cotejo para transcribir la información obtenida de las historias, la misma estuvo sujeta a la evaluación, consulta y validación de los expertos para su posterior aplicación (Profesora Katherine Goncalves y Profesora Sylvia Silva). Se compone de seis (6) preguntas donde se contemplan variables como: edad y sexo de los prescolares; si se corroboró el diagnóstico clínico de TEA mediante la aplicación de la prueba ADOS-2; la persona quien realiza la referencia a INVEDIN; aspectos del lenguaje clínicamente observados en los niños con diagnóstico de TEA y, por último, en prescolares cuya puntuación de prueba ADOS-2 no se correspondió con el diagnóstico de TEA, ¿cuál fue el diagnóstico final?

Tamayo y Tamayo (2007) definen la lista de cotejo como “un instrumento de gran utilidad en la investigación científica ya que constituye una forma concreta de la técnica de observación logrando que el investigador fije su atención en ciertos aspectos y se sujeten a determinadas condiciones”

Seguidamente se realizó una base de datos, definida como “conjunto de información estructurada en registros y almacenada en soporte electrónico legible desde un ordenador. Cada registro constituye una unidad autónoma de información estructurada en diferentes campos o tipos de datos que se recogen en dicha base de datos” (Rodríguez Yunta, 2001).

En el procesamiento y análisis de datos se utilizó IBM/SPSS (Paquete estadístico para las ciencias sociales), versión 22, este “es un sistema global para el análisis de datos que proporciona funciones que dan soporte a todo el proceso de la analítica, como preparación de datos, estadísticas descriptivas, regresión lineal, creación de gráficos visuales y creación de informes” (Cuevas A., 2014).

### **Fases en la ejecución de la investigación**

Las fases desarrolladas en el presente Trabajo Especial de Grado se describen a continuación:

1.- Selección de la población y muestra: se solicitó autorización a la coordinación de INVEDIN para la realización de la investigación y proceder a la búsqueda de información en su sistema automatizado, donde se conoció el número de nuevos ingresos en el año 2019 (423 nuevos pacientes), de los cuales 231 correspondían a niños en edad preescolar (desde 2 años hasta 6 años, 11 meses y 29 días). Este paso se ejecutó en 2 semanas, en el mes de junio del 2021.

2.- Revisión de historias: fueron seleccionados los números de historias correspondientes a los 231 niños en edad preescolar, posteriormente se procedió a la revisión de las mismas aplicando los criterios de inclusión: preescolares en cuyo motivo de consulta estuviera reportado el retraso en la adquisición del lenguaje, se haya planteado el diagnóstico clínico de TEA mediante evaluación de triaje y posterior evaluación médica de Neurodesarrollo según criterios del DSM-V, se les haya aplicado la prueba ADOS-2. Este paso se ejecutó en 1 mes, en el mes de julio del 2021.

3.- Instrumento y codificación de datos: se aplicó una lista de cotejo a donde se transcribieron los datos de las historias tomando en cuenta los criterios de inclusión antes descritos, además de otros datos como edad y sexo del preescolar; profesional, persona o institución que realizara la referencia a

INVEDIN; características del lenguaje observadas y otros diagnósticos finales en caso de no haber concordancia entre el diagnóstico clínico de TEA y resultado de prueba ADOS-2. Seguidamente, los datos fueron transcritos, organizados y codificados mediante la utilización de Excel e IBM/SPSS versión 22. Este paso se ejecutó en aproximadamente 1 mes, entre los meses de octubre y noviembre del 2021.

4.- Resultados, análisis e interpretación: con base a la utilización de técnicas estadísticas de frecuencias y porcentajes se procede a la descripción e interpretación de los hallazgos tomando en cuenta la asociación entre las distintas variables y su comparación con referentes teóricos previamente descritos y publicados en la literatura. Este paso se ejecutó en aproximadamente 1 mes, entre los meses de diciembre del 2021 y enero del 2022.

5.- Conclusiones y recomendaciones: de acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye a fin de contextualizar e integrar la información orientado hacia el alcance y limitaciones del presente estudio; además de sugerir planteamientos o acciones específicas que puedan contribuir a un mayor desarrollo en el conocimiento del tema, a datos nacionales actualizados, así como a futuros proyectos de investigación y su posible manera de ejecución. Este paso se ejecutó en aproximadamente 2 semanas, en el mes de enero del 2022.

## **CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Tal como lo refieren Selltiz y Jahoda (1971) "...el propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen respuestas a las interrogantes de investigación". El análisis implica el establecimiento de categorías, la ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder sacar algunos resultados en función de las interrogantes planteadas. Este proceso tiene como fin último, el reducir los datos de una manera comprensible, para poder interpretarlos y poner a prueba algunas relaciones de los problemas estudiados.

A menudo la investigación descriptiva adopta un enfoque deductivo y es de naturaleza cuantitativa, esto significa que utiliza una teoría bien desarrollada para recopilar datos e interpretarlos, además de utilizar datos numéricos, respectivamente. Según Sabino (1992), el análisis "es una operación que se efectúa con toda la información numérica resultante de la investigación".

En este sentido y conforme a los objetivos planteados a continuación se presentan los resultados correspondientes a cada uno de ellos.

La recolección de datos inició con la revisión del sistema automatizado de INVEDIN El Marqués (PROFIT). Según el mismo, se conoce que para el año 2019 hubo 423 nuevos ingresos, de los cuales 231 correspondían a niños en edad preescolar (desde 2 años hasta 6 años, 11 meses y 29 días). Fueron seleccionados los respectivos números de historias en orden correlativo desde enero a diciembre del 2019, comprendidas así desde la 19001 hasta la 19369.

Se consideraron factores como la disposición de las historias al momento de su revisión, conforme a ello fueron consignados 227 expedientes,

de los cuales quedaron algunos excluidos por errores inherentes a la edad de los pacientes al momento de ser archivados, lo que los dejó fuera del estudio. De esta manera, finalmente la muestra quedó constituida por 215 prescolares, los cuales constituyen el 50,8% de la población evaluada en INVEDIN para el año 2019.

De acuerdo a los criterios de inclusión, la información relevante obtenida de las historias se transcribió en una lista de cotejo. Culminado este paso se procedió a la creación de una base de datos y codificación de los mismos en Word. Seguidamente, mediante el uso de Excel se ejecutó la clasificación y tabulación, para finalmente y través de la utilización del SPSS 22 obtener los resultados numéricos cuantitativos y análisis.

Se incluyeron en el estudio prescolares en cuyo motivo de consulta estuviera reportado el retraso en la adquisición del lenguaje y en quienes se haya planteado el diagnóstico clínico de TEA. Estos pacientes debían haber cumplido con la evaluación de triaje y posterior evaluación médica de neurodesarrollo. Se consideró adicionalmente, la indicación y aplicación de la prueba ADOS-2 como parte del proceso de evaluación y que diera apoyo al diagnóstico clínico de TEA. Cumplieron con este criterio 103 prescolares (N = 103), lo cual corresponde a 47,9%.

De acuerdo a lo antes descrito se concluye de la siguiente manera: 47,9% de los prescolares evaluados en INVEDIN en el año 2019 que consultaron por retraso en la adquisición del lenguaje, cumplieron con criterios clínicos neuro-conductuales que los ubicó en el diagnóstico de TEA, esto posterior a las evaluaciones psicológica y médica.

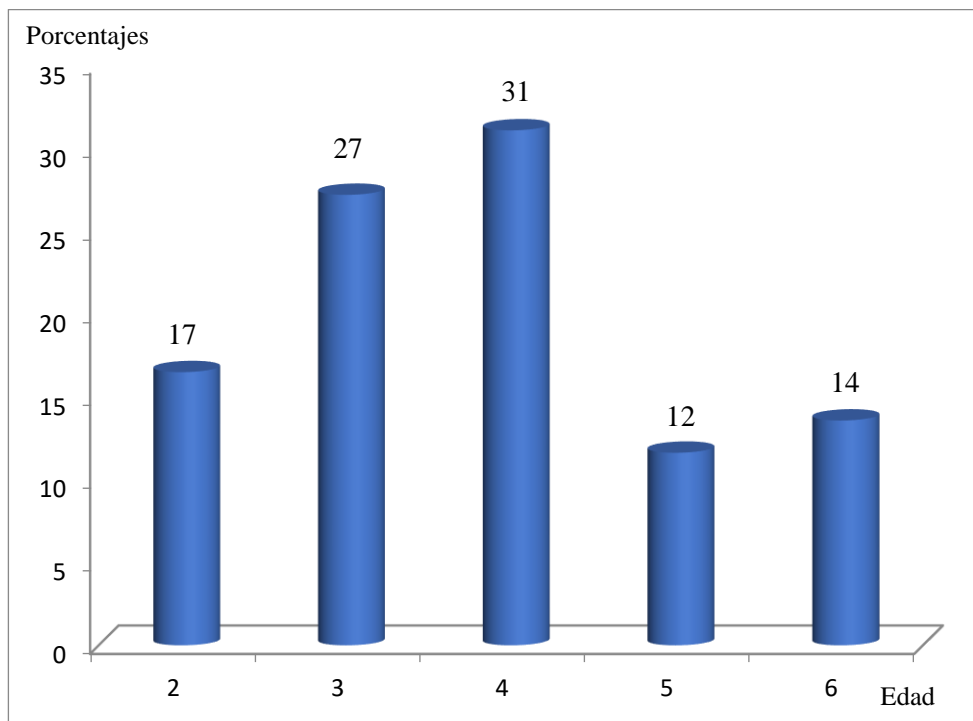
A continuación se muestran tablas y gráficos de los resultados obtenidos a través del proceso de recolección de información.



*Tabla 2. Distribución por edad de los prescolares evaluados en INVEDIN en el período enero - diciembre 2019 con retardo en la adquisición de lenguaje y diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista*

<b>Edad en Años</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>2</b>	17	17	17
<b>3</b>	28	27	44
<b>4</b>	32	31	75
<b>5</b>	12	12	86
<b>6</b>	14	14	100
<b>Total</b>	103	100	

Fuente: cálculos propios (2021)



*Gráfico 2. Distribución por edad de los prescolares evaluados en INVEDIN en el período enero - diciembre 2019 con retardo en la adquisición de lenguaje y diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista*

Fuente: cálculos propios (2021)

En la Tabla 2 se describen las edades de los prescolares evaluados, representando los 2 años de edad el 17 % de la muestra, lo cual se asemeja

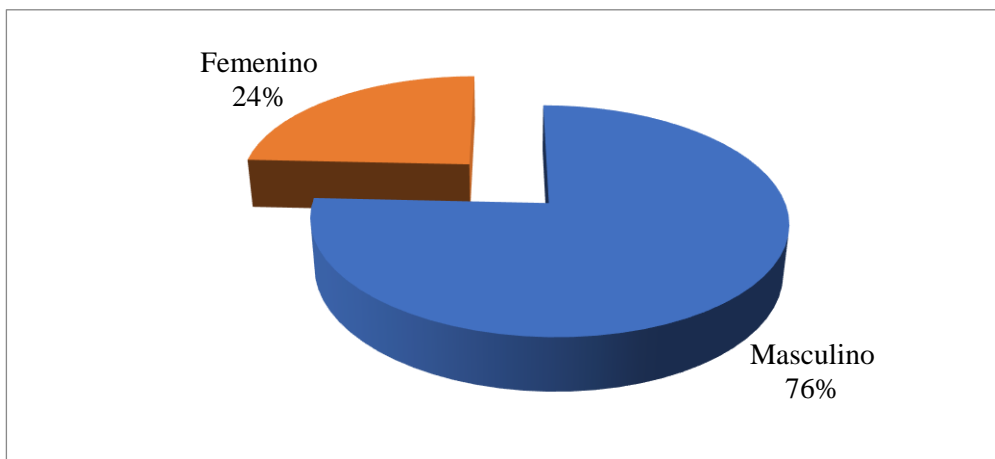
a lo reportado por Gallardo (2017), quien estima que entre el 10 y el 20% de los niños alrededor de los 24 meses de edad presentan un retraso en adquisición del lenguaje.

El mayor porcentaje de edad se centra en niños entre los 3 y 4 años de edad (38%); con el menor porcentaje a edades mayores, 12% a los 5 años y 14% a los 6 años. Esto puede relacionarse a lo expresado por Vázquez y Villagrán (2017), quienes describen en su publicación que si bien el TEA puede ser diagnosticado a partir de los 2 años, la edad promedio para el diagnóstico es entre los 3 y 6 años de edad. Se postula que una de las causas de esta demora tiene que ver con la dificultad que entraña el diagnóstico de estos trastornos a edades muy tempranas, aunado a que los déficits sociales y los retrasos del lenguaje pueden no ser identificados hasta que el niño comienza a relacionarse con sus compañeros en el preescolar.

*Tabla 3. Distribución por sexo de los prescolares evaluados en INVEDIN en el periodo enero - diciembre 2019 con retardo en la adquisición de lenguaje y diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista.*

Sexo	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Masculino</b>	78	76	75,7
<b>Femenino</b>	25	24	100,0
<b>Total</b>	103	100	

Fuente: cálculos propios (2021)



*Gráfico 3. Distribución por sexo de los prescolares evaluados en INVEDIN en el periodo enero - diciembre 2019 con retardo en la adquisición de lenguaje y diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista*

Fuente: cálculos propios (2021)

Como se aprecia en la tabla 3, la mayoría de los prescolares evaluados pertenecen al sexo masculino con 76% de la población estudiada, contra 24% del sexo femenino, lo cual permite establecer una relación 3,6/1. Agregando este resultado al ítem de edad anterior, permite ir perfilando a una población donde la mayoría son varones entre 3 y 4 años de edad. Esto comparte características similares a las publicadas en nota de prensa por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés, 2020).

De acuerdo a revisión española publicada en revista científica, Montagut, (2018) reporta que la prevalencia del diagnóstico ha aumentado entre los varones en comparación a las hembras, las explicaciones apuntan a determinadas diferencias de género en las manifestaciones sintomáticas del trastorno aunado a técnicas de evaluación utilizadas diseñadas pensando en una muestra con varones (sesgo), lo cual aumenta la detección de casos en ellos. Así mismo, se plantea un fenómeno de camuflaje entre las mujeres con el trastorno, quienes suelen tener mayores habilidades para compensar las dificultades de comunicación e interacción social características del TEA.

Lo antes descrito podría sugerir que se estén dando casos falsos negativos entre niñas y mujeres que podrían tener TEA y no se diagnostican.

Tabla 4. ¿Quién realizó la referencia a INVEDIN?

¿Quién realiza la referencia a INVEDIN?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Motivación de los padres</b>	33	32	32
<b>Maestra/ colegio</b>	21	20	52
<b>Pediatra</b>	14	14	66
<b>Neuro-Pediatra</b>	13	13	79
<b>Psicólogo</b>	12	11	90
<b>Otros:</b>	10	10	100
<b>Total</b>	103	100	

Fuente: cálculos propios (2021)

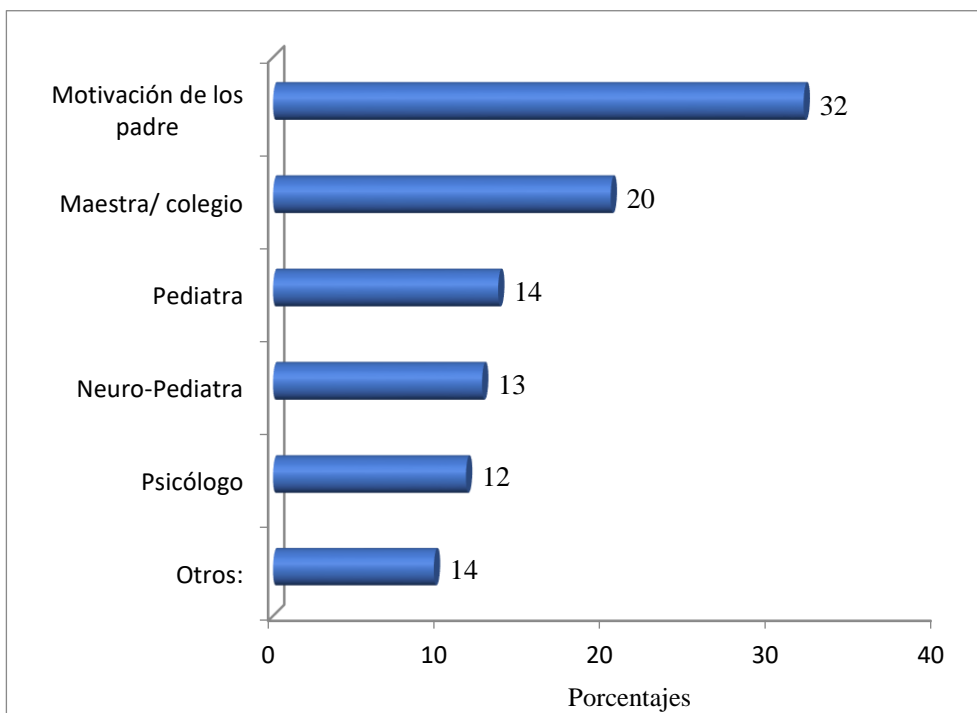


Gráfico 4. ¿Quién realizó la referencia a INVEDIN?

Fuente: cálculos propios (2021)

Cuando se indaga sobre quién es la persona o profesional quien refiere el preescolar a INVEDIN se observa que la mayoría (32%) lo constituye la motivación de los padres, lo cual reviste una gran importancia en siempre validar la preocupación de los padres o representantes ante su advertencia de que algo no anda bien en su hijo. Seguidamente, los maestros y/o colegio con un 20% mostrando gran relevancia en la detección de conductas no habituales. Ambos ítems suman el 52% de las referencias a la institución, lo cual señala al microsistema hogar/colegio como los principales entes reconocedores de signos de alerta en las alteraciones del niño.

Cuando un niño no ha hablado a la edad aproximada de los 24 meses es comprensible que muchos padres se preocupen y comiencen a pensar que algo no está bien, con la posibilidad incluso de plantearse la existencia de un Trastorno de Espectro Autista; aunque ya se ha dicho anteriormente que ser un hablador tardío no es un factor de riesgo para el TEA, a menos que en el niño estén presentes otros signos de comportamiento.

De acuerdo a la revisión de algunos autores (Baron- Cohen, 2001, Honda, 2022, Howlin, 1997, como se citó en Cabanyes, 2004) más del 50% de los padres de niños con TEA expresan algún tipo de inquietud acerca del neurodesarrollo de sus hijos cuando estos tienen entre 18 y 24 meses y, sin embargo no recibir información clara hasta bastante tiempo más tarde. En este momento, al 10% de los niños se les identifica el cuadro clínico y se establece el diagnóstico. A otro 10% se les indica que consulten más adelante si empeoran los síntomas o persisten las preocupaciones. Al resto de los niños, cuando tienen cerca de los 4 años se les deriva a otro especialista. En ese momento, solo al 40% se les diagnostica, 25% se les indica que no deben preocuparse y, al resto se les envía a un tercer o cuarto profesional.

En consecuencia a lo antes expuesto, en algunos casos el diagnóstico de TEA se realiza hasta dos o tres años después de reconocer los padres algunos síntomas, lo cual es un llamado hacia los pediatras a encender las

alarmas en búsqueda de manifestaciones clínicas que permitan establecer una identificación precoz con el objetivo de motivar a los padres a iniciar intervenciones terapéuticas tempranas con miras a un mejor pronóstico.

Mayo-Chlebowski, (2013) en su publicación que relaciona la edad de las primeras palabras como predictor de habilidades cognitivas y adaptativas en niños con TEA, expone: “existe un marcador simple del lenguaje, el informe de los padres sobre el momento de las primeras palabras, que podría ofrecer información valiosa sobre el pronóstico”.

Es resaltante el rol del colegio (maestros/psicopedagogos) en la detección de signos de alarma como pueden ser: observar un desarrollo inadecuado de las habilidades básicas, fallas atencionales, el no comprender el lenguaje simbólico o subjetivo, el escaso contacto visual, problemas para la adaptación a los cambios, rechazo a las actividades grupales, dificultad en la interacción social con el resto de los niños de su edad, entre otras. Estos aspectos hacen de gran relevancia la sugerencia del maestro a padres o representantes de una evaluación especializada oportuna, ya que permitirá descartar o confirmar en algunos casos el diagnóstico de Autismo.

Las referencias realizadas por el pediatra representaron el tercer lugar con un 14% de los prescolares. De acuerdo a las conclusiones de Giordano (2017), el médico pediatra debe estar atento a las manifestaciones tempranas del Autismo y derivar de forma oportuna a neurología infantil y/o psicología, los cuales representaron en la presente investigación 13% y 12% respectivamente. Se presume, que este último porcentaje refleja el hecho de que estos últimos especialistas se encuentran en el segundo o tercer eslabón de profesionales consultados antes de llegar al diagnóstico y que, en este caso realizaron la referencia final a INVEDIN con el objetivo de iniciar terapias de apoyo multidisciplinarias.

Tabla 5. ¿Se corroboró el diagnóstico clínico de TEA mediante la aplicación de prueba de ADOS?

¿Se corroboró diagnóstico?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	23	22	22
Si	80	78	100
<b>Total</b>	103	100	

Fuente: cálculos propios (2021)

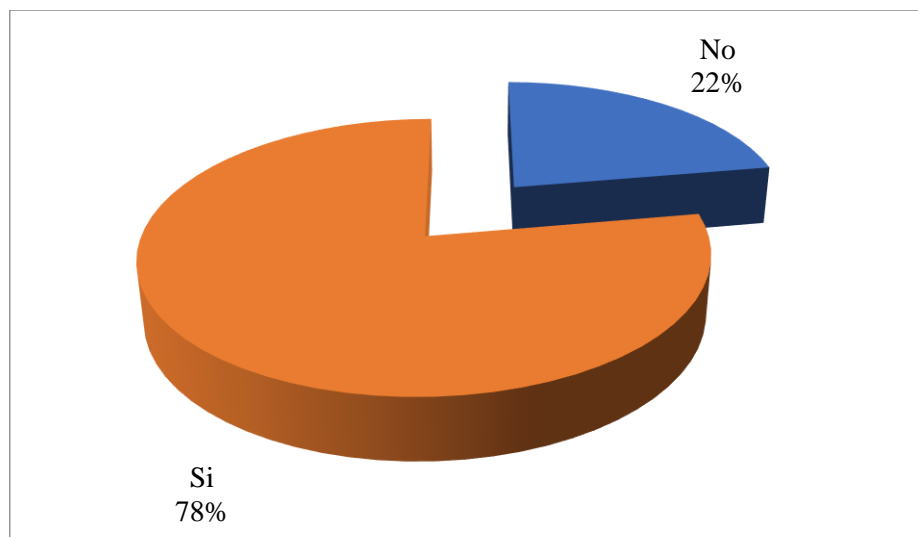


Gráfico 5. ¿Se corroboró el diagnóstico clínico de TEA mediante la aplicación de prueba de ADOS?

Fuente: cálculos propios (2021)

Es importante subrayar que la prueba ADOS-2 fue aplicada a 83 de los 103 preescolares dentro de la muestra (80% de los casos).

De acuerdo a la aclaratoria anterior, se describen los datos representados en la tabla 5, donde se aprecia que de la muestra total se corroboró el diagnóstico clínico de TEA mediante la aplicación de prueba de ADOS en ochenta (80) de los ciento tres (103) preescolares, lo cual representa un 78% de los casos. Las pruebas ADOS-2 tomadas en cuenta en el estudio

correspondieron a las realizadas tanto en INVEDIN como fuera de la institución.

En el mismo orden de ideas, se recalca que de los veintitrés (23) prescolares en los cuales no se corroboró el diagnóstico clínico por prueba ADOS-2, en veinte (20) casos fue debido a la no aplicación de la prueba por inasistencia de los niños, por lo que en ellos no se descarta la asociación entre el diagnóstico clínico de TEA y el puntaje de la prueba ADOS-2 que lo apoye. Por otra parte, tres (3) prescolares obtuvieron puntuaciones por debajo del corte para criterios de TEA, de estos pacientes, de acuerdo a la información del expediente y posterior a discusiones clínicas regularmente ejecutadas, se concluyeron los siguientes diagnósticos: dos (2) con trastornos de la comunicación y uno (1) con TDA-H.

Una de las herramientas más ampliamente utilizadas para el diagnóstico de TEA es el test de ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), iniciado en los años 80. Es una evaluación estandarizada, semi estructurada de la interacción social, comunicación, juego imaginativo y uso de materiales para niños, jóvenes y adultos que pudieran tener TEA (González, 2019)

González (2019) expone que según algunos autores como Falkmer, 2103 y Ously, 2014, “el porcentaje de un diagnóstico erróneo con un examen clínico es de un 10-12%”, reportando en su trabajo un 12% de niños cuyos test de ADOS excluyó un TEA además de tener conductas similares y cuyo seguimiento a largo plazo fue compatible. En contraste con estos datos el porcentaje de error diagnóstico evidenciado en el resultado de la presente investigación es de 2,9%.

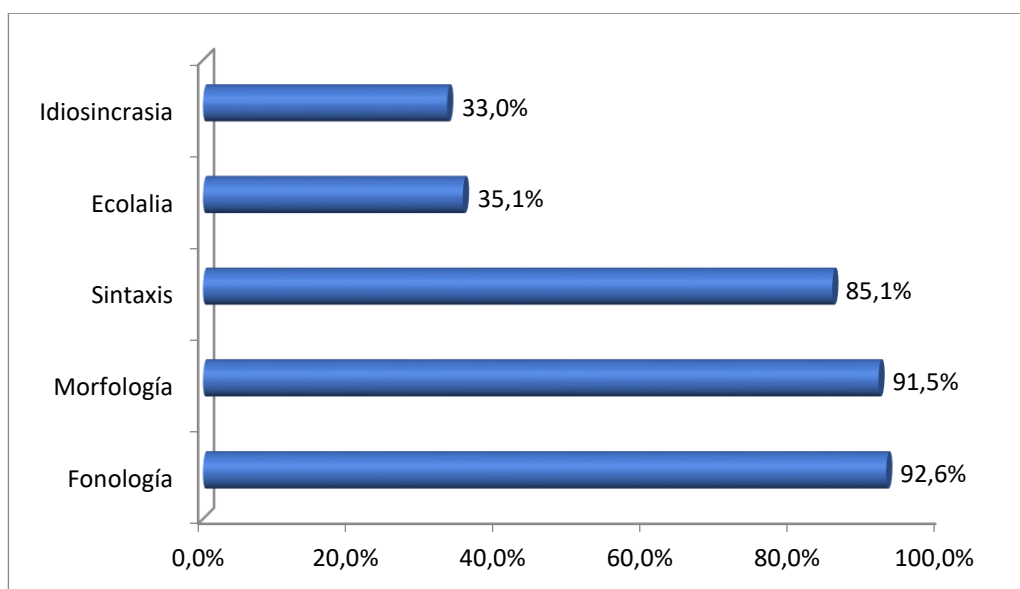
La heterogeneidad de los síntomas del Autismo, de allí su nombre de “Espectro” marca la pauta de una evaluación multidisciplinaria apoyada en pruebas que conduzcan a una certeza en el diagnóstico.



*Tabla 6. Aspectos del lenguaje clínicamente observados en los preescolares con diagnóstico de TEA*

<b>Respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Fonología</b>	87	92,6%
<b>Morfología</b>	86	91,5%
<b>Sintaxis</b>	80	85,1%
<b>Ecolalia</b>	33	35,1%
<b>Idiosincrasia</b>	31	33,0%

Fuente: cálculos propios (2021)



*Gráfico 6. Aspectos del lenguaje clínicamente observados en los preescolares con diagnóstico de TEA*

Fuente: cálculos propios (2021)

En la tabla 6 se describen las características del lenguaje mayormente afectadas en los preescolares evaluados, siendo las más representativas las correspondientes a la forma del lenguaje, con porcentajes respectivos de 92,6% en los aspectos fonológicos (con manifestaciones clínicas en la

prosodia, entonación, volumen de la voz); 91,5% en la morfología (uso de palabras aisladas, conjugación en tiempos inadecuados con omisiones de artículos) y 85,1% en la sintaxis (oraciones reducidas, omisión de tiempos verbales o inversión pronominal), relacionado de acuerdo a lo explicado en el marco conceptual y según Baron – Cohen, 1998, citado por Moliné, 2019.

Respecto al contenido (semántica), los aspectos tomados en cuenta en la investigación fueron la ecolalia, característica del lenguaje presente en el 35% de los prescolares y vocabulario idiosincrático 33%.

La presencia de ecolalia hace parte de la adquisición del lenguaje de los niños de desarrollo neurotípico hasta antes de los 3 años de edad. Los niños verbales con TEA generalmente acceden al lenguaje mediante el uso de la ecolalia y de manera tardía y, al no tener desarrolladas determinadas facultades cognitivas elementales, su lenguaje y comunicación tendrán alteraciones en todos los niveles, fundamentalmente en lo pragmático (Moline, 2019)

Como última variable se expone como parte de los resultados un total de 3 prescolares en quienes se planteó el diagnóstico clínico de TEA y cuyas pruebas ADOS-2 obtuvieron puntuaciones por debajo del corte para criterios de TEA. Posterior a evaluaciones neuropsicológicas y correspondiente discusión de casos se concluyeron en estos niños los siguientes diagnósticos:

- Dos prescolares con trastornos de la comunicación, de los cuales uno correspondió a un precolar masculino de cuatro (4) años de edad con trastorno específico del lenguaje y un precolar masculino de cinco (5) años con una disfluencia del lenguaje.

- Precolar masculino de 6 años con TDA-H.

Este punto resulta controvertido e interesante, debido a que el retraso en la adquisición del habla como motivo de consulta frecuente en pediatría, si bien podría resolverse espontáneamente en un porcentaje bajo de niños

hablantes tardíos, puede evolucionar hacia un trastorno del neurodesarrollo, en especial a los trastornos de la comunicación o Autismo, ya que constituye un síntoma común a los mismos. Aquí es importante acotar la importancia que representa la intervención temprana además de la observación de otras manifestaciones que puedan generar alertas en el desarrollo.

Los trastornos de la comunicación comprenden las deficiencias del lenguaje, el habla y la comunicación que no pueden atribuirse a un déficit auditivo o sensorial, disfunción motora u otras afecciones médicas o neurológicas, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo (García, 2019). En el DSM-5 se incluyen dentro de los trastornos del neurodesarrollo con el objeto de facilitar las decisiones diagnósticas.

De acuerdo con lo señalado con García (2019), los motivos de la primera consulta pediátrica de signos de alarma de un posible trastorno de la comunicación suelen ser habitualmente que “el niño no habla” o “habla palabras sueltas”, y muy raramente que “no entiende” o “no atiende a lo que se le dice”. Esta consulta generalmente se produce entre los dos y dos años y medio.

En relación al TDA-H se describen similitudes en el perfil lingüístico de ambas condiciones. Las alteraciones del lenguaje que presentan los TDA-H y los TEA, en concreto, las dificultades psicolingüísticas comunes parecen encontrarse en la memoria de las oraciones, la formulación de las mismas, la comprensión de instrucciones y párrafos y la fluidez verbal. (Luque, 2015)

El TEA y el TDAH comparten rasgos neurobiológicos, fundamentalmente relacionados con alteraciones en la estructura y función de la corteza cerebral, expresando: dificultades para mantener la atención, exceso de actividad motora e impulsividad y dificultades en el control de impulsos. (Martínez Morga & Quesada Rico, 2018)

En pacientes con TEA y TDAH se describen alteraciones del desarrollo inicial de sinapsis en circuitos de conexiones entre áreas corticales de procesamiento complejo que reciben y procesan de forma combinada información multimodal, principalmente de lóbulos frontal, temporal y parietal. (Martínez Morga & Quesada Rico, 2018)

Otro hallazgo importante de la presente investigación describe que de los prescolares incluidos, 10 correspondieron a TEA pre verbales y 20 a TEA verbales, con la característica clínica relevante de tener emisión de palabras o frases cortas aisladas de contenido predominantemente ecológico. Esto hace pertinente hacer referencia a la clasificación de Alcántud, 2013, expresada en las bases teóricas de los niños TEA pre verbales y verbales con respecto a los criterios de la comunicación en su obra “Trastorno del espectro Autista, detección diagnóstico e intervención temprana”.

A tenor de lo anteriormente descrito, se espera que el presente Trabajo Especial de Grado sirva de insumo teórico que incentive a profundizar en la observación del desarrollo infantil típico y atípico, especialmente en la adquisición del lenguaje, sus características, así como la detección de otros signos de alerta y su posterior relación con los trastornos del neurodesarrollo, más específicamente, el Autismo.

## **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

Los resultados del presente trabajo y la amplia revisión bibliográfica ejecutada en el contraste de aspectos teóricos han permitido reafirmar la importancia del lenguaje en el desarrollo de las capacidades cognitivas, sociales y lingüísticas, bien sea innatas o adquiridas. A tal efecto, el lenguaje genera una base crítica para muchos aspectos del desarrollo infantil y está reflejado en todas las actividades cotidianas niño, por lo que más que una herramienta para la comunicación, representa un instrumento para garantizar los intercambios de naturaleza social.

Es esencial tener en cuenta que no todo retraso en la adquisición del lenguaje es un factor de riesgo para autismo, incluso, muchos niños pueden mostrar conductas de aislamiento, fallas atencionales y conductas no adaptativas como consecuencia de no entender el código lingüístico, por lo que cada caso debe individualizarse y ser evaluado por el equipo especializado a fin de evitar errores en el diagnóstico y enfoques terapéuticos.

Desde la postura del médico pediatra, se identifica el retraso en la adquisición del lenguaje como uno de los motivos de consulta frecuente en la edad preescolar, principalmente antes de los 4 años, lo cual se ve representado en el universo de la presente investigación. De este modo, aunque no se sabe cuántos de los niños evaluados con retraso en la adquisición del lenguaje puedan evolucionar hacia un trastorno de la comunicación, TEA u otros trastorno del neurodesarrollo, queda demostrado que los niños con afectación solo del lenguaje expresivo tendrán mejor pronóstico que los niños con retraso expresivo - receptivo, lo que nos hace dar relevancia sobre la base de un mayor conocimiento a la identificación de signos de alerta mucho antes de la edad promedio.

En la misma línea, el diagnóstico temprano de autismo sigue siendo un desafío para el médico pediatra ya que no existen signos patognomónicos o inequívocos que lo determinen fácilmente, sin embargo, existen signos de alarma que se deben reconocer y que pueden conducir a una alta sospecha incluso desde de los 6 meses de edad. De esto se desprende la importancia de tomar en serio los retrasos en el desarrollo del lenguaje, romper con la conducta “esperar y ver” y explicar a los padres los efectos positivos que la intervención temprana tendrá sobre los aspectos cognitivos y del lenguaje estructural en sus hijos.

El diagnóstico de autismo es inminentemente clínico y requiere la realización de una historia detallada con anamnesis y valoración de características y desempeño actual del paciente en diversos contextos así como la evaluación del historial de los hitos del desarrollo y otros antecedentes, por lo que la prueba ADOS-2 no debe utilizarse de forma aislada sino como un componente dentro del proceso completo de la evaluación.

### **Recomendaciones**

Se hacen necesarios programas de formación continua en médicos pediatras y otros médicos generales de primera línea que atienden al mayor porcentaje de la población infantil nacional, a manera de promover la actualización y fortalecimiento de sus conocimientos en el desarrollo típico, de modo que se agudice la identificación precoz de signos de alarmas de trastornos del neurodesarrollo como el retraso en la adquisición del lenguaje, además de otros síntomas, para así ejecutar una derivación oportuna a otros especialistas y se conduzca a su vez a una intervención multidisciplinaria temprana con miras a mejorar el pronóstico y enfocados principalmente en el potencial cognitivo y funcionamiento.

En el mismo orden de ideas, se deben extender cursos de capacitación en Autismo a docentes de todos los niveles educativos, con el fin de crear y reforzar conocimientos en la identificación de señales de alerta en el desarrollo de los estudiantes, además de promover un trato inclusivo dentro del ambiente escolar en los casos ya diagnosticados con la condición.

Los trabajos realizados en Venezuela hasta la fecha son escasos y los existentes no han tenido la divulgación y alcance necesarios en la población profesional involucrada en la atención de personas con Autismo. A esto se suma, que muchos de los estudios revisados cuentan con grupos de niños pequeños y/o de características heterogéneas. De esto se desprende la necesidad de promover la realización de nuevas investigaciones en neurodesarrollo, más específicamente en Autismo, con base a planteamientos precisos, variables adaptadas a las condiciones socio culturales de nuestro país y con una muestra representativa.

Si bien el Autismo es más fácil de diagnosticar durante la infancia, la condición se mantiene durante todas las etapas de la vida, considerando así que los niños con TEA crecen para constituirse en adultos TEA. De esta manera, se insiste en la promulgación de leyes en Venezuela en pro de las personas con Autismo y otras condiciones especiales, así como la implementación de políticas públicas que promuevan el bienestar de las personas con TEA independientemente de su edad.

De lo anterior se desprende el reconocimiento de que las personas con Autismo tienen necesidades asistenciales diversas y requieren de servicios de salud integrados que incluyan desde la planificación y servicios de atención primaria de salud hasta apoyos psicológicos o psiquiátricos, servicios terapéuticos, rehabilitación o tratamientos más específicos. Así mismo, su adecuada integración a sectores educativos, sociales y laborales.

Con la ejecución del presente Trabajo de Especial de grado, se propone la presentación de los resultados y hallazgos, primero a INVEDIN, como aporte a su apoyo en la elaboración del mismo y posteriormente a diversas comunidades profesionales, estudiantes o instituciones relacionadas con el manejo de niños, niñas y adolescentes con Autismo y otros trastornos del neurodesarrollo. Se plantea como vía la realización de charlas presenciales e incluso la presentación del trabajo en eventos científicos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantud F, 2013. Trastorno del Espectro Autista, detección diagnóstico e intervención temprana. Ediciones Pirámide. 1ra edición.
- American Speech Language Hearing Association. (1993). *Definitions of communications disorders and variations*. ASHA.
- Arias Odón, F., 2012. *El proyecto de investigación*. 6ta edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2007). *Ley para las Personas con Discapacidad*. Caracas: Gaceta oficial N° 38598.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta edición). Editorial Médica Panamericana.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2007). *Ley para las Personas con Discapacidad*. Caracas: Gaceta oficial N° 38598.
- Behrens, D., 2019. *Alteraciones de la Comunicación*. Diplomado de Alteraciones del Desarrollo Infantil y Juvenil. Universidad Monteavila.
- Boon L. (1980). Language development, language disorders, and language disabilities: LD3. *Bulletin of the Orton Society*.
- Cabanyes, J. y García, D., 2004. Identificación y diagnóstico precoz de los Trastornos del Espectro Autista. *Revista de neurología*, 39(1), pp.81-87.
- Cuevas, A. (2014). *Manual introductorio al SPSS Statistics Standard Edition 22*. Manuscrito no publicado, Centro de Investigación de la Universidad de Celaya en Guanajuato, México
- Fernández, M. (2013). Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signos de alerta. *Revista De Pediatría De Atención Primaria*, 15 (22), 117-26. Disponible en <https://pap.es/articulo/11809/>

- Gallardo, I. (2016). Inicio tardío del lenguaje: revisión general. *Revista Mexicana de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría*. Vol. 5 (3), pp.89-96
- García Perdomo, C. (2020). *Lenguaje y TEA*. Presentación, Diplomado de Autismo, Universidad Central de Venezuela – Unidad de Autismo de la Maternidad Concepción Palacios.
- Giordano F. Autismo Sindromático o Secundario. *Revista pediátrica Elizalde*. 2017. Vol. 8 (1 y 2). pp 33-36.
- González, D. (2019). ¿Es el ADOS-2 una prueba suficiente para diagnosticar el autismo? | Psyciencia. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/ados-2-diagnosticar-autismo/>
- González, María Cecilia, Vásquez, Macarena, & Hernández-Chávez, Marta. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 485-491. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.872>
- González Lajas JJ, García Cruz JM. Trastornos del lenguaje y la comunicación. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019, p 569-577.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. and Baptista, M., 2014. *Metodología de la investigación*. 6ta edición. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores S.A de C.V.
- IBM “Guía breve de IBM SPSS Statistics”
- Kenworthy, L., Wallace, G., Powell, K., Anselmo, C., Martin, A., & Black, D. (2012). Early language milestones predict later language, but not autism symptoms in higher functioning children with autism spectrum disorders. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1194-1202. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.03.009>
- Ley de Atención Integral y Protección para las Personas Con Trastornos del Espectro Autista (Tea) y Condiciones Similares | Transparencia Venezuela. (2017).
- Luque Liñán, M. (2015). *El valor diagnóstico de las alteraciones pragmáticas del lenguaje en la diferenciación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Autismo de alto funcionamiento (TEA)*”. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga.

- Martínez Morga, M., & Quesa. (2018). Bases neurobiológicas del Trastorno del Espectro autista y del Trastorno por Déficit de Atención/hiperactividad: diferenciación neural y sinaptogénesis. *Revista De Neurología*, (66, S01), 97-100. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2018033>.
- Mayo, J., Chlebowski, C., Fein, D. A., & Eigsti, I. M. (2013). Age of first words predicts cognitive ability and adaptive skills in children with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(2), 253–264. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1558-0>
- Mitre Fajardo, G. (2015). *Comunicación y autismo. Las habilidades de comunicación pre- lingüísticas como predictoras del desarrollo del lenguaje en los niños autistas* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- Moliné M. (2019). *Lenguaje y comunicación en los niños con TEA* (Tesis de grado). Montevideo: Universidad de la República de Uruguay. pp 21-23.
- Monroy Pérez, M. (2017). *La conducta adaptativa del Trastorno del Espectro del Autismo* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- Montagut A., Mas, R., Fernández A., & Pastor, Gemma. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología (Internet)*, 11(1), 42-54. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>
- Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (pp. 1-7). Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. 2019. Trastornos del Espectro Autista. [Online]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Real Academia Española. (s.f.). Autismo. *En Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado en 16 de enero de 2021 <https://dle.rae.es/autismo>
- Rodríguez Yunta, Luis. *Bases de datos documentales: estructura y uso*. En: Maldonado, Ángeles (coord.). *La información especializada en Internet*. Madrid: CINDOC, 2001.
- Rudy, L., 2019. *Lear How Late Speech Could Be, But Ins't Always, A Sign Of Autism*. [Online] Verywell health. Disponible en:

<https://www.verywellhealth.com/is-late-speech-a-sign-of-autism-259888>

Sabino, C. (1994). *Como hacer una tesis* (2da ed.). Panapo.

Salinas, P., 2012. *Metodología de la Investigación*. 1ra edición. Mérida: Universidad de los Andes.

Tamayo y Tamayo, M., 1999. *La investigación. Módulo 2*. 3ra edición. Santa Fé de Bogotá: ICFES.

Vásquez, L, Villagrán, C. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 18 (5). pp 31-44.

Villegas, J. (2013). *Elementos clínicos para la diferenciación entre Autismo y Trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo* (Maestría). Universidad Central de Ecuador.

Valles González, B. (2004). *Desarrollo y Patología del Lenguaje* (1ra edición, pp. 11-20). Caracas: Universidad Nacional Abierta. Vice rectorado académico. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/309195751\\_Desarrollo\\_y\\_Patologia\\_del\\_Lenguaje](https://www.researchgate.net/publication/309195751_Desarrollo_y_Patologia_del_Lenguaje)

Volkers, N., 2017. Untangling the Language Challenges of Autism. The ASHA Leader. [Online]. (Volume 22), pp 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1044/leader.FTR2.22042017.54>

## ANEXOS

## LISTA DE COTEJO

**Objetivo:** establecer la asociación entre el retardo en la adquisición del lenguaje como motivo de consulta y posterior diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en prescolares atendidos en INVEDIN en período enero - diciembre 2019.

Se incluyen los prescolares que presentan retardo en la adquisición de lenguaje y diagnóstico clínico de TEA que hayan cumplido como mínimo con la evaluación por triaje y evaluación médica.

### 1.- Edad:

2 años	3 años	4 años	5 años	6 años

### 2.- Sexo:

Masculino	Femenino

### 3.- ¿Quién realiza la referencia del precolar a INVEDIN?

Pediatra	Neuropediatra	Maestra/ colegio	Psicólogo	Motivación de los padre	Otros: Especifique.

### 4.- ¿Se corroboró el diagnóstico clínico de TEA mediante la aplicación de prueba de ADOS?

SI	NO

### 5.- ¿Cuáles fueron los aspectos del lenguaje clínicamente observados en los niños con diagnóstico con TEA?

Fonología	Morfología	Sintaxis	Ecolalia	Idiosincrasia

### 6.- En los prescolares cuya puntuación de prueba de ADOS no se correspondió con el diagnóstico clínico de TEA ¿cuál diagnóstico se concluyó?

Trastorno de la comunicación	Discapacidad intelectual	Trastorno específico del aprendizaje	Trastorno por déficit de Atención /Hiperactividad (TDAH)	Trastorno motor	Otros: especifique.