



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia de trastornos de conducta agresiva en pacientes  
pediátricos con trastorno del espectro autista entre 2021–  
2022 en el Hospital General IESS Ceibos.**

**AUTORES:**

**Del Pozo Farah Rafael Alejandro  
Dik Maridueña Alejandro José**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Obando Freire Francisco Marcelo**

**Guayaquil, Ecuador**

**17 de septiembre del 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Del Pozo Farah, Rafael Alejandro y Dik Maridueña, Alejandro José** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

### **TUTOR**



f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Obando Freire, Francisco Marcelo**

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. Aguirre Martínez, Diego Antonio**

**Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
(FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
(CARRERA DE MEDICINA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Del Pozo Farah, Rafael Alejandro y Dik Maridueña, Alejandro José**

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de trastornos de conducta agresiva en pacientes pediátricos con trastorno del espectro autista entre 2021–2022 en el Hospital General IESS Ceibos**, previo a la obtención del título de **médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2023**

f. \_\_\_\_\_  
**Del Pozo Farah, Rafael Alejandro**

f. \_\_\_\_\_  
**Dik Maridueña, Alejandro José**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Del Pozo Farah, Rafael Alejandro y Dik Maridueña, Alejandro José**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación:  
**Prevalencia de trastornos de conducta agresiva en pacientes pediátricos con trastorno del espectro autista entre 2021–2022 en el Hospital General IESS Ceibos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 17 del mes de septiembre del año 2023**

f. \_\_\_\_\_  
**Del Pozo Farah, Rafael Alejandro**

f. \_\_\_\_\_  
**Dik Maridueña, Alejandro José**

# Reporte de Urkund

**Original**  
by Urkund

### Document Information

Analyzed document	TESIS 5to Borrador DIK Y DEL POZO.pdf (D17337775)
Submitted	9/3/2023 4:48:00 PM
Submitted by	francisco obando freire
Submitter email	francisco.obando@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	2%
Analysis address	francisco.obando.ucsg@analysis.orkund.com

### Sources included in the report

**SA** **M0.370\_20192\_2. Revisión bibliográfica de la patología \_12211110.txt**  
Document M0.370\_20192\_2. Revisión bibliográfica de la patología \_12211110.txt (D68914159)

**W** URL: [http://repositorio.unae.edu.ec/bitstream/56000/3039/1/Trabajo\\_de\\_integracion%CC%81n\\_curricular\\_...](http://repositorio.unae.edu.ec/bitstream/56000/3039/1/Trabajo_de_integracion%CC%81n_curricular_...)  
Fetched: 9/3/2023 4:50:00 PM



FRANCISCO MARCELO  
OBANDO FREIRE

## **Agradecimiento**

A mi familia, por siempre haber confiado en mí incluso cuando yo no confiaba en mí, por estar ahí en todo momento y por esas palabras en el momento preciso donde siempre me hacían falta.

A mis amigos que sabían que me acompañaron todo este tiempo.

A nuevas amistades que surgieron en el camino.

A personas importantes que me regaló la carrera.

A quienes me escucharon durante 6 años.

A quienes me acompañaron hasta el final y espero que me acompañen por mucho tiempo más.

A Dios por darme a quienes agradecer.

***Rafael Alejandro Del Pozo Farah***

***Dik Maridueña, Alejandro José***

## **Dedicatoria**

Este trabajo es dedicado a mi padre, a mi madre, a mi hermana y a mi hermano. Verdaderamente estoy aquí porque ustedes me sostuvieron hasta el final. No puedo estar más agradecido con Dios de tenerlos aquí. Gracias por todo.

Dedico este trabajo también al esfuerzo de mi compañero Alejandro Dik, nuestro esfuerzo arduo nos dará la oportunidad de ser los profesionales que queremos ser, esta parte no la olvidaré nunca.

También dedicaré este trabajo a mi apoyo y mi fuerza en este año tan largo. Espero que el futuro nos regale más tiempo para aprovecharlo.

***Rafael Alejandro Del Pozo Farah***

El presente trabajo de titulación va dedicado a mi familia, quienes me dieron su apoyo incondicional a lo largo de la carrera, a mis amigos y compañeros que me acompañaron en las largas noches de estudio y en el internado, por siempre estar ahí para mi cuando lo necesite, y a si mismo le agradezco a todas las personas que formaron parte de mi vida durante la carrera que de alguna forma u otra aportaron a mi formación como profesional.

También se lo dedico a mi compañero de tesis Rafael Del Pozo por todo el arduo trabajo y esfuerzo que significo para nosotros realizar este trabajo de titulación

Por último, va dedicado para alguien que ya no está conmigo físicamente, pero me acompañó y durante la mayor parte de la carrera más que nada agradecerle por siempre estar acompañándome en esas noches de estudio sin dormir y animarme con sus locuras cuando regresaba triste o frustrado a la casa después de un largo y ajetreado día en la universidad u hospitales.

***Alejandro José Dik Maridueña***



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. Aguirre Martínez, Juan Luis Mgs.**  
DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Vázquez Cedeño, Diego Antonio**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

OPONENTE



## Índice

Resumen .....	XII
Abstract.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
1.1    El problema de investigación .....	4
1.1.1    Planteamiento del problema .....	4
1.2    Objetivos.....	4
1.2.1    Objetivo general .....	4
1.2.2    Objetivos específicos .....	4
1.3    Hipótesis .....	5
1.4    Justificación.....	5
CAPÍTULO 1 .....	7
1.5    Marco teórico.....	7
1.6    Trastorno de espectro autista .....	7
1.6.1    Definición y diagnóstico .....	7
1.6.2    Tratamiento.....	14
1.7    Trastornos de conducta .....	16
1.7.1    Definición.....	16
1.7.2    Clasificación y diagnóstico .....	17
1.7.3    Trastorno negativista desafiante (TND).....	17
1.7.4    Trastorno explosivo intermitente (TEI) .....	18
1.7.5    Trastorno de conducta (TC). .....	19
1.7.6    Factores de riesgo .....	20

1.7.7	Tratamiento.....	20
1.8	Agresividad .....	21
1.8.1	Definición .....	21
1.8.2	Clasificación .....	21
1.8.3	Clínica.....	22
1.8.4	Tratamiento.....	22
Capítulo 2.....		23
1.9	METODOLOGÍA Y RESULTADOS.....	23
1.9.1	Métodos.....	23
1.9.2	Diseño de investigación.....	23
1.10	Técnicas e instrumento de investigación .....	24
1.10.1	Técnicas .....	24
1.10.2	Instrumento de investigación.....	24
1.10.3	Guía de análisis .....	24
1.10.4	Población y muestra .....	24
1.10.5	Población.....	24
1.10.6	Muestra .....	24
1.10.7	• Criterios de inclusión: .....	25
1.10.8	• Criterios de exclusión:.....	25
1.11	Análisis estadístico.....	25
1.12	Operacionalización de variables.....	26
1.13	Criterios éticos.....	27
1.14	Resultados.....	27

1.14.1	1. Determinar la edad y género que presenta mayor número de episodios agresivos .....	27
1.14.2	2. Catalogar los diferentes trastornos del comportamiento agresivo en pacientes diagnosticados con el trastorno del espectro autista .....	30
1.14.3	3. Demostrar la reducción de los episodios agresivos en pacientes con trastornos del espectro autista mediante tratamiento (farmacológico y no farmacológico).....	31
1.14.4	4. Evidenciar la edad en que los episodios hetero y homoagresivos son más comunes en pacientes con diagnóstico del espectro autista .....	32
1.15	Discusión de los resultados .....	35
Capítulo 3	.....	37
1.16	Conclusiones y recomendaciones .....	37
1.16.1	Conclusiones .....	37
1.16.2	Recomendaciones .....	38
Bibliografía	.....	39

## **Resumen**

**Antecedentes:** El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que altera las funciones sociales y su desarrollo en el crecimiento, como dificultades para relacionarse, trastornos del aprendizaje, síntomas como hiperactividad y trastornos agresivos como el homoagresivo (agresivo a si mismo) y el heteroagresivo (agresivo hacia otros). **Objetivo:** Evidenciar la prevalencia de episodios del trastorno de comportamiento agresivo, encontrar si existe relación entre el sexo y edad del paciente con los episodios agresivos, prevalencia del tipo de episodio agresivo y la eficacia del tratamiento para disminuir estos episodios. **Metodología:** El estudio será observacional, descriptivo y transversal en los pacientes con diagnóstico TEA en el hospital general del norte de Guayaquil IESS Ceibos. **Resultados:** de 181 pacientes con TEA, 111 presentan EA, de ellos el 80,2% son masculinos. Sobre edad, entre los 5 y 6 años, hay una prevalencia de 85%. El tipo de agresividad, el 50,3,2% son heteroagresivos, seguidos por lo homoagresivos con 44.8%. El tratamiento: 79,3% de los pacientes con tratamiento no presentaron remisión de agresividad. El EA más prevalente con respecto edad es la heteroagresividad, el rango de edad es entre 5 a 7 años, en homoagresividad, es entre 5 a 6 años. **Conclusión:** Más del 60% de los pacientes con trastorno del espectro autista presento trastornos de conducta agresiva, con mayor prevalencia entre los 5 a 7 años, con predisposición a conductas heteroagresivas. El tratamiento no es significativo para la reducción de esta sintomatología.

**Palabras clave:** Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Agresividad, Problemas de Conducta, Homoagresivo, Heteroagresivo.

## **Abstract**

Background: Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental disorder that alters social functions and their development during growth, such as difficulties in relating, learning disorders, symptoms such as hyperactivity and aggressive disorders such as homoaggressiveness (aggressive towards oneself) and heteroaggressive (aggressive towards others). Objective: To demonstrate the prevalence of episodes of aggressive behavior disorder, to find if there is a relationship between the sex and age of the patient with the aggressive episodes, the prevalence of the type of aggressive episode and the effectiveness of the treatment to reduce these episodes. Methodology: The study will be observational, descriptive and cross-sectional in patients with ASD diagnosis at the general hospital in the north of Guayaquil IESS Ceibos. Results: of 181 patients with ASD, 111 have AD, of which 80.2% are male. Regarding age, between 5 and 6 years, there is a prevalence of 85%. The type of aggressiveness, 50.3.2% are heteroaggressive, followed by homoaggressive with 44.8%. Treatment: 79.3% of patients with treatment did not present remission of aggressiveness. The most prevalent AD with respect to age is heteroaggressiveness, the age range is between 5 to 7 years, in homoaggressiveness, it is between 5 to 6 years. Conclusion: More than 60% of patients with autism spectrum disorder presented aggressive behavior disorders, with a higher prevalence between 5 and 7 years of age, with a predisposition to heteroaggressive behaviors. Treatment is not significant in reducing this symptomatology

Key words: Autism Spectrum Disorder, Autism, Aggressiveness, Behavioral Problems, Homoaggressive, Heteroaggressive.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista es un término utilizado para describir un conjunto de manifestaciones en las habilidades socioemocionales y de comportamiento motor y sensitivo, donde los pacientes presentarán deficiencias en la parte social, como también podrán presentar conductas repetitivas y obsesivas. La etiología del trastorno del espectro autista se desconoce, pero de acuerdo a estudios, se sabe que la prevalencia de esta enfermedad se apoya en componentes genéticos y factores ambientales rodeando al paciente en cualquiera de sus etapas del desarrollo, factores que predisponen a la aparición de este trastorno del neurodesarrollo desde temprana edad y que repercutirá en la vida de quienes la padecen y en quienes lo rodean. (1, 2, 3, 4)

Al no tener marcadores específicos para la enfermedad, el diagnóstico del trastorno del espectro autista se basará en el juicio clínico del especialista encargado del paciente con sospecha de TEA. Su sintomatología comenzará a ser evidente de manera variable en cada individuo, debido a que es predominante en etapas del desarrollo social temprano, por lo general apareciendo entre los 18 meses de edad. El TEA se ve englobando las otras categorías que se conocen del mismo trastorno, basado en las actualizaciones del DSM-V en donde se incluye al trastorno autista o de Kanner, de Rett, desintegrativo infantil, Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado/autismo atípico. (5, 6, 7, 8, 9)

Los trastornos de la conducta “se caracterizan por comportamientos antisociales que violan los derechos de otros y los estándares y reglas sociales apropiados a la edad.” (Stanford medicine Children 's health, 2023). “Los trastornos del comportamiento suelen ir acompañados de problemas emocionales, de problemas en las relaciones sociales con iguales y con las figuras de autoridad, y de retrasos en el neurodesarrollo.”(14) Es común que haya conductas disruptivas en los pacientes con trastornos del espectro autista en cualquier parte del desarrollo de la enfermedad, así mismo también la prevalencia de conductas agresivas en repetidas ocasiones no siempre es común y en su gran mayoría logran controlarse o tratarse en estos pacientes

luego de varias terapias y durante cierto tiempo, identificando los detonantes e irritantes para ellos. (10, 11, 12, 13, 14)

Con respecto a los estudios que se han realizado sobre la relación entre los comportamientos agresivos y los pacientes que han sido diagnosticados con un trastorno del espectro autista, se encuentra muy limitada información. Los estudios que sí hay dentro de nuestro país, hablan sobre el manejo de las conductas disruptivas de estos pacientes, como el estudio titulado “sistema de actividades educativas para la mejora de conductas disruptivas en un estudiante con trastorno del espectro autista”, en donde el resumen dice: “Las personas con trastornos del espectro autista (TEA), suelen presentar conductas disruptivas, las cuales generan comportamientos agresivos, o auto agresivos, que dificultan la interacción con las personas en los diferentes contextos, especialmente en el espacio escolar, por ello, se considera fundamental mejorar las conductas disruptivas a través de un sistema de actividades educativas, para fomentar su autonomía e independencia y brindar una mejor calidad de vida. (15).

Dentro de este estudio el objetivo más llamativo es una propuesta de actividades educativas para que los pacientes con TEA dentro de los centros educativos para poder mejorar la sintomatología agresiva, como lo describen dentro del estudio, “comportamientos disruptivos” de estos pacientes. Otros reportes sobre la conducta agresiva no se han encontrado en nuestro país, por ende, este estudio va a aportar nueva información sobre este trastorno. (15)

## **1.1 El problema de investigación**

### **1.1.1 Planteamiento del problema**

¿Cuál es la prevalencia de la aparición de trastornos de la conducta en pacientes con trastornos del espectro autista? En este estudio se va a buscar determinar cuál es la frecuencia de la aparición o manifestación de trastornos del comportamiento en pacientes que padecen de trastornos del espectro autista y en qué momento se puedan presentar estos trastornos del comportamiento, así también catalogar los factores detonantes de los mismos.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Analizar la prevalencia de conductas agresivas en pacientes con trastornos del espectro autista

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Determinar la edad y género que presenta mayor número de episodios agresivos
- Catalogar los diferentes trastornos del comportamiento agresivo en pacientes diagnosticados con el trastorno del espectro autista
- Demostrar la reducción de los episodios agresivos en pacientes con trastorno del espectro autista mediante el tratamiento.
- Evidenciar la edad en que los episodios hetero y homo agresivos son más comunes en pacientes con diagnóstico del espectro autista



### 1.3 **Hipótesis**

Los trastornos de conducta agresiva se presentan en más del 60% de los pacientes con trastornos del espectro autista.

### 1.4 **Justificación**

La población de pacientes que padecen de TEA se considera como una población con dificultades para socializar con su ambiente alrededor, haciendo que sea difícil que puedan integrarse efectivamente a su entorno. Al hallar la prevalencia de los trastornos del comportamiento en estos pacientes y poder evidenciar los factores que exacerbaban estas alteraciones del comportamiento para así poder controlar y minimizar su aparición y en conjunto poder facilitar la inclusión de los pacientes en el entorno social.

Sobre el trastorno del espectro autista se tiene una concepción muy superficial y en ciertos casos muy estereotipada hacia quienes lo padecen. De por sí, el TEA es muy poco conocido en nuestro medio. Se sabe que existe pero no se conoce a fondo, no se sabe su sintomatología ni su manejo en los centros educativos del país, por ende hay un abismo dentro del conocimiento del público general sobre esta patología. Al ofrecer más información sobre qué pueden presentar los niños en edad de desarrollo que padezcan de TEA, se puede lograr una amplificación sobre la información necesaria para poder ofrecerles un mejor desarrollo a estos pacientes, y aparte poder saber cómo manejarlos y cómo integrarlos en el ambiente social el cual los recibe con muchos prejuicios.

La importancia de conocer la prevalencia de la aparición de los trastornos de conducta es conocer exactamente en qué consiste esta alteración del patrón de comportamiento común, saber que esperar en los pacientes con TEA para así no solo saber cuál va a ser el posible tratamiento, sino también en saber cómo actuar de parte del cuidador o del familiar con respecto al paciente y así poder conseguir un exitoso manejo de estos pacientes y de su trastorno y síntomas que los afligen. Englobando a todas las personas quienes pasan más tiempo con los pacientes, sean cuidadores, padres, hermanos, tíos o profesores, siempre es importante que sean conocedores de en qué consiste este trastorno y que sepan que puede presentar el paciente, los síntomas que lo acompañan y cómo actuar en siguientes eventos que presenten los pacientes con TEA. Tiene como

finalidad la educación a quienes son responsables de estos pacientes y concientizarlos sobre la sintomatología agregada a este trastorno.

Se formará una base de datos en donde vamos a dividir a los pacientes que padezcan de trastornos del espectro autista y que hayan presentado más de 3 episodios repetitivos de trastornos de la conducta traduciéndose como conducta agresiva y los pacientes con TEA quienes no hayan presentado episodios agresivos, luego se tabularon los resultados y se determinará cuál es el porcentaje de pacientes autistas que presentan episodios repetidos de trastornos de la conducta de tipo agresivo. Los beneficios del conocimiento de la prevalencia de los trastornos de conducta van a servir para la educación de quienes tengan pacientes con TEA que conozcan que pueden presentarse estos casos y en conjunto poder estudiar y conocer cuáles son los factores que precipitan a la aparición de trastornos de la conducta agresiva en los pacientes.

## **CAPÍTULO 1**

### **1.5 Marco teórico**

### **1.6 Trastorno de espectro autista**

#### **1.6.1 Definición y diagnóstico**

El desorden de espectro autista se refiere a un grupo de desórdenes del neurodesarrollo o de los cambios que transcurren dentro de nuestro sistema nervioso a lo largo de nuestra etapa del desarrollo, en donde se encuentran alteradas, sean de manera moderada o severa, las funciones relacionadas con las habilidades sociales, la capacidad para tener una comunicación expresiva y receptiva y comportamientos e intereses repetitivos o estereotipados. La comunicación verbal y no verbal se ven alteradas significativamente y se hace evidente hasta antes de los 3 años en donde la afectación adversa en la capacidad educativa se hace más evidente. Encontramos también el inicio de las actividades repetitivas y movimientos estereotipados (como el aleteo de las manos, el movimiento del cuerpo, el caminar con los dedos de los pies, entre otros), también los pacientes con trastornos del espectro autista podrán presentar sensibilidad hacia los cambios ambientales que sucedan a su alrededor. Este tipo de trastorno se tiene que diagnosticar de acuerdo a las pautas que se describen en el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición” o el DSM-5, en donde el profesional de la salud se encargará del uso de este manual para confirmar el diagnóstico (16, 17).

Los criterios que se requieren para diagnosticar el desorden del espectro autista son los siguientes (16):

- Déficit en habilidades sociales como la comunicación e interacciones en distintos escenarios, presentando una deficiencia en la reciprocidad socio-emocional, deficiencia en la comunicación no verbal usada en interacción social básica (contacto visual, expresiones faciales, lenguaje corporal, tono de voz), deficiencia en el desarrollo, mantenimiento y entendimiento de las relaciones sociales
- Patrones de comportamiento repetitivo, restrictivo, movimientos estereotipados, resistencia a los cambios ambientales (cambio de hogar o de zonas donde frecuenta), cambios en la rutina y molestia o irritabilidad con

experiencias que afecten a los sentidos (sobrestimulación de luz, sonido, tacto, nuevos sabores, etc).

Estos criterios anteriormente mencionados y en conjunto con otras características, se puede lograr diagnosticar efectivamente a los pacientes con TDA. La primera línea de diagnóstico es el interrogatorio a quien cuida del paciente en cuestión, sea un familiar o sea un cuidador profesional. Quienes tienen más contacto con el paciente pueden darse cuenta de las conductas características de estos pacientes, pueden ver el neurodesarrollo que pueden presentar y así poder realizar un diagnóstico con el profesional de la salud (17).

Dentro de las características que nos pueden ayudar con el diagnóstico, Hodges, Casey Fealko, y Soares en el artículo “Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation” (7) nos presentan un cuadro comparativo de los cambios en la definición y diagnóstico del TDA en el DSM-IV y DSM-V, ofreciéndonos un mejor ángulo a los puntos para realizar el diagnóstico de TDA.

**Table 1** Changes in ASD criteria from the DSM-IV to DSM-5

Changes	DSM-IV
Location in manual	Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence
Sub-criteria	3 sub-criteria  Qualitative impairment in social interaction  Qualitative impairments in communication  Restricted repetitive and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities
Needed to diagnose	Triad: 3/3 diagnostic criteria must be met
Diagnostic criteria	Qualitative impairment in social interaction, manifested by at least 2 of the following:  Marked impairment in the use of multiple nonverbal behaviors such as eye-to-eye gaze, facial expression, body postures, and gestures to regulate social interaction  Failure to develop peer relationships appropriate to developmental level  A lack of spontaneous seeking to share enjoyment, interests, or achievements with other people  Lack of social or emotional reciprocity  Qualitative impairments in communication as manifested by at least one of the following:  Delay in or total lack of, the development of spoken language  In individuals with adequate speech, marked impairment in the ability to initiate or sustain a conversation with others

**Table 1** (continued)

---

DSM-5

---

Neurodevelopmental disorder

2 sub-criteria

Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts

Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities

Dyad: 2/2 diagnostic criteria must be met

Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, as manifested by the following:

Deficits in social-emotional reciprocity, (including abnormal social approach and failure of reciprocal conversation, reduced sharing of interests, emotions, or affect, failure to initiate or respond to social interactions)

Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction (poorly integrated verbal and nonverbal communication, eye contact and gesture/body language abnormalities)

Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships (including adjusting behavior in various social contexts, difficulties in sharing imaginative play or in making friends, or lack of interest in peers)

Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities, manifested by at least two of the following:

Stereotyped or repetitive motor movements, use of objects, or speech

Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior

Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus

---

Changes	DSM-IV
	<p>Stereotyped and repetitive use of language or idiosyncratic language</p> <p>Lack of varied, spontaneous make-believe play or social imitative play appropriate to developmental level</p> <p>Restricted repetitive and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities, manifested by at least one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encompassing preoccupation with one or more stereotyped patterns of interest that is abnormal either in intensity or focus</li> <li>Apparently inflexible adherence to specific, nonfunctional routines or rituals</li> <li>Stereotyped and repetitive motor mannerisms</li> <li>Persistent preoccupation with parts of object</li> </ul>
Age of development	Onset prior to age 3 years
Not better explained by	Rett's disorder or childhood disintegrative disorder
Sensory symptoms	Not addressed

---

DSM-5

---

Hyper- or hyporeactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of the environment

Symptoms must be present in early developmental period but may not manifest until social demands exceed limited capacities or may be masked by learned strategies

SPCD

Sensory symptoms are a new criterion introduced in DSM-5 under the sub-criteria of restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities

---

Fuente: Hodges H, Fealko C, Soares N. "Autism Spectrum Disorder: Definition, epidemiology, causes, and Clinical Evaluation. Translational Pediatrics" . 2020

Con respecto al diagnóstico, tenemos ciertas herramientas que nos pueden ayudar a poder realizar los diagnósticos certeros en pacientes de edad muy temprana en quienes no es tan fácil ver las características anteriormente mencionadas, herramientas de diagnóstico que son específicas para cada grupo etario, donde los profesionales de la salud podrán confirmar el diagnóstico, ya que con las herramientas anteriores se logra diferenciar rasgos de TDA de un paciente en comparación con la población general. Existen rangos de edades en donde la diferenciación de la sintomatología puede ser complicada, pero de acuerdo a el CDC y la “American Academy of Pediatrics”, es recomendable los test de comportamiento y desarrollo a los 9, 18 y 30 meses de edad, dando énfasis entre los 18 meses y los 24 meses o dos años de edad. (18, 19, 20).

Para pacientes menores a 3 años:

- 1) “Modified checklist for autism in toddlers” o MCHAT: se usa para pacientes entre 16 a 30 meses de edad, consta de 2 partes en donde la primera va a ser un cuestionario de 20 preguntas, hechas específicamente para el cuidador del paciente en donde él podrá responder a las preguntas de si y no se que le realizan. La segunda parte de esta prueba ya consiste en la capacidad para discernir los síntomas del profesional de la salud, buscando un poco más profundo en las preguntas que se le hicieron al cuidador en la primera parte para poder conseguir información extra. El puntaje va de 0 a 20, en donde 0-2 significa poco riesgo de TDA, 3-7 hay un riesgo medio y se necesita de la segunda parte de la prueba en donde un puntaje mayor a 2 es una alta probabilidad de confirmación diagnóstica, y un puntaje de 8-20 indica un alto riesgo de TDA, en donde se recomendará intervención inmediata.
- 2) “Screening tool for autism in Toddlers and Young Children” o STAT: Esta herramienta es una más interactiva para pacientes entre 24 a 36 meses de edad, utilizado para diferenciar entre autismo y otros trastornos del desarrollo. Consiste en una sesión en donde se pondrá al paciente a realizar un conjunto de actividades como juegos durante 20 minutos, en donde se van a evaluar y observar: la habilidad para jugar, para solicitar, para dirigir la atención y la imitación motora. El puntaje irá de 0 a 4 y se calificará con respecto a la capacidad de que el paciente pueda cumplir con esos objetivos. Tiene una especificidad del 73% y una sensibilidad del 95%.



- 3) Infant-Toddler checklist: Esta prueba es un método de diagnóstico para pacientes entre 6 a 24 meses en donde se les realiza un cuestionario a los padres y se intenta buscar retrasos en la comunicación en el desarrollo de este grupo etario. Tiene una sensibilidad y especificidad del 88.9% para poder identificar a pacientes con TDA u otros trastornos del aprendizaje. No sirve para discriminar bien entre el trastorno del espectro autista y otros trastornos del aprendizaje, y ambos grupos se encontrarán dentro del percentil 10 de la prueba. Aquí veremos ciertos aspectos de la interacción social como emociones, el uso de contacto visual y el uso de gesticulaciones al hablar.
- 4) “Observación de los padres de interacción social” o POSI: esta herramienta es un reporte que se realiza en conjunto a los cuidadores de los pacientes en donde se utilizan 7 ítems, es útil en pacientes entre los 16 y 35 meses de edad. Esta prueba utiliza 5 de 6 ítems muy importantes de la prueba de M-CHAT y dos preguntas sobre el comportamiento del paciente, utilizando como base las definiciones del DSM. La sensibilidad de esta prueba es del 83% y la especificidad es del 75%

Para pacientes preescolares y escolares:

- 1) “Social communication questionnaire” o SCQ: el cuestionario de comunicación social es otra herramienta muy útil para la ayuda diagnóstica, ha sido basado en el “Autism Diagnostic Interview” o la entrevista diagnóstica para autismo, la cual ha sido la prueba de elección para múltiples estudios. Más aplicado en pacientes preescolares y escolares (4 años y mayores). El cuidador es quien estará encargado de responder el cuestionario de 40 preguntas que podrá responder de acuerdo a como ha visto el desarrollo del paciente a lo largo de su tiempo de vida. Esta prueba tiene una sensibilidad del 71% y una especificidad del 79%.
- 2) “Autism spectrum screening questionnaire” o ASSQ: Esta herramienta está diseñada para pacientes con autismo altamente funcional, más parecido a síntomas de Asperger, consta de 27 preguntas y es más útil en pacientes entre 7 a 16 años. Esta prueba puede ser respondida por quienes tengan más contacto con el paciente en su día a día, sea padres, profesores o cuidadores. La sensibilidad y especificidad de esta prueba varía de acuerdo a qué persona realiza la prueba, refiriéndose a que, si un profesor realiza la prueba, los

resultados pueden tener un 70% de sensibilidad y un 91% de especificidad, mientras que con un cuidador se atribuye a un 62% de sensibilidad y un 90% de especificidad.

- 3) “Autism spectrum quotient” o AQ: Esta prueba es un método de diagnóstico en donde quien responde el cuestionario es el paciente mismo, es más utilizado comúnmente en pacientes adultos en un chequeo al azar, constando de 50 preguntas que van a indagar sobre las capacidades sociales del paciente, la habilidad para comunicarse, la capacidad para la atención y la imaginación. Hay una variante de esta prueba que se realiza para los pacientes entre 4 a 11 años con una sospecha de TDA altamente funcional, pacientes que sí van a tener la capacidad necesaria para contestar ellos mismos el cuestionario.

Dentro de las herramientas, no solo se utilizarán las que sean específicas para TDA, también se usarán herramientas como el test de la figura humana de Goodenough, en donde se le pide al paciente dibujar un hombre, una mujer y un niño y ver la interpretación de la persona que tenga los pacientes, así evaluando el desarrollo intelectual, también tenemos pruebas como el inventario Battelle, una serie de preguntas en donde se evaluarán las habilidades fundamentales del desarrollo en niños desde el nacimiento hasta los 8 años, preguntas que evaluarán la percepción de persona y lo social, la capacidad de adaptación, capacidad motora, de comunicación y cognitiva. Otro ejemplo es el test de Bender, prueba que evalúa el funcionamiento visual y motor en conjunto con la percepción visual de los pacientes, puedan ser estos niños o adultos, que pondrán a prueba la motricidad fina y relacionar los estímulos visuales con la motricidad. Estos son ejemplos de pruebas diagnósticas para un amplio rango de edad que nos pueden guiar hacia el diagnóstico del TEA y su correcta diferenciación con otros trastornos del desarrollo (20, 21, 22).

### **1.6.2 Tratamiento**

Al hablar sobre todo lo que engloba el trastorno del espectro autista, se puede concluir de manera muy generalizada que la parte social es la más afectada para estos pacientes, o mejor dicho, es la parte en la que se encuentran un mayor número de dificultades en relación con el ambiente que los rodea. Las terapias son el método de ayuda más común en estos pacientes, el más preferido antes que el tratamiento farmacológico. Este método tiende a variar mucho dependiendo del profesional de la salud que lo

aplique. Cada uno puede tener un enfoque específico de tratamiento o un problema en el cual prefiere fijarse, o una cualidad que quiere desarrollar con un enfoque mayor que las otras. Los objetivos generales en los cuales se enfocan las sesiones de terapias de los profesionales de la salud son: empujar al máximo el funcionamiento del paciente, lograr que el paciente pueda trabajar más independientemente en sus actividades y mejorar la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. Los objetivos específicos que pueden tener son mejorar las habilidades para socializar e interactuar con otras personas (conversaciones, juegos, etc.), lograr comunicarse mejor, lograr adaptarse a su ambiente efectivamente, reducir los comportamientos negativos y no funcionales e incrementar la capacidad funcional dentro de lo académico y cognitivo. (23, 24, 25)

La metodología de terapias con los pacientes puede presentar ciertas inquietudes al tratarse de resultados o efectividad. Las dos corrientes que tienen más estudios a su favor son la “Applied behavior análisis” (ABA) y la “Pivotal response treatment” (PRT). La primera corriente de terapias se caracteriza por el enfoque al acondicionamiento de los pacientes y objetivos que tienen que cumplir dentro del tratamiento que al ser conseguidos se ven acompañados de un refuerzo positivo, sea este algo verbal, algún objeto importante o con recompensas comestibles. Se menciona que los primeros estudios de la efectividad de este tipo de tratamiento eran muy efectivos, pero que la evidencia para certificar aquellos resultados no está muy clara. La siguiente corriente, la PRT, más que en los aspectos sociales, se encarga de tratar o desarrollar otras áreas dentro del TEA que se encuentren afectadas, y esta vez no por medio de recompensas, si no un método de motivación distinto. El método PRT va a enfocarse más en otras habilidades y ofrecer un abanico extra de habilidades para poder adaptarse mejor junto con una capacidad de socializar mejorada en comparación a pacientes sin tratamiento (26).

La alternativa a los tratamientos anteriormente expuestos va a ser la opción de medicamentos antipsicóticos, los cuales no van a servir como tratamiento del TEA, si no de los síntomas asociados a estos trastornos, síntomas tales como agresión, irritabilidad, ansiedad, hiperactividad, autolesiones, falta de atención e insomnio. Los medicamentos más comúnmente utilizados son: risperidona, aripiprazol, olanzapina, lurasidona, quetiapina, haloperidol y antidepresivos. El tratamiento farmacológico por lo general no es la primera elección, es más para el mantenimiento del paciente que en

conjunto ira de la mano con la reducción de los síntomas que acompañan al TEA, síntomas que alteran el estilo de vida de los pacientes y los cuales serán el motivo de consulta de los familiares (26).

## 1.7 Trastornos de conducta

### 1.7.1 Definición

En el transcurso de la niñez se puede observar cómo el niño desarrolla habilidades sociales, intelectuales y de conducta que le permitieron un mejor desempeño a lo largo de su vida. Este crecimiento se ve afectado por el entorno que lo rodea, lo que a largo plazo puede generar diferentes tipos de comportamiento, entre ellos los negativos o problemáticos que se entienden también como conductas disruptivas, las cuales son definidas como aquellas conductas que dificultan los aprendizajes y distorsionan la relación individual, y la dinámica de grupo, afectando tanto al individuo que la provoca como a los que reciben la consecuencia. Las cuales si no se corrigen pueden evolucionar hacia un modelo adaptativo o hacia un trastorno de conducta. (26, 27)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM-5) estos trastornos de conducta se los encuentra clasificado en el apartado de “Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, y que corresponden a: Trastorno negativista desafiante (TND), Trastorno explosivo intermitente (TEI), Trastorno de conducta (TC), Trastorno de la personalidad antisocial, Piromanía, Cleptomanía y otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado. De los mencionados previamente, nos centraremos en los más frecuentes: el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante. (28, 29)

Fisiológicamente hablando estos trastornos ocurren por un déficit en el procesamiento de estímulos emocionales, por ende, se da por una afectación del sistema límbico en específico el hipotálamo, amígdala y corteza prefrontal, estas estructuras se encargan de los comportamientos prosociales como antisociales. El hipotálamo y amígdala se encargan de identificar las emociones y la corteza prefrontal de cierto modo las gestiona debido a que este se encarga de elaborar planes a largo plazo regular las emociones y refrenar la impulsividad (28)

## 1.7.2 Clasificación y diagnóstico

En cuanto a la agresividad se puede clasificar en base a como se expresa:

De acuerdo al DMS-5 tenemos los 3 trastornos más comunes: Trastorno negativista desafiante (TND), Trastorno explosivo intermitente (TEI), Trastorno de conducta (TC).

## 1.7.3 Trastorno negativista desafiante (TND)

**Tabla 4.1**

Criterios DSM-5 para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante (TND)

A) Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

**Enfado/irritabilidad**

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

**Discusiones/actitud desafiante**

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

**Vengativo**

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

**Nota:** Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B) Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C) Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

**Leve:** Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

**Moderado:** Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

**Grave:** Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Fuente: Villamarín-Fernández S, Fernández-Hermida JR. Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil.2021

## 1.7.4 Trastorno explosivo intermitente (TEI)

<b>CRITERIO A</b>	<p>Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.</li> <li>2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.</li> </ol>
<b>CRITERIO B</b>	La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.
<b>CRITERIO C</b>	Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).
<b>CRITERIO D</b>	Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales.
<b>CRITERIO E</b>	El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).
<b>CRITERIO F</b>	Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.
<p>Nota: Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro autista, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente.</p>	

Fuente: Leddy. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia 2020

## 1.7.5 Trastorno de conducta (TC).

**Tabla 4.2**

Criterios para el diagnóstico de trastorno de conducta según el DSM-5

A) Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes de la edad, manifestándose por la presencia de 3 (o más) de los siguientes quince criterios de cualquiera de las categorías que aparecen a continuación durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

**Agresión a personas y animales:**

1. Fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. Inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave.
4. Ha manifestado crueldad física con otras personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima.
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

**Destrucción de la propiedad:**

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

**Fraudulencia o robo:**

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. Miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

**Violaciones graves de normas:**

13. Permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, comportamiento que inició antes de los 13 años.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces.
15. Hace novillos en la escuela, práctica iniciada antes de los 13 años de edad.

B) Además, el trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica y laboral.

C) Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

**312.81 (F91.1)** Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

**312.82 (F91.2)** Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

**312.89 (F91.9)** Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

**Con emociones prosociales limitadas:**

Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador

concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

**Falta de remordimientos o culpabilidad:** no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

**Insensible, carente de empatía:** no tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

**Despreocupado por su rendimiento:** no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

**Afecto superficial o deficiente:** No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede "conectar" o "desconectar" las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

**Leve:** existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

**Moderado:** el número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en "leve" y en "grave" (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

**Grave:** existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Fuente: Villamarín-Fernández S, Fernández-Hermida JR. Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil.2021

### **1.7.6 Factores de riesgo**

En cuanto a los factores de riesgo, se los puede dividir en 3 grandes grupos los factores individuales, los factores familiares y los factores externos. (25)

#### Factores individuales

- Genotipo
- Complicaciones pre y perinatales
- Alteraciones psicológicas y neuropsicológicas
- Reactividad vegetativa
- TDAH y TND
- Déficit cognitivo verbal y emocional

#### Factores familiares

- Predisposición genética
- Trastornos psicopatológicos en la familia
- Problemas socioeconómicos graves
- Educación inconsistente
- Exposición a maltrato y violencia doméstica

#### Factores externos

- Riesgos en zona donde reside
- Influencia de iguales

### **1.7.7 Tratamiento**

En cuanto al tratamiento es multidisciplinario y cuenta tanto con tratamiento psicológico y farmacológico. Dentro del tratamiento psicológico se busca enseñar a los padres técnicas para mejorar la comunicación manejo de la conducta y disciplina, con el uso de programas como Programa de Parentalidad Positiva (Triple P), y RESISTENCIA NO VIOLENTA. Así misma terapia de interacción, familiar multisistémica, cognitiva conductual y programas escolares. En cuanto al tratamiento farmacológico se considera el uso de psicoestimulantes, antipsicóticos (Risperidona, Aripiprazol) y de estabilizadores del humor (Valproato, Litio). (26-28)



## 1.8 Agresividad

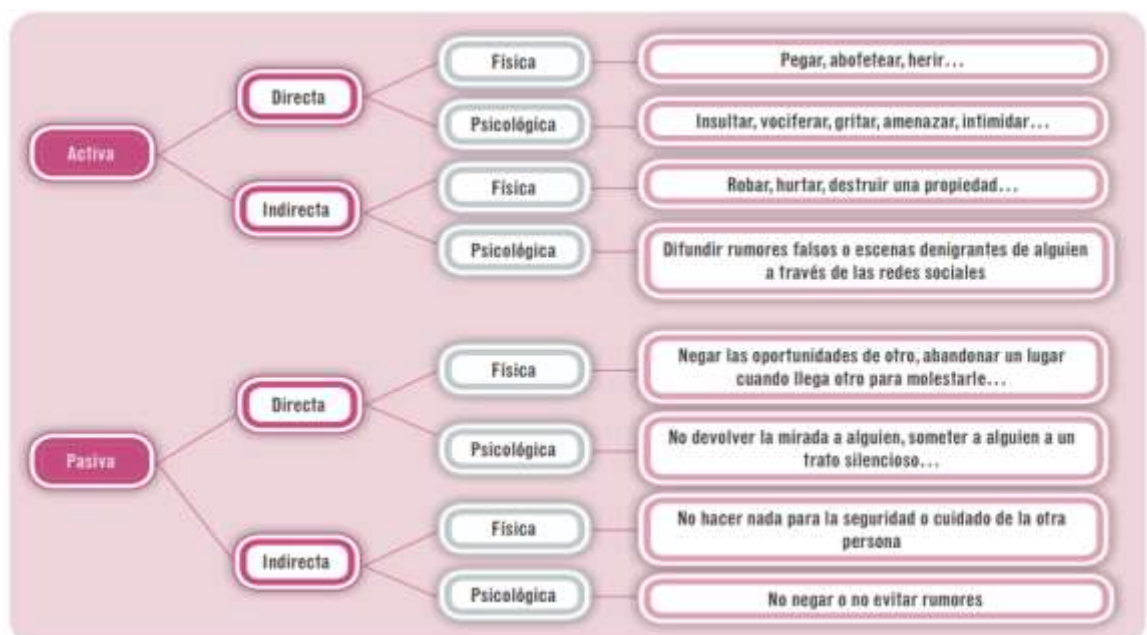
### 1.8.1 Definición

Para comprender un poco más lo que es un episodio agresivo se debe comprender el significado de la agresividad y la agresión ya que en los trastornos de conducta, esta son sus principales características: siendo agresividad designa la tendencia o predisposición inicial que origina la agresión posterior o el acto propiamente dicho de la agresión. Agresión es toda forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien. Por ende, se comprende a la agresividad como todo lo que conlleva a que se dé una agresión, y la agresión como tal es una acción en respuesta a esas conductas que producen agresividad (30)

### 1.8.2 Clasificación

La agresividad la podemos clasificar de dos formas en hetero agresiva y autoagresiva. Siendo la hetero agresividad un comportamiento violento dirigido hacia otra persona, esto incluye abuso verbal, físico y psicológico así mismo el daño a la propiedad de otros, por otro lado, tenemos la auto agresividad que se define como un comportamiento agresivo hacia uno mismo, así mismo este puede ser físico verbal o psicológico. Dentro de esto podemos ver el autodesprecio, pensamientos e ideas suicidas, autolesionarse. (31)

Sumado a esta clasificación también se la puede clasificar en cuanto a cómo se expresa



Fuente: Jimeno O. Gestión de los problemas de conducta en niños con trastorno del espectro autista a través de un programa de educación emocional. 2022

### **1.8.3 Clínica**

La heteroagresividad corresponde primordialmente a una respuesta agresiva hacia otra persona dentro de estas respuestas encontramos física que corresponde al uso de la fuerza en contra de otra persona sea con el uso de manos pies y boca o de objetos con la intención de causarle daño a la otra persona luego tenemos el daño emocional el cual consiste en causar daño psicológico a otra haciéndolo sentir menospreciado, odiado desanimarlo e inclusive producir ideas suicidas. Por último, el daño a propiedad privada en este caso la persona busca producir daño a las pertenencias de otro con fin de causarle daño emocional y económico debido a que debe reparar los daños a su propiedad. (31)

La hetero agresividad primordialmente es la respuesta agresiva hacia uno mismo consiste en una parte psicológica donde entra pensamientos intrusivos ideas suicidas el bajo autoestima y autosugestionarse de forma negativa, es decir un conglomerado de pensamientos negativos que generan en la persona daño a su psiquis, por otro lado, el daño físico corresponde a autolesiones, rasguñarse arrancarse el pelo morderse e inclusive cortarse o intento suicida. (30,31)

### **1.8.4 Tratamiento**

En cuanto al tratamiento primordialmente psicológico mediante terapia. Terapia cognitiva conductual con el fin de brindarle herramientas al paciente para disminuir y regular los pensamientos negativos que generan la agresividad. Terapia familiar multidisciplinaria con el fin de que la familia pueda ayudar al paciente ante los posibles ataques de ira. En caso de niños terapia de interacción entre padres e hijos entrenamiento a los padres y programas dentro del entorno escolar. (27)

## **Capítulo 2**

### **1.9 METODOLOGÍA Y RESULTADOS**

En este capítulo se describe la metodología utilizada en la recolección de datos con el objetivo de poder abordar el problema que ha sido previamente establecido. Que corresponde a demostrar que existe una prevalencia en las conductas agresivas en pacientes pediátricos con trastornos del espectro autista. Se formará una base de datos en donde vamos a dividir a los pacientes que padezcan de trastornos del espectro autista y que hayan presentado más de 3 episodios repetitivos de trastornos de la conducta traduciéndose como conducta agresiva y los pacientes con TEA quienes no hayan presentado episodios agresivos, luego se tabularon los resultados y se determinará cuál es el porcentaje de pacientes autistas que presentan episodios repetidos de trastornos de la conducta de tipo agresivo

#### **1.9.1 Métodos**

El método de sistematización sintética que corresponde a dos partes una de análisis de la información que corresponde a reconocer las variables y descomponer la información adquirida para una mejor comprensión de los datos y la segunda parte corresponde a la síntesis, donde se agrupa la información previamente analizada y se busca asociarla entre las variables del estudio.

#### **1.9.2 Diseño de investigación**

- Observacional

Este tipo de estudio se caracteriza por la falta de partición e intervención del investigador cuyo trabajo es simplemente recopilar la información y tabularla en base a las variables del proyecto. (32)

- Descriptivo

Este tipo de estudio como su nombre lo dice es describir lo que el investigador observa en un fenómeno problema u objeto de estudio dentro de una población y tiempo determinados. (32)

- Transversal

Este tipo de estudio se basa en la cantidad de mediciones en un tiempo determinado en el caso de los estudios transversales se realiza una única medición en referente al tiempo durante todo el estudio. (33)

## **1.10 Técnicas e instrumento de investigación**

### **1.10.1 Técnicas**

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes obtenidos desde la base de datos del hospital General del Norte de Guayaquil IEES Ceibos

### **1.10.2 Instrumento de investigación**

### **1.10.3 Guía de análisis**

La tabulación de datos se realizó en hojas de cálculo del programa Excel en la que se adjuntan las variables del estudio, se utilizó el software SPSS versión 27.0. para PC.

### **1.10.4 Población y muestra**

#### **1.10.5 Población**

La población del presente trabajo investigativo correspondió a 1100 dentro de esta población se eliminó las historias clínicas repetidas dejando en total 465, de estas 465 se verificó todas las historias clínicas tengan el diagnóstico de trastorno del espectro autista con los siguientes códigos del cie 10 F840, F841, F843 Y F845 dando de resultado un total de 430 historias clínicas. Mediante el uso de nuestros criterios de exclusión e inclusión se llegó a un total de 182 pacientes viables para el estudio.

#### **1.10.6 Muestra**

El método de muestreo utilizado en este estudio para la selección de la muestra fue el muestreo no probabilístico por conveniencia. En el cual se tomó en cuenta todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión expuesto previamente y que no entraran dentro de los criterios de exclusión. Dando un número total de 182 pacientes para el estudio.

#### **1.10.7 • Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de 4 años
- Pacientes menores de 16 años
- Pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista
- Paciente con diagnóstico de autismo infantil

#### **1.10.8 • Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de autismo en la adultez
- Pacientes mayores de 15 años pacientes sin diagnóstico de trastorno del espectro autista confirmado
- Pacientes menores de 3 años sin diagnóstico del trastorno del espectro autista confirmado

### **1.11 Análisis estadístico**

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 27.0. para PC. Con el fin de realizar pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales. En cuanto a las características descriptivas se calculó la frecuencia y porcentaje de las variables categóricas, donde está el sexo, el TEA, los episodios y tipo de agresividad y el tratamiento, en el contero de la edad que es una variable continua se realizó la desviación estándar y la mediana.

Ante la estadística inferencial se utilizó el chi cuadrado para determinar las relaciones y su validez entre episodios agresivos y el TEA, la edad y los episodios agresivos y determinar si existe una disminución de los episodios agresivos con el tratamiento. Además, se usó la prueba u de Mann-Whitney para comparar las medias muestrales de una misma población, la cual se usó para determinar qué tipo de agresividad era el más común entre el hetero agresivo homoagresivo o mixto, así mismo a que edad es más común que se presenten los diferentes tipos de agresividad previamente mencionados.

### 1.12 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Sexo	Masculino femenino	categórica nominal dicotómica	Masculino Femenino
edad	edad	numérica discreta	mayores de 4 menores de 16
Trastorno de espectro autista	Trastorno del espectro autista	categórica nominal dicotómica	Si No
Episodios agresivos	agresividad	Categórica Nominal dicotómica	Si no
Tipo de agresividad	Heteroagresivo homoagresivo	Categórica Nominal dicotómica	Si no
Tratamiento	Farmacológico No farmacológico	Categórica Nominal dicotómica	Si no

### 1.13 Criterios éticos

- Mantener la confidencialidad de todos los pacientes que participaron en el estudio.
- Buscar obtener la mayor cantidad de beneficios posibles mediante la reducción de daños y equivocaciones

### 1.14 Resultados

#### 1.14.1 1. Determinar la edad y género que presenta mayor número de episodios agresivos

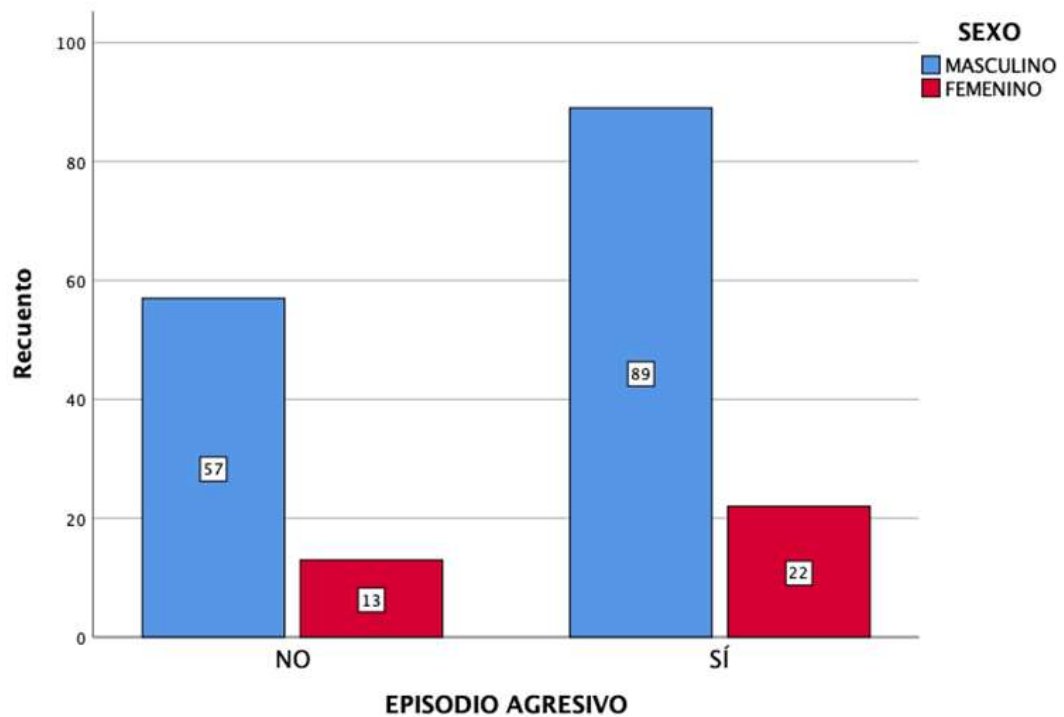


Tabla 1. Dentro de este primer cuadro se ve representado la diferencia entre la frecuencia de episodios agresivos entre ambos sexos, siendo el más prevalente el sexo masculino, con 89 casos o el 80,2% de prevalencia de episodios de agresividad.

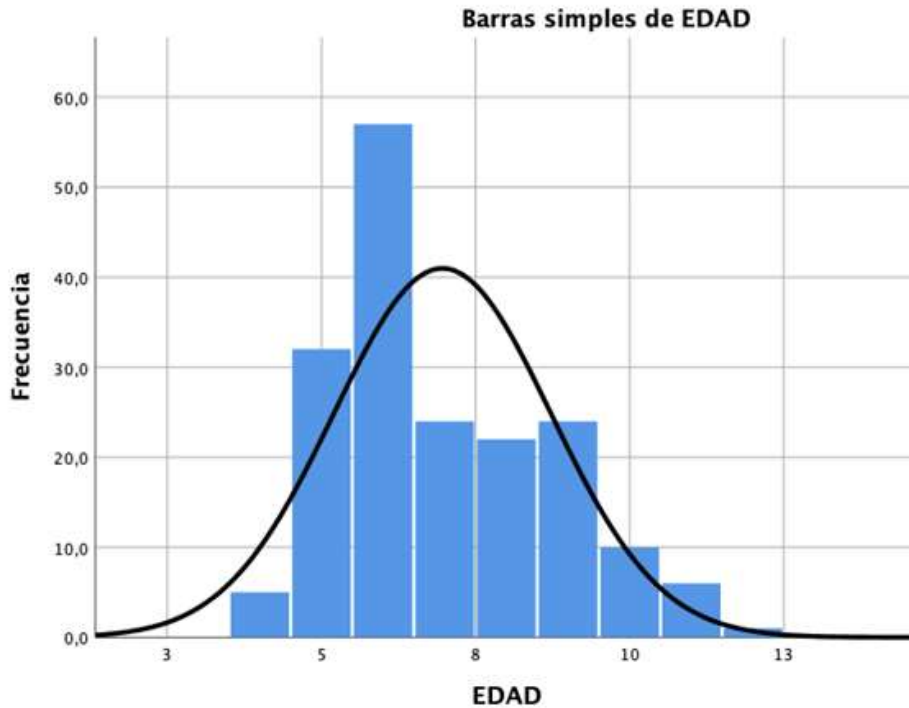


Tabla 2. En esta tabla se ve representado la prevalencia de conductas agresivas acorde a la edad de los pacientes, siendo el rango de edad con mayor prevalencia entre los 5 y 6 años, con una frecuencia de 30% y 55% respectivamente. En las edades entre 7 y 9 años, se mantiene una frecuencia entre los 20% y 25%, a partir de los 10 años en adelante, la frecuencia es menor del 10%, y en menores de 4 años la frecuencia es menor al 5%.

Aquí se puede ver que la variable se distribuye anormalmente (no paramétrica), por eso no se usa promedio y desviación, se usa mediana y rango intercuartil.



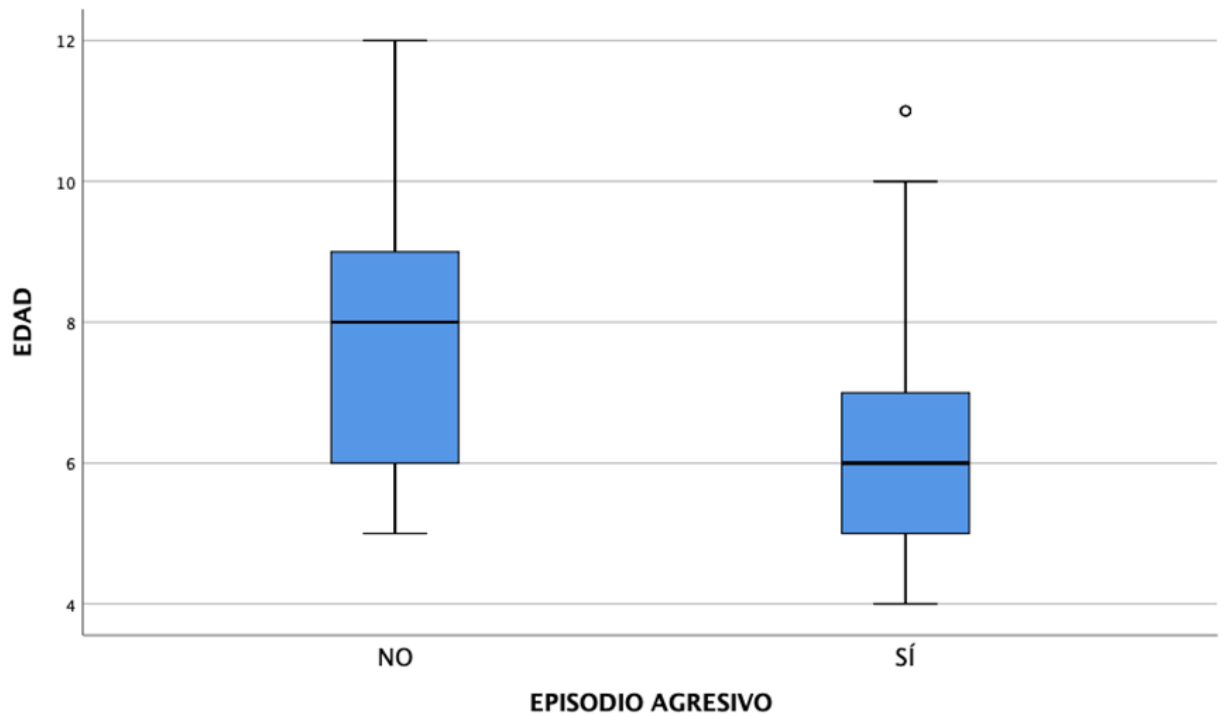


Tabla 3. En esta gráfica explica la mediana de episodios agresivos, indicando que en el grupo de pacientes que sí presentaron estos episodios pertenecían al rango de entre los 5 a 7 años, siendo la media los 6 años, y de los pacientes que no presentaron episodios agresivos, siendo el rango de entre los 6 a 9 años, siendo la media 8 años.

1.14.2 2. Catalogar los diferentes trastornos del comportamiento agresivo en pacientes diagnosticados con el trastorno del espectro autista

	<b>Episodio agresivo</b>	<b>Episodio heteroagresivo</b>	<b>Episodio homoagresivo</b>	<b>Episodio mixto</b>
<b>No</b>	70 (38,7)	90 (49,7)	100 (55,2)	121 (66,9)
<b>Sí</b>	111 (61,3)	91 (50,3)	81 (44,8)	60 (33,1)
<b>Total</b>	181 (100)	181 (100)	181 (100)	181 (100)

Tabla 4. La gráfica evidencia la prevalencia de los episodios agresivos en los pacientes autistas, demostrando que el mayor porcentaje (61.33%) de los pacientes estudiados, presentaron episodios agresivos. los cuales podemos dividir en episodios hetero agresivos homoagresivos y mixtos. el 50,3% de los pacientes presentaron episodios heteroagresivos, mientras que el 49,7% no presentó, en cuanto a los homoagresivos 55,2% de los pacientes no presentaron episodios homoagresivos y el 44.8% sí. por ultimo los episodios mixtos que eran tanto hetero como homoagresivos solo el 33,1 de la población si presento estos episodios mientras que el 66.9% no presento episodios mixtos

1.14.3 3. Demostrar la reducción de los episodios agresivos en pacientes con trastornos del espectro autista mediante tratamiento (farmacológico y no farmacológico).

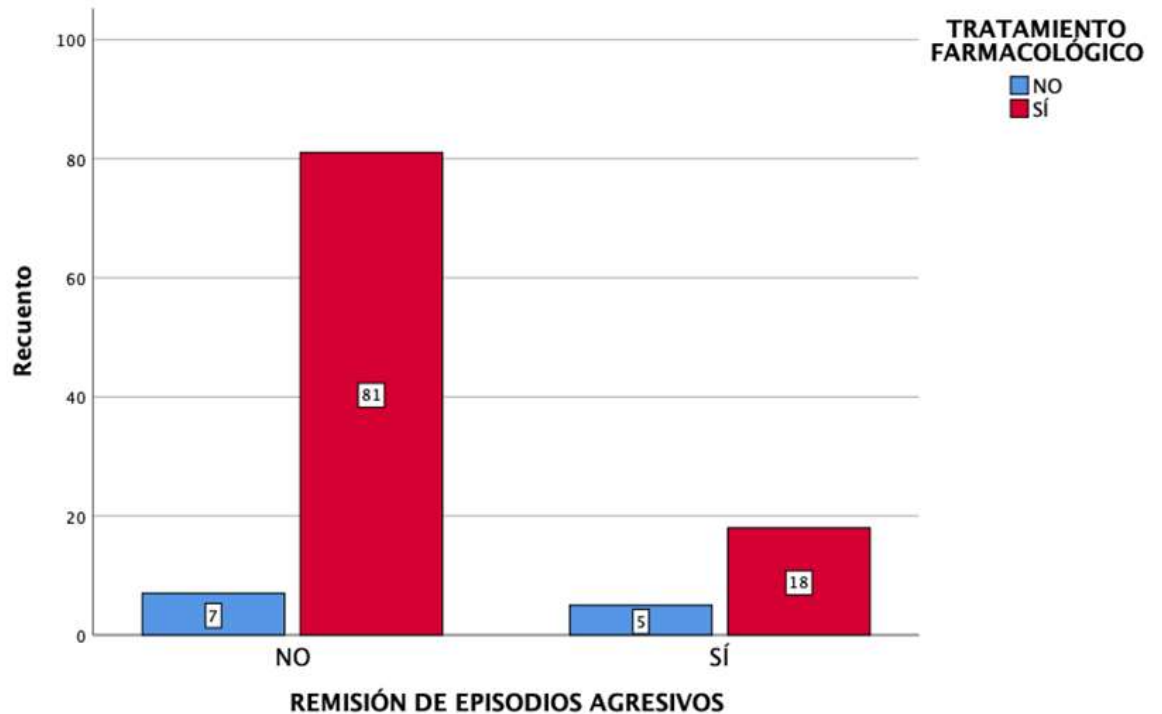


Tabla 5. En la tabla se puede evidenciar la remisión de la sintomatología agresiva en los pacientes, en donde 81 pacientes que tuvieron tratamiento farmacológico y 7 pacientes que no tuvieron tratamiento farmacológico, haciendo un total del 79.3% de la muestra, no presentaron remisión con respecto a su agresividad, en cambio el restante número de pacientes que sí tuvieron tratamiento farmacológico y si entraron en remisión fue del 20,7%.

**1.14.4 4. Evidenciar la edad en que los episodios hetero y homoagresivos son más comunes en pacientes con diagnóstico del espectro autista**

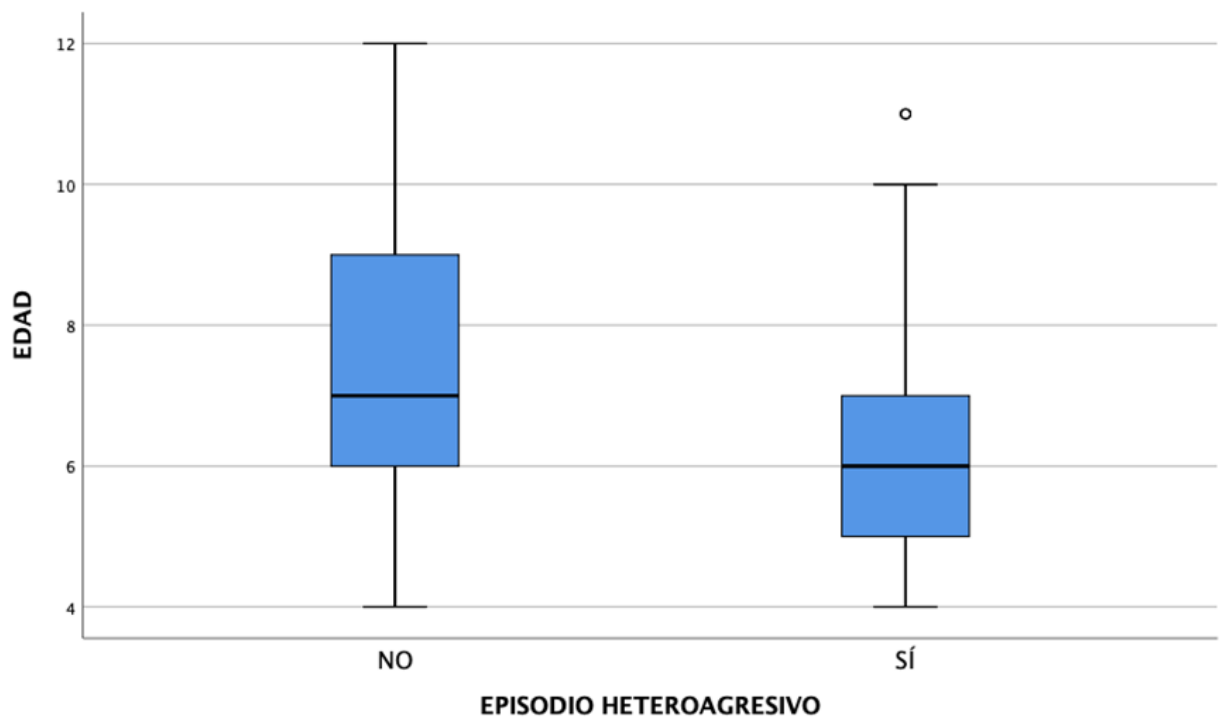


tabla 6: En esta gráfica explica la mediana de episodios heteroagresivos, indicando que en el grupo de pacientes que sí presentaron estos episodios pertenecían al rango de entre los 5 a 7 años, siendo la media los 6 años, y de los pacientes que no presentaron episodios agresivos, siendo el rango de entre los 6 a 9 años, siendo la media 7 años.

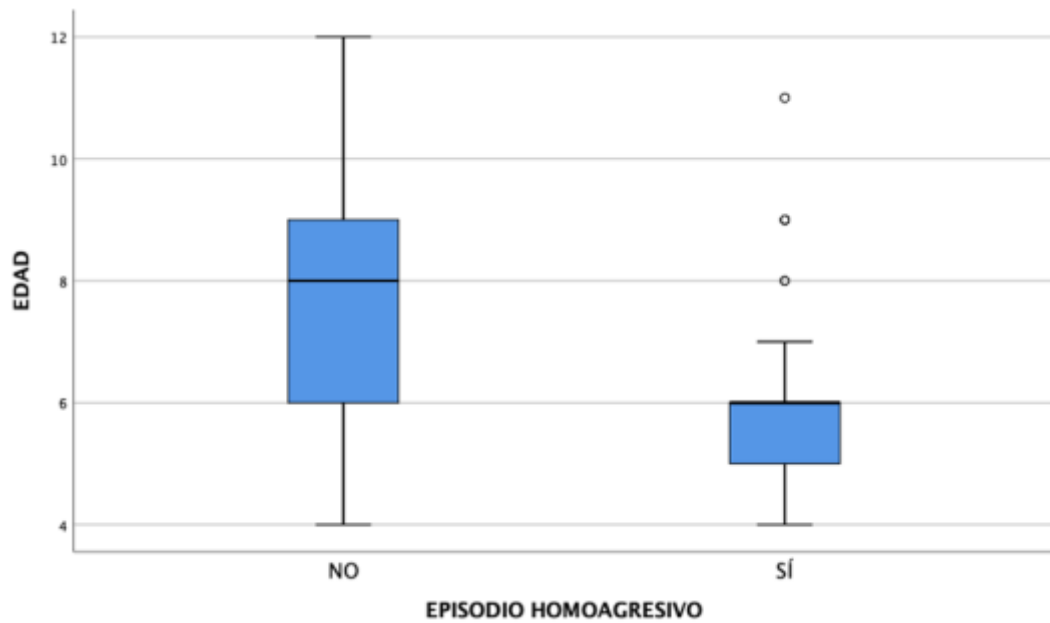


Tabla 7. En esta gráfica explica la mediana de episodios homoagresivos, indicando que en el grupo de pacientes que sí presentaron estos episodios pertenecían al rango de entre los 5 a 6 años, siendo la media los 6 años, y de los pacientes que no presentaron episodios homoagresivos, siendo el rango de entre los 6 a 9 años, siendo la media 8 años.

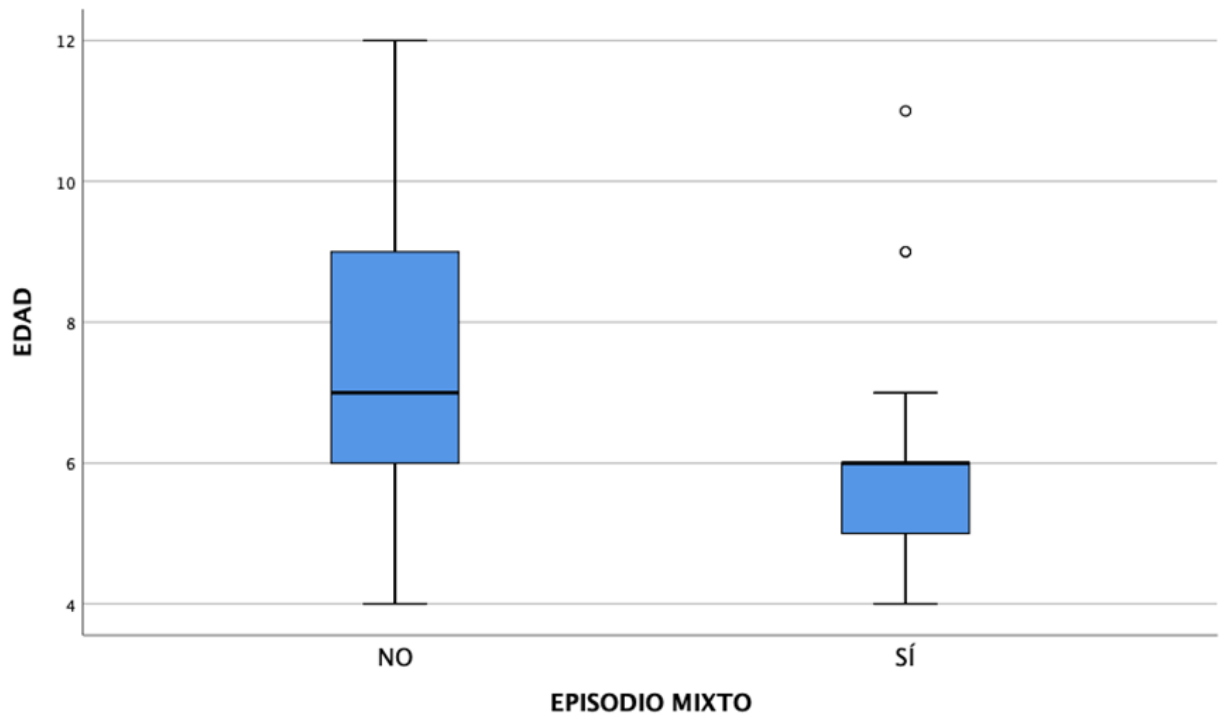


tabla 8: En esta gráfica explica la mediana de episodios agresivos, indicando que en el grupo de pacientes que sí presentaron estos episodios pertenecían al rango de entre los 5 a 6 años, siendo la media los 6 años, y de los pacientes que no presentaron episodios agresivos, siendo el rango de entre los 6 a 9 años, siendo la media 7 años.

### 1.15 Discusión de los resultados

Al iniciar el presente trabajo de investigación correspondiente a: "Prevalencia de trastornos de conducta agresivo en pacientes con trastorno del espectro autista entre 2021-2022 en el hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos" fue planteada la hipótesis: "los trastornos de la conducta agresiva se presentan en más del 60% de los pacientes con trastornos del espectro autista." dicha hipótesis en base a los hallazgos realizados dentro de este estudio se considera correcta y por ende válida. Se obtuvo que de forma general el 61.33 % de los pacientes con trastornos del espectro autista presenta presentan trastornos de conducta agresivos.

En un total de 181 pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista, 111 pacientes presentaron trastornos de la conducta agresiva (61.3%) de cualquiera de los dos tipos que se describieron en el estudio. De entre los pacientes masculinos que sí fueron diagnosticados con TEA (146) y los pacientes femeninos, se encontró una mayor predilección de la aparición de sintomatología agresiva conductual en pacientes agresivos con una prevalencia del 80,2% y en mujeres de un 19,8%. de forma parecida en un estudio realizado en Lima Perú por Arancibia. M dio como resultado que el 90,2% de su población presenta 'a veces' una conducta agresiva y el 9,8% de niños presentan 'frecuentemente' una conducta agresiva. en otras palabras, el total de su población presento trastornos de conducta agresiva, lo que diferencia su estudio de este es la forma de medir las variables ya en este estudio se midió si existieron conductas agresivas mientras en el de Arancia se midió el número de conductas agresivas en el tiempo. (34)

Con respecto a la prevalencia de ambos tipos de episodios agresivos, posterior a la tabulación de datos, se llegó al resultado de que entre los episodios heteroagresivos y homoagresivos, existe una mayor predilección en la manifestación de episodios heteroagresivos, con un porcentaje del 50.3%, de entre los 111 pacientes con TEA que sí presentaron episodios agresivos de cualquier índole, al contrario con los pacientes que presentaron episodios homoagresivos que representaban un 44,8% del porcentaje total. dichas informaciones se pueden corroborar con el estudio realizado por castillo M y Jiménez C quienes al estudiar el comportamiento de niños autistas en un aula de clases junto con la entrevista a madres y maestros determinaron que estos niños presentan mayormente conductas disruptivas heteroagresivas, principalmente

destrucción de bienes ajenos, provocaciones y agresiones verbales hacia compañeros (35)

El punto siguiente que indicaba evidenciar una posible reducción de la frecuencia en la que aparecían los casos de agresividad en cualquiera de sus dos clasificaciones dentro del estudio, se encontró que los pacientes que sí presentaron episodios de agresividad y fueron tratados por medios farmacológicos y no farmacológicos y que no tuvieron una remisión de la sintomatología fue un total de un 79,3%, mientras que los pacientes que sí tuvieron una remisión posterior al tratamiento administrado pudieron reducir sus síntomas agresivos fue del 20.7%. de acuerdo a la revisión de MD. S donde se revisaron más de 870 artículos referentes al tratamiento de agresividad en pacientes autistas se determinó que el uso de fármacos como risperidona y propranolol sumado a ejercicio diario es efectivo para la disminución de los niveles de agresividad en pacientes autistas mientras que los tratamientos no farmacológicos fueron poco efectivos. mientras que una revisión realizada por Davico.C para el “Journal of Psychopathology” indica que en niños se prioriza el tratamiento no farmacológico mediante el uso de terapias conductuales para abordar los síntomas centrales mientras que el uso de medicación está destinado condiciones recurrentes en el caso de agresividad e irritabilidad recurrente se emplea el uso de fármacos como la risperidona y aripiprazol siendo estos efectivos para controlarla. lo que se puede concluir que diferencia a nuestro estudio de los otros es la falta de control sobre la adherencia al tratamiento farmacológico como no farmacológico ya que al ser transversal y retrospectivo no se puede llevar este tipo de control. (36,37)

Por último, hablando sobre la prevalencia de cada uno de los trastornos de conducta acorde a la edad se puede evidenciar en la tabla 7, 8 y 9 que los niños de 6 años son los que mayormente presenta episodios agresivos se heteroagresivo, homoagresivo o mixto. esta información se contrasta con el estudio realizado por Arancibia.M en este estudio se determinó que los niños de 5 años eran mayormente agresivos seguidos por los niños de 6 años A los 5 años se observa el mayor porcentaje de niños con alta frecuencia de comportamiento agresivo, llegando al 14,3% pero esta diferencia no es significativa debido a que los niños con mayor nivel de agresividad en el presente estudio son los niños de 6 y 5 años ambos con un porcentaje sobre el 30% a lo que se refiere a agresividad.



## **Capítulo 3**

### **1.16 Conclusiones y recomendaciones**

#### **1.16.1 Conclusiones**

Como conclusiones de nuestro estudio, al revisar las tablas que contienen los resultados de la tabulación de muestra, podemos evidenciar la respuesta a nuestros objetivos específicos, y son:

- Se determinó que, con respecto a la edad, la mayoría de episodios de conductas agresivas están presentes en niños de entre 5 y 7 años, y con respecto al género, el más prevalente es el sexo masculino, con 89 casos o el 80,2% de prevalencia de episodios de agresividad.
- Se catalogó dos tipos de episodios agresivos en los pacientes con TEA, las conductas heteroagresivas y las conductas homoagresivas, de las cuales la prevalencia de la conducta heteroagresiva fue del 50,3%, la prevalencia del comportamiento homoagresivo fue del 44,8% y por último los episodios mixtos que eran tanto hetero como homoagresivos tuvieron una prevalencia del 33,1% en la población de estudio.
- No se pudo demostrar una reducción significativa en la prevalencia de episodios agresivos en pacientes que presentaron estos trastornos de la conducta y que al mismo tiempo recibían tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, donde un total del 79,3% de la muestra no presentaron remisión con respecto a su agresividad, y un porcentaje del 20,7% de la muestra sí presentó remisión de la sintomatología.
- Se evidenció que los rangos de edades en donde los episodios de trastornos de conducta agresivos eran más comunes eran entre los 5 a 7 años para los episodios heteroagresivos, un rango entre 5 a 6 años para los episodios homoagresivos y el rango de edad para presentar trastornos de la conducta de cualquier índole, es entre los 5 a 6 años.

### **1.16.2 Recomendaciones**

- El uso de escalas como la escala de agresión manifiesta modificada (M.O.A.S) por sus siglas en inglés en las entidades hospitalarias para facilitar la recopilación de datos y determinar los niveles de agresividad en pacientes autistas permitiendo así realizar nuevos estudios relacionados al tema.
- Se recomienda el desarrollo de planes para una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes pediátricos con TEA con el fin de disminuir los episodios agresivos.
- Se recomienda aumentar el número de controles anuales en este tipo de pacientes para mejorar así la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- El estudio de la efectividad de las terapias conductuales en combinación con una buena adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno del espectro autista a largo plazo con el fin de observar si existe una reducción significativa de los episodios agresivos a ser considerada como un estudio posterior.

## **Bibliografía**

1. Hervás A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista [Internet]. <https://neurologia.com/>. 2016 [cited 2023 may 13]. [https://juntsautisme.org/wp-content/uploads/2021/01/Autisme\\_un-autismo-varios-autismos-Amaia-Hervas.pdf](https://juntsautisme.org/wp-content/uploads/2021/01/Autisme_un-autismo-varios-autismos-Amaia-Hervas.pdf) (accessed 2023 May 13)
2. Oviedo N, Manuel-Apolinar L, de la Chesnaye E, Guerra-Araiza C. Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista. Boletín médico del Hospital Infantil de México [Internet]. 2015 feb 1;72(1):5–14. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.01.010>
3. Reynoso C, Rangel M, Melgar V. Artículo De Revisión El Trastorno Del Espectro autista: Aspectos etiológicos, Diagnósticos Y Terapéuticos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(2):214–36.
4. Liseth Vázquez-Villagrán L, Daniel Moo-Rivas C, Meléndez-Bautista E, Sebastián Magriñá-Lizama J, Méndez-Domínguez N. Revisión Del Trastorno Del Espectro autista: Actualización Del Diagnóstico Y Tratamiento Autism Spectrum Disorder review: Diagnosis and Treatment Update Revisión. Revista Mexicana De Neurociencia Septiembre-Octubre [Internet]. 2017;18(5):31–45.
5. Barthélémy C, Fuentes J, Howlin P, Van Der Gaag R. Personas con trastorno del espectro del autismo identificación, comprensión, intervención Un Documento Oficial De Autismo-Europa [Internet]. Autismo-Europa. Dirección General De Empleo, Asuntos Sociales E Inclusión De La Comisión Europea, En El Marco Del Programa Comunitario Europeo – Derechos, Igualdad Y Ciudadanía.; 2019 jul.
6. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism Spectrum Disorder. The Lancet [Internet]. 2018 aug;392(10146):508–20. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31129-2)
7. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism Spectrum disorder: Definition, epidemiology, causes, and Clinical Evaluation. Translational Pediatrics [Internet]. 2020 Feb 1;9(1):S55–65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>

8. André TG, Montero CV, Félix REO, Medina MEG. Prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura. *Jóvenes en la ciencia* [Internet]. 2020 feb 13;7.
9. Vergara JML, Sosa AG de JR, Pino GB, Ortiz MR, Hidalgo NR. Autismo y personalidades con trastornos de la conducta autista. *Panorama Cuba y Salud* [Internet]. 2019;14(1):53–61.
10. Zúñiga A, Balmaña N, Salgado M. *Pediatría Integral Introducción Y Concepto Los Trastornos Del Espectro Autista (TEA)* [Internet]. 2017.
11. Hervás A, Rueda I. Alteraciones De Conducta En Los Trastornos Del Espectro Autista [Internet]. <https://neurologia.com/>. *Revista de Neurología*; 2018 [cited 2023 May 14]. <http://www.teamenorca.org/wp-content/uploads/2020/06/Amaia-Hervas-TEA-y-problemas-de-conducta.pdf> (accessed 2023 May 14)
12. Romero-González M, Marín E, Guzmán-Parra J, Navas P, Aguilar JM, Lara JP, et al. Relación entre estrés y malestar psicológico de los padres y problemas emocionales y conductuales en niños preescolares con trastorno del espectro autista. *Anales de Pediatría*. 2021 feb;94(2):99–106. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.012>
13. Alcalá GC, Ochoa Madrigal MG, Alcalá GC, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)* [Internet]. 2022 feb 1;65(1):7–20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
14. L.S E. *Trastornos Del Comportamiento* [Internet]. 2020 Feb [cited 2023 may 14].
15. Guamán K, Soledad L. Sistema de actividades educativas para la mejora de conductas disruptivas en un estudiante con trastorno del espectro autista [Internet]. *Universidad Nacional de Educación*. 2022 Jun [cited 2023 aug 10].
16. Pennington ML, Cullinan D, Southern LB. Defining Autism: Variability in State Education Agency Definitions of and Evaluations for Autism Spectrum Disorders [Internet]. *Autism Research and Treatment*. 2014 [cited 2023 aug 5]. <https://www.hindawi.com/journals/aurt/2014/327271/> (accessed 2023 aug 5)

17. Augustyn M, von Hahn E. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Evaluation and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2023 [cited 2023 aug 6]. [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-evaluation-and-diagnosis?search=autism&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-evaluation-and-diagnosis?search=autism&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (accessed 2023 aug 6)
18. Williams ZJ, He JL, Cascio CJ, Woynaroski TG. A Review of Decreased Sound Tolerance in autism: Definitions, phenomenology, and Potential Mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021 feb;121:1–17. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.030>
19. American Psychiatric Association. What Is Autism Spectrum Disorder? [Internet]. *Psychiatry.org*. American Psychiatric Association; 2018 [cited 2023 aug 5]. <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder> (accessed 2023 aug 5)
20. Weissman L. Autism Spectrum Disorder in Children and adolescents: Screening Tools [Internet]. UpToDate. 2023 [cited 2023 aug 4]. [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-screening-tools?search=autism&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H1](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-screening-tools?search=autism&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1) (accessed 2023 Aug 4)
21. CDC. Screening and Diagnosis | Autism Spectrum Disorder (ASD) | NCBDDD [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2023 aug 3]. [https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html#:~:text=Diagnosing-autism-spectrum-disorder-\(ASD](https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html#:~:text=Diagnosing-autism-spectrum-disorder-(ASD) (accessed 2023 aug 3)
22. Weissman L. Autism Spectrum Disorder in Children and adolescents: Overview of Management [Internet]. UpToDate. 2019 [cited 2023 aug 3]. [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-management?search=autism&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-management?search=autism&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2) (accessed 2023 aug 3)

23. Weissman L. Autism Spectrum Disorder in Children and adolescents: Behavioral and Educational Interventions [Internet]. UpToDate. 2022 [cited 2023 aug 6]. [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-behavioral-and-educational-interventions?search=autism&topicRef=608&source=see\\_link#H1](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-behavioral-and-educational-interventions?search=autism&topicRef=608&source=see_link#H1) (accessed 2023 aug 6)
24. Weissman L. Autism Spectrum Disorder in Children and adolescents: Pharmacologic Interventions [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2023 aug 8]. [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-pharmacologic-interventions?search=autism&topicRef=608&source=see\\_link](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-pharmacologic-interventions?search=autism&topicRef=608&source=see_link) (accessed 2023 aug 8)
25. DeFilippis M, Wagner KD. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. *Psychopharmacology Bulletin* [Internet]. 2016 aug 15 [cited 2023 Aug 7];46(2):18–41.
26. Villamarín-Fernández S, Fernández-Hermida JR. Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. 1ST ed. Vol. 1. Madrid - España: Consejo General de la Psicología de España; 2021.
27. L eddy. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. *adolescere* [Internet]. 2020 feb 28 [cited 2020 jul 30];8(1):28–38. Available from: [https://www.adolescere.es/trastornos-del-comportamiento/#new\\_tab](https://www.adolescere.es/trastornos-del-comportamiento/#new_tab)
28. Sánchez MAFM. La agresividad humana y sus interpretaciones. *La Albolafia: Revista de Humanidades y Cultura* [Internet]. 2020 [cited 2023 aug 9];(20):427–41.
29. González-González I, Linares KP, Borges-Laffita JT. Trastorno del espectro autista en tiempos de COVID-19. *Revista Científica Estudiantil UNIMED* [Internet]. 2023 Apr 30 [cited 2023 aug 7];5(1).
30. Ovelleiro Jimeno A. Gestión de los problemas de conducta en niños con trastorno del espectro autista a través de un programa de educación emocional. *uvadocuvas* [Internet]. 2022 [cited 2023 aug 9];

31. Volavka J. The Neurobiology of Violence. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 1999 aug [cited 2023 aug 6];11(3):307–14. <https://doi.org/10.1176/jnp.11.3.307>
32. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019 jan; 30(1):36–49. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
33. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology* [Internet]. 2014 Jun [cited 2023 aug 4];32(2):634–45. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022014000200042>
34. Stefani J. Relación entre las funciones ejecutivas y las conductas agresivas en niños autistas de 3 a 6 años residentes en Arequipa e Ica. *Ucvedupe* [Internet]. 2021 [cited 2023 aug 10]; Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65949>
35. Carrera, Guadalupe M, Garnica C, Monserrath C, Campoverde J, Ignacio J, et al. Universidad nacional de educación “el método aba como estrategia para la corrección de las conductas disruptivas en un niño con trastorno del espectro autista (TEA)” [Internet]. [cited 2023 aug 10]. Available from: [http://repositorio.unae.edu.ec/bitstream/56000/3039/1/Trabajo\\_de\\_integracion\\_cc81n\\_curricular\\_EE07.pdf#page=67&zoom=100](http://repositorio.unae.edu.ec/bitstream/56000/3039/1/Trabajo_de_integracion_cc81n_curricular_EE07.pdf#page=67&zoom=100)
- 36 Im DS. Treatment of Aggression in Adults with Autism Spectrum Disorder: A Review. *Harvard Review of Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 aug 10];29(1):35–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7803482/>
37. Chiara Davico, Ilaria Secci, Vittoria Vendrametto, Vitiello B. Pharmacological treatments in autism spectrum disorder: a narrative review. *Journal of Psychopathology* [Internet]. 2023 [cited 2023 aug 10]; Available from: <https://www.jpsychopathol.it/article/view/251>



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros: **Del Pozo Farah Rafael Alejandro**, con C.C: # **0922910997** y **Dik Maridueña Alejandro José** con C.C: # **0920480563** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos de conducta agresiva en pacientes pediátricos con trastorno del espectro autista entre 2021–2022 en el Hospital General IESS Ceibos**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de septiembre del **2023**

f. 

**Del Pozo Farah Rafael Alejandro**

C.C: **0922910997**

f. 

**Dik Maridueña Alejandro José**

C.C: **0920480563**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de trastornos de conducta agresiva en pacientes pediátricos con trastorno del espectro autista entre 2021–2022 en el Hospital General IESS Ceibos.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Del Pozo Farah Rafael Alejandro, Dik Maridueña Alejandro José		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Obando Freire Francisco Marcelo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de septiembre del 2023	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	43
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Pediatría, Psiquiatría, Psicología Clínica		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Agresividad, Problemas de Conducta, Homoagresivo, Heteroagresivo		
<b>RESUMEN:</b>	<p><b>Antecedentes:</b> El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que altera las funciones sociales y su desarrollo en el crecimiento, como dificultades para relacionarse, trastornos del aprendizaje, síntomas como hiperactividad y trastornos agresivos como el homoagresivo (agresivo a sí mismo) y el heteroagresivo (agresivo hacia otros). <b>Objetivo:</b> Evidenciar la prevalencia de episodios del trastorno de comportamiento agresivo, encontrar si existe relación entre el sexo y edad del paciente con los episodios agresivos, prevalencia del tipo de episodio agresivo y la eficacia del tratamiento para disminuir estos episodios. <b>Metodología:</b> El estudio será observacional, descriptivo y transversal en los pacientes con diagnóstico TEA en el hospital general del norte de Guayaquil IESS Ceibos. <b>Resultados:</b> de 181 pacientes con TEA, 111 presentan EA, de ellos el 80,2% son masculinos. Sobre edad, entre los 5 y 6 años, hay una prevalencia de 85%. El tipo de agresividad, el 50, 3,2% son heteroagresivos, seguidos por lo homoagresivos con 44.8%. El tratamiento: 79,3% de los pacientes con tratamiento no presentaron remisión de agresividad. El EA más prevalente con respecto a edad es la heteroagresividad, el rango de edad es entre 5 a 7 años, en homoagresividad, es entre 5 a 6 años. <b>Conclusión:</b> Más del 60% de los pacientes con trastorno del espectro autista presentaron trastornos de conducta agresiva, con mayor prevalencia entre los 5 a 7 años, con predisposición a conductas heteroagresivas. El tratamiento no es significativo para la reducción de esta sintomatología.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-98-714-3385 +593-99-950-4823	E-mail: rafa_delpozo98@hotmail.com alejandrodik12@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	<b>Teléfono:</b> +593982742221		
	<b>E-mail:</b> diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			