



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 3

Septiembre de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.03.10>

# PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y COMORBILIDADES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA ATENDIDOS EN CENTRO DE REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN INFANTIL TELETÓN HIDALGO

Claudia Anahí Flores Ortíz<sup>1</sup>

Centro de Rehabilitación e inclusión Infantil Teletón Hidalgo (CRITH)  
Pachuca, Hidalgo, México

### RESUMEN

El DSM-V hace referencia al Trastorno del Espectro Autista como Trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por: deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción en diversos contextos y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades; reflejándose en 3 niveles de necesidad de ayuda.

Se definen dos grupos: el idiopático (primario) y el secundario.

Se tuvo como objetivo describir la prevalencia, características epidemiológicas y comorbilidades de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) atendidos en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Hidalgo en las Clínicas de Lesión Cerebral y Estimulación Temprana.

Los resultados coinciden con lo reportado en la literatura, sobre la presencia del TEA con relación al sexo, en una relación de 3:1, con un marcado predominio de los niños con respecto a las niñas y la complejidad en su atención al asociarse con múltiples comorbilidades.

De las comorbilidades detectadas, la primera en nombrarse fue discapacidad intelectual seguida de parálisis cerebral. El porcentaje

<sup>1</sup> Centro de Rehabilitación e inclusión Infantil Teletón Hidalgo (CRITH) <https://orcid.org/0009-0008-1106-6458>

de niños con TEA sindrómico identificado en el estudio supero el rango reportado en la literatura.

Al ser el CRIT un Centro de referencia a la atención a la discapacidad, no refleja en su totalidad a la población en general con TEA.

**Palabras clave:** TEA, comorbilidades, prevalencia, TEA sindrómico y no sindrómico.

## PREVALENCE, EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND COMORBIDITIES OF GIRLS, BOYS AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER TREATED AT THE TELETON HIDALGO CHILDREN'S REHABILITATION AND INCLUSION CENTER

### ABSTRACT

The DSM-5 refers to Autism Spectrum Disorder as a neurodevelopmental disorder characterized by persistent impairments in social communication and interaction across diverse contexts and restrictive and repetitive patterns of behavior, interests, or activities; reflected in three levels of need for help.

Two groups are defined: idiopathic (primary) and secondary.

The objective was to describe the prevalence, epidemiological characteristics, and comorbidities of children and adolescents diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) treated at the Hidalgo Children's Rehabilitation and Inclusion Center in the Brain Injury and Early Stimulation Clinics.

The results are consistent with those reported in the literature regarding the presence of ASD in relation to sex, at a ratio of 3:1, with a marked predominance of boys over girls and the complexity of their care due to the association with multiple comorbidities.

Of the comorbidities detected, the first to be mentioned was intellectual disability, followed by cerebral palsy. The percentage of children with syndromic ASD identified in the study exceeded the range reported in the literature.

As the CRIT is a referral center for disability care, it does not fully reflect the general population with ASD.

**Keywords:** ASD, comorbidities, prevalence, syndromic and non-syndromic ASD.

Sobre el TEA el DSM-V menciona que son trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por

- Deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción en diversos contextos, entre ellas:
- en la reciprocidad socioemocional;

- en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; y
- en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.
- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes:
  - movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos;
  - insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizadas de comportamiento verbal o no verbal; intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés;
  - hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del desarrollo, causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual y la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo, en el caso de que coincida con discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.

Debe registrarse si

- se acompaña o no de discapacidad intelectual;
- se acompaña o no de deterioro del lenguaje;
- está asociado a una afección médica o genética, o aun factor ambiental conocido.
- está asociado a otro trastorno del neurodesarrollo mental o del comportamiento.
- se acompaña o no de catatonía.

Debe especificarse, además, el nivel de dificultad.

Entre los grados de dificultad, en ambos ejes; es posible distinguir tres: grado 1, "necesita ayuda"; grado 2, "necesita ayuda notable" y grado 3, "necesita ayuda muy notable.

Nivel de ayuda y cualidad de los síntomas presentados, en cada dimensión.

<i>CATEGORIA DIMENSIONAL</i>	<i>Comunicación Social.</i>	<i>Comportamientos restringidos y repetitivos.</i>
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Mínima comunicación social.	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco de atención.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas.	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin apoyo in situ, aunque presenta alteraciones significativas en el área de comunicación social.	Interferencia significativa en al menos un contexto.

\*Fuente: American Psychiatric Association, 2014.

Sobre la prevalencia y epidemiología del TEA, en un estudio realizado por García, González, Campos, Martínez, Sánchez y Muros (2022), después de revisar artículos científicos consultando las bases de datos de MedLine y The Cochranre Library Plus (sin restricción de fecha, en los idiomas español e inglés), identificaron en los últimos años un incremento de prevalencia de este Trastorno, el cual explican por los siguientes factores:

1. El mayor conocimiento acerca de este trastorno.
2. La mejor y creciente formación de los profesionales encargados de la evaluación y diagnóstico de este tipo de trastornos.
3. La mejora de las estrategias epidemiológicas.
4. El perfeccionamiento de las herramientas diagnósticas y de los recursos especializados para realizar evaluaciones más precisas y de mayor calidad y, por tanto, diagnósticos más adecuados.

5. La mayor sensibilidad, relevancia, conciencia social y familiar hacia este trastorno.
6. La mejora en la detección temprana del trastorno,
7. La modificación y mejora de los criterios diagnósticos.
8. Factores sociales, culturales y ambientes que afectan su prevalencia.

Como datos epidemiológicos, de interés para este estudio, los autores mencionan que:

- Es mucho menor la prevalencia en niños que en adolescentes, posiblemente porque en niños pequeños no se diagnostica o se retrasa su diagnóstico.
- En cuanto a la distribución del sexo en la población con TEA, en la mayoría de los estudios se ha detectado un predominio de casos masculinos sobre los femeninos. Siendo, en general, tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Montagut, Mas, Fernández y Pastor (2018), con relación a la mayor prevalencia del diagnóstico de TEA en hombres en comparación con mujeres retomando diversas investigaciones al respecto, mencionan distintas hipótesis para dar respuesta a este fenómeno, las cuales van desde la existencia de un sesgo masculino en la identificación de los rasgos autistas en la población infantil hasta la teoría del camuflaje o la teoría de la compensación en niñas y mujeres con TEA.

En la Guía Clínica de Trastornos Generalizados del Desarrollo, publicada por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en 2018, se menciona que el TEA no es una condición infrecuente; 1 de cada 68 niños han sido identificado con este trastorno. Esta condición es aproximadamente 4.5 veces más común entre los varones (1 en 42) que entre las niñas (1, en 189). En ese Hospital, durante el año 2017 se reportaron 128 nuevos casos de TEA; lo cual representó el 5% del total de pacientes atendidos de primera vez en el hospital.

Fernández-Mayoralas, Fernández y Fernández (2013) en su revisión sobre aspectos epidemiológicos, etiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos y del tratamiento de los TEA reportan que:

- son más frecuentes de lo que se pensaba hasta hace pocos años. En la última década se estima su prevalencia entre 6 y 8 casos por 1,000 habitantes; con una afectación mayor en hombres que en mujeres.
- sus causas no están definidas y no existe un marcador biológico universal, dado que el trastorno se define por síntomas y signos clínicos, y debido a que la etiología es extremadamente heterogénea.
- entre algunos factores de riesgo, se identifican: factores endocrinológicos, la prematuridad; el bajo peso al nacimiento, la exposición a algunos fármacos o tóxicos; la edad paterna y materna; además de existir una recurrencia elevada en familias de niños con TEA.

Con el fin de poder clasificar de forma integral todos los casos, en el TEA se definen dos grupos: el idiopático y el secundario (Giordano, 2017). Cuando se habla de autismo sin otra especificación, se sobre entiende que se hace referencia al autismo idiopático o primario. El autismo secundario ha sido denominado autismo sindrómico.

Artigas-Pallarés, Gabau-Vila, Guitart-Feliubadaló (2005) exponen las diferencias entre TEA idiopático (primario) y autismo sindrómico:

<i>TEA IDIOPÁTICO</i>	<i>SINDRÓMICO</i>
Causa desconocida (multifactorial).	Causa conocida
Trastorno puro.	Asociado a otras manifestaciones.
Base genética poco esclarecida	En muchos casos se conoce la base genética.
Pronostico inicial incierto.	Pronóstico determinado por la enfermedad de base.
Ausencia de marcador biológico del trastorno base.	Puede haber marcadores biológicos.
Predominio del sexo masculino	Predominio determinado por el trastorno primario.
Retraso mental en el 70% en el autismo clásico.	Retraso mental caso constante.
Amplio espectro de gravedad.	Predominan casos graves.

La mayor parte de los estudios sitúan la prevalencia de autismo sintromico entre el 11 y 37% de los casos de autismo (Giordano, 2017).

Giordano (2017) señala como las posibles causas del autismo sintromico a los trastornos genéticos, tales como: Prader Willy, Angelman y Rett; las metabopatías; la epilepsia (entre el 25 y 35% de los TEA padecen epilepsia; ciertos trastornos tienen una relación muy clara con el autismo como el Síndrome de West y la Afasia epiléptica adquirida o Síndrome de Landau Kleffner) y a las enfermedades infecciosas.

Las infecciones que han sido implicadas en el autismo son:

Infecciones prenatales.

- Rubeola Congénita, cuando la afectación se produce en el segundo trimestre la afectación es más leve.
- Toxoplasmosis congénita,
- Citomegalovirus congénito

Infecciones postnatales.

- Encefalitis herpética. Encefalopatía aguda infecciosa viral que puede debutar con cuatro autista o dejarlo como secuela.
- Se asocia con mayor frecuencia a retraso mental o a encefalopatía crónica no evolutiva.

Sobre el diagnóstico de TEA, Rogel-Ortíz (2005) señala que, es muy común en la práctica encontrar niños con un cuadro claro de autismo sin el establecimiento de éste, refiriéndose a sus padecimientos como Retardo psico motor simple o TDAH.

El diagnóstico específico de los niños con TEA siempre será clínico y forma parte del segundo nivel del proceso de evaluación en el algoritmo propuesto en la literatura (Filipek, Accardo, Barenek, Cook, Dawson, Gordon, 1999). Este es precedido de un primer nivel que incluye la identificación del desarrollo atípico a nivel de atención primaria, mediante un sondeo clínico que se combina con la utilización de instrumentos de tamizaje. (Guía Clínica de Trastornos Generalizados del Desarrollo, publicada por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en 2018).

Los instrumentos Gold Standar para el diagnóstico de TEA son: la Entrevista ADI-R y la Escala ADOS-2.

La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, conocida como ADOS-2 (Autism Diagnostic Observational Schedule), es una evaluación semiestructurada y estandarizada, formada por cinco módulos (T, 1, 2, 3 y 4), que se puede aplicar a personas de diferentes edades cronológicas, niveles de desarrollo, lenguaje y comunicación verbal.

Esta escala debe complementarse con la administración de La Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada, conocida como ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised). El ADI-R es una entrevista semiestructurada extensa que se aplica a los padres o cuidadores para confirmar el diagnóstico. Esta prueba se utiliza para evaluar la comunicación, la interacción social y los patrones de comportamiento e intereses. Incluye tres dominios de síntomas de autismo (social, comunicación y comportamiento repetitivo). Cuantas más dificultades presenta la persona, más altas son las puntuaciones en la prueba.

Ambos instrumentos diagnósticos son de gran complejidad en su administración y han sido diseñados especialmente para su uso en investigación y por los equipos clínicos especializados dentro del campo de los TEA, siendo imprescindible acreditar una formación adecuada para su aplicación.

Las críticas a los instrumentos utilizados en la valoración de TEA hacen referencia a que son muy costos, complejos, especializados, con exigencias para su aplicación difíciles de lograr. A los profesionales interesados en su uso, les demanda una capacitación costosa. Algunas de estas herramientas requieren filmar al niño para calificar el comportamiento observado, lo que agrega costos, tiempo y complejidad al proceso de diagnóstico (Mandell , Ittenbach , Levy, Pinto-Martin A., 2007; Volkmar, Lord, Bailey, 2004).

Albores, Escoto-López, Torres, Carmona, Solís-Bravo, Tapia, Vargas-Rizo, Sarmiento, Villareal, Rojas-Miranda, Castro, Suárez-Ponce de León, Borrayo, Hernández, Catalán-Nava, Escudero-Monteverde, Gatica-Hernández, Flores, Navarro-Luna, Chávez-Dosal, Moreno de Ibarra, Aguerre-Estévez, Alonzo-Alonzo, Arce, González, Moreno-Granados, Guerrero, Valencia-Amado, Constanza y

Suarez (2019), desarrollan y validan la Entrevista Diagnóstica de Diagnóstico para Trastornos del Espectro Autista (CRIDI-TEA), proponiéndola como una herramienta de evaluación clínica rentable para el diagnóstico de éste padecimiento en niños y adolescentes de México, América Latina o hispanos residentes en Estados Unidos, entre los 2 y 17 años.

La CRIDI-TEA es una entrevista observacional semi estructurada basada en los criterios del DSM-5. Consta de 30 preguntas organizadas en las dos dimensiones:

1. Déficits en la comunicación e interacción social,
2. Patrones de comportamiento e intereses restringidos y estereotipados y reactividad sensorial inusual.

En el estudio de validación de la Entrevista, se reporta una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95%. Los autores concluyen que es un instrumento válido, breve y costo -efectivo para el diagnóstico de TEA en niños y adolescentes de habla hispana.

El TEA es entonces un trastorno que afecta el desarrollo global en muchos aspectos, tomando diferentes formas, teniendo en cuenta las edades en las que se encuentran y la comprensión/interés que pueden revelar las personas con este diagnóstico respecto a los demás, lo que implica en este proceso la comprensión del funcionamiento social y de las normas sociales.

Las manifestaciones TEA revelan una enorme complejidad.

En la actualidad el TEA se describe como un síndrome complejo, con múltiples causas y manifestaciones, que agrupa una amplia corrección de síntomas raros de observar. Por ello, su definición debe hacer frente, de manera específica, al estudio de su sintomatología para poder recoger toda su variabilidad (Álvarez, 2007).

En los Centros de Rehabilitación Infantil Teleton recientemente se integró la atención de NNA con este diagnóstico. Estos Centros en un inicio atendían solo a la población pediátrica con discapacidad neuro musculo, esquelética; siendo un criterio de exclusión aquellos candidatos con sintomatología únicamente relacionada a este trastorno.

A raíz de su inclusión en la atención en los Centros de Rehabilitación y en base a la capacitación profesional actual del trastorno ha sido común reconocer sintomatología de TEA en niños atendidos con otros diagnósticos de base.

Como proceso de valoración para la determinación del diagnóstico de TEA, se utiliza la CRIDI Entrevista, considerando las facilidades en su aplicación (tiempo, costos, sensibilidad a la cultura de la población y accesibilidad para la capacitación del profesional).

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar y describir la prevalencia, características epidemiológicas y comorbilidades de NNA con diagnóstico adicional de TEA atendidos en CRITH, adscritos al grupo A, en las Clínicas de Lesión Cerebral GMFCS I-III, GMFCS IV-V y Estimulación Temprana.

#### METODO.

##### Participantes:

Usuarios activos atendidos en el grupo A hasta octubre del 2023.

##### Procedimiento.

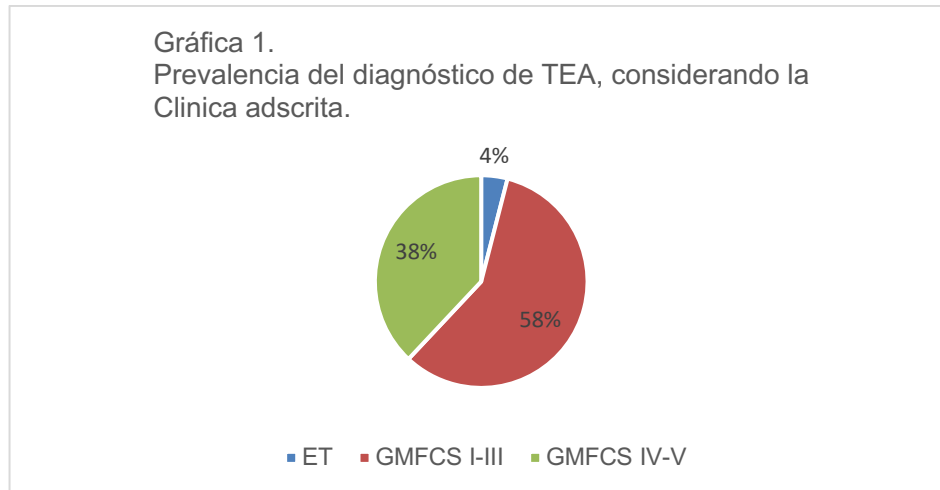
La investigación realizada fue observacional, descriptiva y transversal.

Se revisaron los expedientes de usuarios activos atendidos en el grupo A hasta octubre del 2023, identificando aquellos con mención de diagnóstico de TEA, sea cuadro clínico, señalado por los médicos especialistas de Genética, Audiología y Foniatría, Paidopsiquiatría o Neurología Pediátrica, o valoración diagnóstica del área de Psicología Familiar.

#### RESULTADOS.

Los NNA atendidos en el Grupo A, en el periodo indicado, en las Clínicas de Lesión Cerebral GMFCS I-III, GMFCS IV-V y Estimulación Temprana, fueron 329. En el 15% de la población total, 48 NNA, se estableció como un diagnóstico adicional, Trastorno del Espectro Autista (TEA).

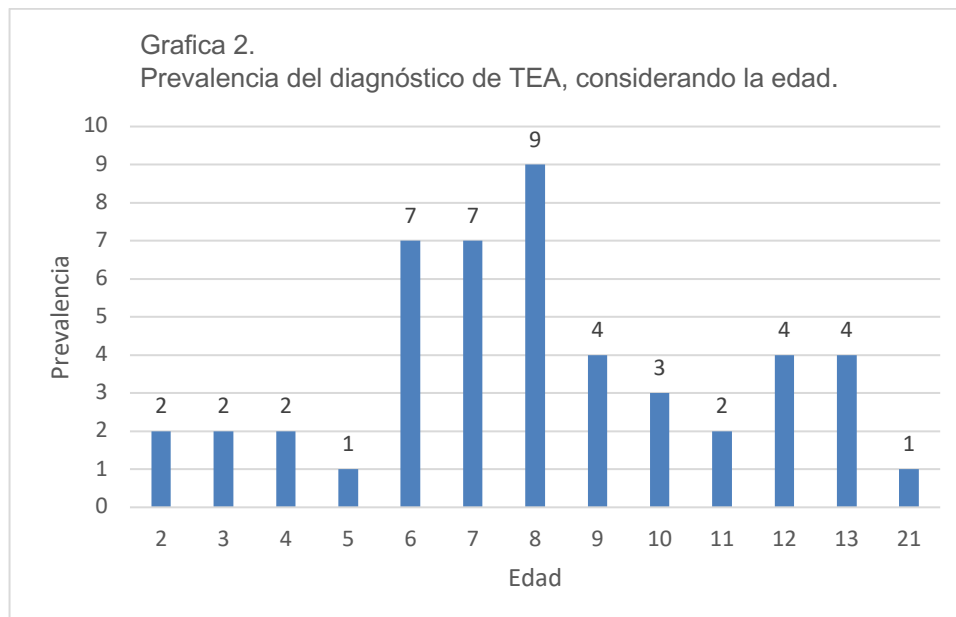
El mayor porcentaje (58%) de ellos está integrado a la Clínica de Lesión cerebral GMFS I-III, como se muestra en la gráfica 1.



Grafica. 1. Muestra la distribución del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, considerando la Clínica en la cual los NNA se encuentran adscritos. ET: Estimulación temprana, GMFCS: Gross Motor Functional Classification System.

De los 48 NNA con diagnóstico adicional de TEA, 34 fueron hombres (70%) y 14 mujeres (30%).

Sus edades comprendieron entre los 2 y 21 años; habiendo mayor prevalencia en las edades de 6, 7 y 8 años (ver gráfica 2).



Grafica. 2. Prevalencia del diagnóstico de TEA considerando la edad de NNA.

El nivel socio económico (NSE) asignado a las familias de éstos NNA oscilo entre 1x, 1, 2 y 3. Como lo muestra la gráfica 3, hubo mayor prevalencia en la asignación del nivel 1.



Grafica. 3. Prevalencia del diagnóstico de TEA considerando el NSE asignado a las familias.

Fueron los servicios de Psiquiatría y Psicología, quienes con mayor frecuencia determinaron, de manera inicial, este diagnóstico, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Servicio que asigna el diagnóstico de TEA.

Servicio	Frec.
Psiquiatría	28
Psicología	11
Neurología	5
Se desconoce	2
Audiología y foniatría	1

Varios servicios	1
Total	48

Tabla 1. En la tabla 1 se presenta la frecuencia de asignación del diagnóstico TEA, de manera inicial, por los diferentes servicios médicos y psicología.

Hasta el momento de la revisión, menos del 50% contaba con la aplicación de la Entrevista de Diagnóstico para Trastornos del Espectro Autista (CRIDI-TEA).

En los NNA, además de TEA, se identificaron entre 1 y 9 comorbilidades, siendo la presencia de 4 lo más común.

Tabla 2. Frecuencia comorbilidades presentadas en los NNA con diagnóstico adicional de TEA.

Comorbilidades	Frec.
1	1
2	5
3	6
4	13
5	8
6	6
7	6
8	1
9	2

En la tabla 2 se presenta la frecuencia de comorbilidades presentadas en los NNA, además del diagnóstico de TEA.

Se refirieron entre la población estudiada 48 comorbilidades (ver tabla 3). Siendo las 5 con mayor frecuencia: discapacidad intelectual; parálisis cerebral, epilepsia, retardo global del desarrollo y alteración de la mecánica de la deglución.

Tabla 3, Comorbilidades señaladas entre la población de estudio.

	Fre c.	Comorbilidades referidas
1	36	Discapacidad intelectual
2	22	Parálisis Cerebral
3	14	Epilepsia
4	15	Retraso global del desarrollo
5	15	Alteración de la mecánica de la deglución
6	15	Estrabismo
7	4	Hiperlaxitud ligamentaria
8	7	Hipoacusia bilateral profunda
9	3	Desnutrición
10	3	Estreñimiento
11	2	Displasia broncopulmonar
12	3	Nistagmo
13	4	Síndrome dismórfico
14	9	Defectos de cadera
15	2	Peso y talla bajas (restricción del crecimiento)
16	1	Torticolis congénita izquierda.
17	1	Alergias alimentarias
18	2	Alteraciones dentales
19	1	Alteración conductual
20	1	Atresia esofágica
21	1	Retinopatía y desprendimiento de retina ojo derecho.
22	1	Apnea del sueño
23	1	Atrofia cortical
24	1	Cortipatía bilateral
25	1	Craneosinostosis
26	1	Criptorquidia izq.
27	1	Daño pulmonar
28	1	Retinopatía del prematuro
29	1	Espina bífida oculta
30	1	Hernia umbilical
31	3	Hidrocefalia
32	1	Hipotonía
33	1	Insuficiencia velo palatina
34	1	Enfermedad por reflujo gastroesofágico
35	1	Malformación ano rectal
36	1	Micrognatia
37	1	Neuropatía crónica.
38	1	Persistencia de conducto arterioso
39	2	Pie equino varo

40	1	Hernia inguinal derecha
41	2	Quiste subaracnoideo
42	2	Retinopatía cicatriz macular congénita
43	1	Roto escoliosis
44	1	Síndrome de West
45	1	Trastorno de migración neurobalística
46	1	Defectos de refracción
47	1	Vitiligo

Tabla 3. Comorbilidades señaladas a la población con Trastorno del Espectro Autista, estudiada.

En color verde se resaltan las 5 comorbilidades con mayor frecuencia reportadas en los NNA con TEA. En color gris se resaltan las comorbilidades de NNA con TEA sindrómico.

De los 48 NNA con TEA, 23 de ellos (48% de la población del estudio) caen en la categoría de TEA sindrómico. De éstos 23 casos, sólo se ha establecido la causa de 6, de los demás se refiere en estudio.

Entre las causas reportadas se mencionan: 2 por micro elección; el resto, por síndrome de Angelman, síndrome de Temple, encefalopatía epiléptica y del desarrollo tipo 5 y síndrome de X frágil. De los 17 restantes se desconoce la causa.

## DISCUSION.

Los resultados del estudio coinciden con lo reportado en la literatura, sobre la presencia del TEA con relación al sexo, en una relación de 3:1, con un marcado predominio de los niños con respecto a las niñas y la complejidad en su atención al asociarse con múltiples comorbilidades.

De las comorbilidades detectadas la primera en nombrarse fue discapacidad intelectual seguida de parálisis cerebral; ambas entidades son altamente discapacitantes, demandando en su atención un manejo integral/multidisciplinario. Ya que en ocasiones su presencia puede ser sutil en la integración del diagnóstico sería importante el buscarlas intencionadamente.

Concordante con la literatura, la epilepsia es una comorbilidad frecuente en nuestra población por lo que también sería importante vigilar signos tempranos o sutiles de este padecimiento en nuestra población con TEA.

Una observación más es que la gama de comorbilidades identificadas en la población de estudio es muy amplia y variada, pues va desde secuelas por eventos adversos al nacimiento hasta trastornos genéticos poco frecuentes, lo cual pone de relieve la importancia de estudiar a fondo a cada NNA atendido para detectar entidades frecuentes y diferenciarlas de aquellas más raras que pueden poner en riesgo otros aspectos de su salud además del aspecto neurocognitivo.

Un niño con TEA con más de 1 comorbilidad requerirá mayor grado de ayuda en diferentes ámbitos: familiar, escolar, médico y de rehabilitación.

La inclusión de la atención de niños con TEA en los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón deberá reajustarse para atender sus necesidades físicas, conductuales, emocionales, de salud, y, principalmente, de inclusión familiar y social.

Por otra parte, dadas las múltiples comorbilidades identificadas en los niños con TEA, sería conveniente realizar una valoración de su Calidad de Vida para identificar necesidades principales y general guías clínicas de atención, priorizando aquellos áreas o factores que tengan mayor impacto en ésta.

Como un reto en la atención de esta población se identifica el que al menos la mitad de nuestra población de NNA con TEA no cuentan con la valoración del área de Psicología con el uso de instrumentos Gold Estándar como la CRIDI TEA. Por ello, surge la necesidad de generar estrategias en los procedimientos de atención en el área de Psicología Familiar para agilizar su valoración de manera que a la par, o en el menor tiempo posible, del diagnóstico clínico se tenga el registro de resultados de la aplicación de la CRIDI TEA. Alcanzar este objetivo derivaría en mayor respaldo del diagnóstico o análisis de éste, entre los profesionistas de la salud implicados, cuando no corresponda el diagnóstico clínico a los resultados obtenidos. A este respecto valdría la pena explorar estrategias para dedicar un tiempo exclusivo durante el protocolo de ingreso de estos pacientes para la realización de la CRIDI TEA.

El porcentaje de niños con TEA sindrómico identificado en el estudio (48%) supero el rango reportado en la literatura, entre el 11 y 37%. Entre las causas reportadas de los casos de TEA sindrómico se mencionan: 2 por micro elección; el

resto, por síndrome de Angelman, síndrome de Temple, encefalopatía epiléptica y del desarrollo tipo 5 y síndrome de X frágil.

Se reporta en la literatura como causa del TEA sindrómico la epilepsia. Sin embargo, también se refiere que los datos recogidos respecto a la relación epilepsia/autismo, son poco claros, incluso contradictorios. Esta falta de claridad y considerando que los NNA atendidos se encuentran en la Clínica de Lesión Cerebral se decidió no considerarla como causa del TEA sindrómico sino como comorbilidad.

Finalmente, es importante considerar que la muestra del estudio esta sesgada, pues al ser el CRIT un Centro de referencia a la atención a la discapacidad, no refleja en su totalidad a la población en general con TEA. En la mayoría de los casos, el motivo de atención inicial no fue relacionado a la intervención por TEA sino por padecer otro tipo de discapacidades, siendo esto una de las razones por las cuales el porcentaje de NNA con TEA sindrómico fue mayor que el reportado en la literatura.

#### CONCLUSIONES.

Entre los resultados de este estudio destacan:

1. Los niños atendidos en el periodo indicado, en las Clínicas de Lesión Cerebral (GMFCS del I al IV) y Estimulación Temprana fueron 329. En 48 de ellos, 15% de la población total, se estableció como un diagnóstico adicional el Trastorno del Espectro Autista (TEA).
2. El mayor porcentaje (58%) de ellos está integrado a la Clínica de Lesión cerebral GMFS I-III.
3. El Trastorno del Espectro Autista es más frecuente en hombres en comparación a las mujeres
4. La prevalencia de NNA con TEA fue mayor en las edades de 6, 7 y 8 años.
5. El nivel socio económico (NSE) asignado a las familias que predominó fue 1.
6. De los 48 niños con tal diagnóstico, 34 fueron hombres (70%) y 14 mujeres (30%).
7. Las áreas de Psiquiatría y Psicología son quienes con mayor frecuencia señalan el diagnóstico de TEA.

8. Al 60% de la población estudiada aún no se le ha realizado la evaluación diagnóstica de este trastorno, con el instrumento de valoración correspondiente (CRIDI TEA. Entrevista de Diagnóstica para Trastornos del Espectro Autista). En su mayoría la determinación del diagnóstico ha sido por clínica, por el médico especialista.
9. Los usuarios atendidos presentaron más de una condición de discapacidad. Con mayor frecuencia se identificaron 4 padecimientos adicionales.
10. Entre las comorbilidades con mayor frecuencia señaladas, se mencionan discapacidad intelectual; parálisis cerebral, epilepsia, retardo global del desarrollo y alteración de la mecánica de la deglución.
11. De los 48 NNA con TEA, 23 de ellos (48% de la población del estudio) caen en la categoría de TEA sintomático. De éstos sólo se ha establecido la causa de 6, de los demás se refiere en estudio.
12. Entre las causas reportadas de los casos de TEA sintomático se mencionan: 2 por microelección; el resto, por síndrome de Angelman, síndrome de Temple, encefalopatía epiléptica y del desarrollo tipo 5 y síndrome de X frágil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albores L.; Escoto-López, J.; Torres G.; Carmona B.; Solís-Bravo M.; Tapia L.; Vargas-Rizo, T.; Sarmiento E.; Villareal G.; Rojas-Miranda F.; Castro K.; Suárez-Ponce de León, I.; Borrayo E.; Hernández A.; Catalán-Nava, A.; Escudero-Monteverde, R.; Gatica-Hernández, A.; Flores Y.; Navarro-Luna, E.; Chávez-Dosal, J.; Moreno de Ibarra, M.; Aguerre-Estévez, R.; Alonzo-Alonzo, J.; Arce S.; Gonzalez, W; Moreno-Granados, J.; Guerrera, L.; Valencia-Amado, L.; Constanza M. y Suarez J, (2019). Validity of the Diagnostic Interview "CRIDI - Autism Spectrum Disorders as the gold standard for autism evaluation in Latinos and Mexicans". *Neuropsiquiatría* 9(1), 2047-2055. Recuperado de: <https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/validity-of-the-diagnostic-interview-cridi-autism-spectrum-disorders-as-a-gold-standard-for-the-assessment-of-autism-in-latinos-an-12916.html>
- Álvarez E. (2007) Trastornos del espectro autista. *Revista Mexicana de Pediatría*, 74 (6), 269-276. Recuperado de: <https://www.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp076g.pdf>
- American Psychological Association (APA). (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Cinta M; Almeida, N. (2016). El enfoque neuropsicológico del Autismo: Reto para comprender, diagnosticar y rehabilitar desde la Atención Temprana. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11 (2). 34-39 Universidad del Desarrollo Santiago, Chile. Recuperado de: <https://www.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/1793/179348853007.pdf>

Fernández-Mayoralas, M.; Fernández-Perrone, A; Fernández-Jaén, A., (2013). Trastornos del espectro autista. *Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología*. *Acta Pediatr Esp.*; 71(18) e217-223, Madrid España. Recuperado de: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=116758&indexSearch=ID>

Filipek A., Accardo J., Barenek T., Cook H., Dawson G, Gordon B, Gravel, C.P., Johnson C.; Kallen R.; Levy E., Minshew J, Ozonoff S, Prizant M, Rapin I, Rogers J, Stone L., Teplin S, Tuchman F, Volkmar R.. (1999). The screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *J Autism Developmental Disorders* 29 (6):439-484. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10638459/>

García C.; González L.; Campos J.; Martínez A.; Sánchez C. y Muros N. (2022). Prevalencia y Epidemiología del Autismo. *Interpsiquis 2022. XXIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-10-2022-22-pos16.pdf>

Giordano F. (2017). Autismo Sindrómico o Secundario. *Revista Pediátrica Elizalde*. 8 (1,2).

Guía Clínica. Trastornos Generalizados del Desarrollo (2018); publicada por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

J. Artigas-Pallarés, E. Gabau-Vila, M. Guitart-Feliubadaló (2005). Autismo sindrómico: II. Síndromes genéticos asociados al autismo. *Revista Neurológica*, 40 (1) 143 – 149. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15736079/>

López S.; Rivas R.; Taboada E. (2009) Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41 (39) 555-570. Universidad de Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <https://www.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11.pdf>

- Mandell S, Ittenbach F, Levy E, Pinto-Martin A. (2007). Disparidades en los diagnósticos recibidos antes de un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. *J. Autismo. Dev. Disord.* 37(9), 1795-802. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17160456/>
- Medina Alva MDP, Caro-Kahm I., Muñoz Huerta P, Leyva Sánchez J, Moreno Calixto J, Vega Sánchez SM. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32 (3) 565-573. Perú. Recuperado de: <https://www.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a22v32n3.pdf>
- Montagut M.; Mas R.; Fernández I.; Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista: una revisión. *Escritos de Psicología*. Vol. 11 (1). 42-54. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1989-38092018000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1989-38092018000100005)
- Rogel-Ortíz J. (2005) Autismo. *Gaceta Medica Mex.* Vol. 141 (2). Recuperado de: [https://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132005000200009&script=sci\\_abstract](https://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132005000200009&script=sci_abstract)
- Volkmar R, Lord C, Bailey A. (2004) Autismo y trastornos generalizados del desarrollo. *Child Psychol Psychiatry.* 45(1), 135-170 Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14959806/>