

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN EL ESTADO MÉRIDA-VENEZUELA. MARZO 2020-FEBRERO 2021.

Antonio José Uzcátegui Vielma (1), Yumaira Isabel Moreno (2)

Recibido: 08-04-2021

Aceptado: 07-07-2021

Resumen

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por la triada de Wing (alteraciones en la comunicación, interacción social y flexibilidad e imaginación) (OMS 2019). Cuando se habla de espectro se entiende como una condición que no se limita a un conjunto específico de valores, es decir, los valores dentro de un espectro pueden no estar asociados con números o definiciones cuantificables con precisión, sino que implican una amplia gama de condiciones o comportamientos agrupados y estudiados bajo un solo título para facilitar la discusión. **Metodología.** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo cuyo objetivo fue describir las características clínicas de los TEA que acudieron a la consulta de neuropsiquiatría en diferentes Instituciones sanitarias de Mérida-Venezuela durante Marzo 2020-Febrero 2021. **Resultados.** El grupo etario que acudió en mayor proporción fueron los preescolares, los casos diagnosticados como leves en un 63,3% y moderados 34,9%. **Discusión.** Existe la tendencia cultural de creer que el autismo es una condición exclusiva de niños, que los casos severos son los más frecuentes, por lo tanto su abordaje se ve limitado por estas creencias, cuando esta condición no produce disfunción importante en sus contextos no son referidos para ser ayudados por atención especializada. **Conclusión.** Para su diagnóstico se debe tomar criterios clínicos, referencias verbales de padres y representantes, verbales y escritas de docentes, psicólogos, terapeutas, entre otros.

Palabras clave: Trastornos del espectro autista, neurodesarrollo, comunicación, interacción social, inflexibilidad, imaginación, preescolares.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER (TEA) IN THE STATE OF MÉRIDA-VENEZUELA. March 2020-February 2021.

ABSTRACT

Introduction. Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by Wing's triad (alteration in communication, social interaction, flexibility and imagination) (WHO 2019). When speaking of spectrum it is understood as a condition that is not limited to a specific set of values, that is, the values within a spectrum may not be associated with precisely quantifiable numbers or definitions, but rather imply a wide range of conditions or behaviors grouped and studied under a single title to facilitate discussion. **Methodology.** A quantitative, descriptive, transversal and prospective study was carried out. The objective was to describe the clinical characteristics of patients with ASD who visit the neuropsychiatric office at different health institutions in Mérida, Venezuela, during March 2020-February 2021. **Results.** The age group that attended in greater proportion was that of preschoolers. Cases were diagnosed as mild in 63.3% and moderate in 34.9%. **Discussion.** There is a cultural tendency to believe that autism is an exclusive condition of children, and that severe cases are the most frequent; therefore, its approach is limited by beliefs like the fact that, when this condition does not produce significant dysfunction in their contexts, they are not referred to be helped by specialized care. **Conclusion.** For its diagnosis, clinical criteria, verbal references from parents and representatives, verbal and written references from teachers, psychologists, therapists, among others, must be considered.

Keywords: Autism spectrum disorder, neurodevelopment, communication, social interaction, inflexibility, imagination, preschoolers.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un desorden que se ha caracterizado desde sus primeras descripciones por la denominada triada de Wing (alteración de la comunicación, alteraciones en la interacción social y alteraciones en la flexibilidad e imaginación) (1,2). Cuando se habla de espectro se entiende como una condición que no se limita a un conjunto específico de características clínicas, es decir, estas características dentro del espectro están asociadas al área del des-

arrollo comprometida e intensidad de las mismas, no están asociados con números o definiciones cuantificables con precisión, si no que implican una amplia gama de comportamientos agrupados y estudiados bajo un solo título para facilitar la discusión, en este sentido, se han modificado algunos criterios diagnósticos a través de los años, como se describen en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (del inglés; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)), publicado por la American Psychiatric Association, en su última versión (DSM-5 de mayo de 2013) (3-5). Los criterios diagnósticos actuales se basan en los siguientes:

1. Déficit persistente en la comunicación y la interacción social en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente en el presente o en el pasado.

2. Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos, actualmente o en el pasado.

- (1) Médico especialista en Puericultura y Pediatría, Neuropsiquiatría del I.A.H.U.L.A.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5568-0291> / anuzvi@hotmail.com
- (2) Médico especialista en Puericultura y Pediatría, intensivista pediatra del Seguro social de Mérida.
ORCID:

Los síntomas deben presentarse desde un periodo temprano del desarrollo, aunque durante el crecimiento del individuo se observa que cada paciente puede tener síntomas diferentes, es decir, no siempre presentan los mismos síntomas en la diferentes área comprometidas, sin embargo, cursan con deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, académico, laboral y profesional, e incluso en otros ámbitos del funcionamiento (en el caso del TEA del adulto). La ausencia de un marcador biológico específico para el diagnóstico y detección de los TEA, la evaluación diagnóstica se basa en la conducta del individuo con el objetivo de identificar el conjunto de síntomas y signos que constituyen dicho cuadro clínico (4,5).

Existe una amplia variedad de pruebas y evaluación estandarizadas en función de la edad y de sus capacidades, las que incluyen: pruebas de Weschler, escalas Mullen de Aprendizaje Temprano, escalas Revisadas Merrill-Palmer o las Escalas Bayley pueden resultar de gran utilidad (6). Existen otras pruebas clínicas como las medidas de cribado para identificar niños que estén en riesgo, cuestionario de edades y etapas como segunda edición (ASQ), inventario de desarrollo del niño (CDIs), perfil de desarrollo de comunicación y conductas simbólicas (7). Se nombran otras pruebas que busquen específicamente los síntomas de autismo, como la lista de chequeo de Autismo para Niños, M-CHAT lista de chequeo de Autismo para niños-modificada, lista de chequeo de conductas Autistas [Autism Behavior Checklist] (ABC), entre otras. (6,7).

La Escala de Evaluación del PDD (desórdenes del desarrollo)/Cuestionario Investigativo, es un instrumento de investigación experimental basado en los criterios DSM-IV para el autismo o la denominada triada de Wing (alteración de la comunicación, alteraciones interacción social y alteraciones en la flexibilidad e imaginación) (8), que plantea que para ser diagnosticado como autista, debe reunir los criterios siguientes; rasgos autistas como lista en la escala y divididos en 3 áreas de discapacidad (social, lenguaje y de comportamientos).

Actualmente se basa en el DSM-V para identificar y clasificar los TEA, pese a que ha generado variedad de controversias (9-11), el objetivo del presente trabajo consiste en describir las características clínicas de los TEA que acuden a la consulta de neuropsiquiatría en diferentes Instituciones sanitarias de Mérida-Venezuela durante el año 2020-2021.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo de los pacientes en edad pediátrica con clínica de TEA que acudieron a la consulta de neurología infantil en diferentes instituciones de atención médica de Mérida-Venezuela durante marzo 2020-febrero 2021. Se ofreció la consulta de atención neuropsiquiátrica, durante la entrevista con los padres se recogió las principales características clí-

nicas de los casos con TEA, posteriormente se realizó el test, prueba o escala de evaluación de desórdenes del desarrollo/cuestionario investigativo (PDD) (8). Aunque este es un instrumento investigativo experimental que requiere un diagnóstico de autismo establecido tradicionalmente, se realizó el test a todos los pacientes con sospecha de TEA, una vez finalizada la escala de evaluación se realizó la entrevista a los padres y representantes para tomar datos sobre qué aspectos eran más importantes o les llamaba más la atención de su niño. Posterior a esta recolección de datos, se procesó la información mediante técnicas estadísticas (descriptivas e inferenciales) para explicar las características clínicas particulares de cada caso.

RESULTADOS

En los diferentes centros asistenciales, clasificados en consulta privada, semi-privada (Hospital San Juan de Dios de Mérida) y pública (Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes I.A.H.U.L.A.), se evaluaron 109 pacientes referidos a la consulta de neuropsiquiatría entre marzo de 2020 y febrero 2021, en edades comprendidas entre los dos años y menores de 16 años, observándose 86 (78,89%) pacientes del sexo masculino y 23 (21,10%) del femenino, razón de masculinidad de 3,73. El grupo etario que acudió en mayor proporción a la consulta fueron los Preescolares, seguido por los escolares y adolescentes. Tabla 1.

Cuando se indagó sobre la aceptación de los padres del diagnóstico de TEA en sus hijos, 65 (59,63%) refirieron estar conscientes de su condición y 44 (40,36%) se negaron al momento de la entrevista o cuando se les dio a conocer el diagnóstico. Ahora bien, al momento de referir la presencia de un familiar diagnosticado o tener la sospecha del algún familiar con TEA el 89% refirió antecedentes de un familiar con diagnóstico o sospecha de TEA. Tabla 2.

En la evaluación de los antecedentes familiares, se realizó el test diagnóstico a padres en la consulta, se preguntó sobre familiares diagnosticados y personas integrantes con conductas compatibles con TEA. Tabla 3.

A los pacientes evaluados se les aplicaron las pruebas PDD, las cuales se correlacionaron con las áreas del desarrollo comprometido según la triada de Wing, se observó que la media y la mediana oscilan alrededor de 89 pts. de la escala, con una desviación estándar de la media de 23,99 pts., sin embargo, al relacionarlas con las áreas del desarrollo comprometidas su desviación estándar y error estándar no presentó variabilidad estadísticamente significativa. Ahora bien, se observó mayor compromiso de la interacción social. Tabla 4.

Para la clasificación del espectro autista según la escala de evaluación PDD y las áreas del desarrollo comprometidas, se observó mayor número de casos clasificados como autismo leve con 63%, moderado 34,9% y severo 0,9%. Solo un caso fue negativo para autismo a su evaluación. Para la clasificación según la severidad el área de mayor compromiso fue en dificultades en la interacción social. Tabla 5 y 6.

Tabla 1. Distribución de los sujetos en estudio según sexo, grupo etario y tipo de centro de salud.

Pacientes evaluados (N=109)		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	p-valor
Genero	Femenino	23 (21,10%)	88,04	31,157	6,497	,870
	Masculino	86 (78,89%)	89,19	21,903	2,362	
Grupo etario (años)	2 a 6	60 (55,04%)	92,48	22,732	2,935	,129
	7 a 11	36 (33,02%)	86,86	26,365	4,394	
	≥ 12	13 (11,92%)	78,38	20,386	5,654	
Tipo de centro de salud	Público	17	87,94	22,810	5,532	,947
	Privado	66	88,70	26,653	3,281	
	Semi-privado	26	90,23	17,429	3,418	

Nota: Para la variable sexo se utilizó la prueba t de muestras independientes y para las variables grupos de edad y tipo de centro de salud se utilizó la prueba ANOVA unifactorial.

Tabla 2. Escala de Evaluación del PDD según aceptación y antecedentes familiares. Prueba t de Student de muestras independientes.

Escala de Evaluación del PDD (N=109)		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	p-valor
Aceptación de los padres	Si	65 (59,63%)	87,71	25,030	3,105	,515
	No	44 (40,36%)	90,77	22,524	3,396	
Antecedentes familiares	No	20 (18,34%)	83,30	24,221	5,416	,246
	Si	89 (81,65%)	90,21	23,892	2,533	

Nota: Para las variables aceptación de los padres y antecedentes de familiares se utilizó la prueba t de muestras independientes.

Tabla 3. Características de los principales antecedentes familiares en los sujetos de estudio.

Relación familiar con el paciente N=89	Diagnóstico realizado por consulta médica	Conductas sugestivas de TEA
Padre	11 (12,36%)	20 (22,47%)
Madre	5 (5,61%)	14 (15,73%)
Hermanos	18 (20,22%)	----
Familiares por línea paterna	----	32 (35,95%)
Familiares por línea materna	----	26 (29,21%)

Tabla 4. Puntaje en la escala de evaluación del PDD y las áreas del desarrollo comprometidas en los sujetos de estudio.

N=109	Escala de Evaluación del PDD	Dificultades de interacción social (DIS)	Atraso del lenguaje y del habla (ALH)	Juego anormal, simbólico o imaginario (JASI)
Media	88,94	36,91	26,04	26,00
Error estándar de la media	2,298	,781	,905	1,001
Mediana	89,00	37,00	27,00	26,00
Desviación estándar	23,991	8,157	9,446	10,453
Mínimo	33	18	5	4
Máximo	155	55	53	48

Tabla 5. Distribución de la clasificación de los TEA según la escala de evaluación del PDD y las áreas del desarrollo comprometidas en los sujetos de estudio.

N=109	No Nº (%)	Leve Nº (%)	Moderado Nº (%)	Severo Nº (%)
PDD	1 (0,9)	69 (63,3)	38 (34,9)	1 (0,9)
DIS		56	30	1
ALH		3	4	----
JASI		2	1	----
DIS+ALH		5	1	----
DIS+JASI		2	2	----
DIS+ALH+JASI		1	0	----

PDD: Escala del desarrollo, DIS: Dificultades en la interacción social, ALH: Atraso del lenguaje y del habla, JASI: Juego anormal y simbólico.

Tabla 6. Escala de Evaluación del PDD según alteración de la comunicación, alteración en la interacción social, alteraciones en la flexibilidad e imaginación. Prueba t de Student de muestras independientes.

Escala de Evaluación del PDD (N=109)		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	p-valor
Alteración de la comunicación	No	99	89,78	23,215	2,333	,256
	Si	10	80,70	30,901	9,772	
Alteración en la interacción social	No	92	92,25	23,903	2,492	<,001(*)
	Si	17	71,06	15,254	3,700	
Alteraciones en a flexibilidad e imaginación	No	106	89,16	23,940	2,325	,580
	Si	3	81,33	30,006	17,324	

(*) Existen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$)

DISCUSIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de patologías caracterizadas porque inician precozmente en el periodo del desarrollo del niño (11), son identificadas por lo general antes de comenzar la pre-escolaridad y escolaridad, presentar deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional (12). El rango o espectro de los déficits del desarrollo varían desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia (2,3,13,14).

Los TEA se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos, incluidos la reciprocidad social y comportamientos comunicativos no verbales (lenguaje no verbal o corporal) usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del TEA requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de

tipo restrictivo o repetitivo (1-5, 13-15, 16-20).

En los últimos años, las frecuencias descritas para el TEA en Estados Unidos y otros países ha llegado cerca del 1 % de la población, con estimaciones parecidas en las muestras infantiles y de adultos. No está claro, si las tasas más altas reflejan la expansión de los criterios diagnósticos del DSM-V para incluir los casos sub-umbrales, un aumento de la conciencia del trastorno, las diferentes metodologías de estudio o un aumento real de la frecuencia del TEA (4,5,15-18). En el trabajo presentado se evaluaron 109 pacientes referidos a la consulta de neuropediatría a los diferentes centros asistenciales, perteneciendo a los diferentes estratos sociales y poder adquisitivo. Un factor limitante en la recolección de la muestra fue la asistencia escasa de pacientes al sistema público debido a que

el inicio de la toma de la muestra coincidió con la pandemia actual que obligó el cierre de las consultas asistenciales, además que, los niños no acudieron a los centros educativos, permaneciendo en sus casas, limitando el contacto social que dificultó la identificación de alteraciones en la interacción social, por estas razones, se cree que se pudieron identificar más casos con TEA.

En cuanto a los aspectos diagnósticos relacionados con el género, los TEA se diagnostica cuatro veces más en el sexo masculino que en el femenino (19). En las muestras clínicas, las niñas tienden a tener más probabilidades de presentar discapacidad intelectual acom-

pañante, lo que sugiere que, en las niñas, sin deterioro intelectual acompañante o retrasos del lenguaje, el trastorno podría no reconocerse, quizás por ser más sutil la manifestación de las dificultades sociales y de comunicación (4,5,17-20). En el estudio presentado predominó el sexo masculino, razón de masculinidad de 3,73, es decir, se diagnosticaron 4 varones por cada 1 hembra evaluada.

Entre los aspectos genéticos y fisiológicos, las estimaciones de la heredabilidad del TEA varían entre el 37 y más del 90 %, basándose en la tasa de concordancia entre gemelos. Actualmente, hasta el 15 % de los casos de TEA parece asociarse a una mutación genética conocida, siendo muchas las variantes de novo, del número de copias y las mutaciones de novo en genes específicos que se asocian al trastorno en las diferentes familias. Sin embargo, incluso si el TEA está asociado a una mutación genética conocida, ésta no parece ser completamente penetrante. El riesgo en el resto de los casos parece ser poligénico, quizás con centenares de loci genéticos que realizan contribuciones relativamente pequeñas. (4,5). En el estudio presentado, aunque solo se trata de antecedentes sin

estudio genético previo, se describe antecedentes en 89 (81,65%), de los cuales se realizó el diagnóstico en la consulta a 16 padres, 34 tenían clínica sugestiva de TEA, con antecedentes de familiares clínicamente compatible con TEA no diagnosticados, sumado a esto, existe la tendencia cultural de creer que el autismo es una condición exclusiva de niños y por lo tanto no es investigado en adultos, si esta condición no produce disfunción importante en sus contextos o áreas de desempeño no ameritará la ayuda especializada. Tabla 3.

Otros de los aspectos diagnósticos relacionados es la cultura. Aunque existen diferencias culturales respecto a la normalidad de la interacción social, la comunicación no verbal y las relaciones, los individuos con TEA tienen una alteración marcadamente distinta de la normalidad dentro de su contexto cultural. Diversos factores culturales y socioeconómicos pueden afectar a la edad del reconocimiento o del diagnóstico; por ejemplo, en Estados Unidos pueden producirse diagnósticos tardíos o infra-diagnósticos del TEA entre los niños afroamericanos (4,5). Uno de los factores culturales que se investigó en este estudio fue el grado de aceptación de los padres, un poco menos de la mitad presentó negación al momento de realizarse el diagnóstico o en consultas previas, casi el 60% aunque presentaron las fases relativas al duelo tenían mayor aceptación. Esto es importante para el inicio de la atención integral de los niños con TEA, sin embargo, se debe realizar más estudios a profundidad relacionados con este tema.

Las características conductuales del TEA comienzan a ser evidentes en la primera infancia, presentando algunos casos falta de interés por la interacción social durante el primer año de vida, otros niños presentan una paralización o una regresión del desarrollo con deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o el uso del lenguaje durante los primeros 2 años de vida (4,5,18-20). En el presente estudio se observó que el grupo etario que mayormente acudió fue los preescolares. Esto se explica porque el niño comienza sus relaciones sociales con sus pares en las unidades educativas. El docente y el equipo multidisciplinario al identificar anomalías procede a referir para la consulta, aun cuando, no se han identificado como TEA. En esta etapa que es la preparación para la introducción a la escolaridad, ya se identifican conductas atípicas (estereotipias, impulsividad, aislamiento), problemas de comunicación, lenguaje, inflexibilidad, entre otras.

El grupo que no acudió fue menores de 2 años, debido a que no se identifican oportunamente los signos de alarma para TEA (llanto irritable, hipersensibilidad sonora, trastornos del sueño, entre otros), los niños en casa no han iniciado la socialización en contextos diferentes a los familiares o por sus características clínicas los padres lo asocian a malcriadez, consentimiento, sobreprotección, entre otros.

En la edad escolar y en la adolescencia su referencia fue menor debido que ya se han identificado previamente en la edad preescolar, presentan características clínicas sub-umbrales que no permitieron ser identificados previamente o no re-

cibieron una referencia oportuna. Tabla 1.

Los especificadores de gravedad pueden utilizarse para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría estar por debajo del nivel 1), con el reconocimiento de que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar en el tiempo. La gravedad de las dificultades para la comunicación social y de los comportamientos restringidos y repetitivos se debería evaluar por separado. Las categorías de gravedad descriptivas no se deberían utilizar para determinar la elegibilidad y la provisión de servicios; éstas sólo se pueden desarrollar a nivel individual y a través de la discusión de las prioridades y los objetivos personales. (4,5,17). Para la clasificación del TEA según la escala de evaluación PDD utilizadas al relacionarlas con las áreas del desarrollo comprometidas, se observó mayor número de casos clasificados como autismo leve, seguidos por los casos moderados y solo uno un fue negativo para autismo en su evaluación. Es importante aclarar que los niveles del TEA tienen que ver con la independencia que tiene el paciente.

Las características principales del TEA son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D). (4,5,19). En el estudio realizado se utilizó una escala que divide las características clínicas según la triada de Wing, lo cual difiere con la clasificación actual del DSM-V, aquí se identificó que el área de mayor compromiso fue en dificultades de la interacción social. Tabla 5. Ahora bien, las áreas donde se evidenció mayor compromiso en la interacción social según la clasificación de severidad del test y asociado a los criterios clínicos empleados, (aunque estamos de acuerdo con la clasificación actual del DSM-V de unificar la interacción social y la comunicación), fueron el lenguaje y comunicación, ya que ambos son necesarias e interactuantes para el desempeño e integración social, es decir, no hay una comunicación acorde si no hay un adecuado lenguaje y habla, no hay una integración adecuada si no hay reciprocidad en la comunicación, el lenguaje es fundamental para el desarrollo del pensamiento, entre otros factores. Otro factor importante que se puede observar en la tabla 5, es que según el grado de afectación del área del desarrollo (interacción social, lenguaje y habla, inflexibilidad, juego simbólico), la predominancia de la alteración de una sobre la otra, produce la gran diversidad de sintomatología clínica conformando lo que llamamos la variedad en el espectro clínico. Por ejemplo, según el test realizado, se observó solo un caso donde los puntajes fueron similares en las tres áreas estudiadas descritas por Wing, sin embargo, la profundidad de los ítems evaluados determinaron autismo leve, aun así, en la experiencia clínica diaria generalmente se observa que los síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano, pero la gran mayoría de los niños con el crecimiento y

su proceso madurativo mejoran gran parte de ellos, sobre todo en los casos leves, pasando a una etapa sub-umbral como lo denomina la Asociación Americana de Psiquiatría 2013 (4,5). Muchas veces el funcionamiento cotidiano no está tan limitado o no produce disfunción en su contexto que amerite mayor intervención, pero sí se observa problemas en el desarrollo de su contexto personal como dificultad para iniciar interacciones sociales, respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social, poco interés en las interacciones sociales, problemas para identificar y transmitir sentimientos y emociones.

CONCLUSIÓN

Los TEA son un trastorno del neurodesarrollo, que se caracteriza según la clasificación del DSM-V porque los pacientes presentan: deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, estos síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo, que causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. (4,5,21,22).

La valoración de los pacientes con TEA debe ser integral, tomando criterios clínicos observados directamente en la consulta, referencias verbales de padres y representantes, referencias verbales y escritas de docentes, psicólogos, terapeutas, entre otros, en su estudio se puede complementar con diversos test de cribado y específicos para TEA, sin embargo, aunque son muy sensibles son pocos específicos, por lo que se deben siempre complementar con los criterios clínicos, sobre todo a la hora de determinar pronóstico.

El test empleado en este estudio aunque queda desactualizado con respecto a la nueva clasificación de los TEA según el DSM-V, es práctico para la valoración de las diferentes áreas de desarrollo que se comprometen en los niños con TEA, observándose que no son un trastorno exclusivamente severo, ya que hay predominancia de los casos leves, los cuales muchas veces no son diagnosticados e identificados oportunamente, por lo que las personas con esta condición presentan disfunción social, personal y emocional en su vida.

Entre los aspectos más importantes de este trabajo se observa que hay una franca predominancia del sexo masculino y en los preescolares, no se encuentra adscrita a un estrato social específico, aproximadamente la mitad de los padres entran en una fase de negación al conocer el diagnóstico que interfiere con la pronta intervención del niño y el 81,65% presentan antecedentes de familiares.

RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar a las autoridades sanitarias sobre la importancia de abordaje de los TEA, ya que hay reportes que

describen que se está convirtiendo en un problema de salud pública

2. La valoración integral es importante para un diagnóstico y tratamiento certero, involucrando la valoración clínica, test estandarizados, pruebas de cribado, referencias de los padres, valoraciones psicológicas, entre otros.
3. Realizar campañas de sensibilización para el diagnóstico temprano y oportuno de los niños con TEA.
4. Romper con mitos de que los TEA son trastornos profundos, sensibilizando sobre la identificación de los casos leves o sub-umbrales.
5. Referencia oportuna de los TEA que entran en la edad adulta a los servicios de neurología general para su seguimiento.

REFERENCIAS

1. OMS. [página web en Internet]. Trastornos del espectro autista. [actualizado 2021; citado 12 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
2. Mohammadi MR, Ahmadi N, Khaleghi A, Zarafshan H, Mostafavi SA, Kamali K et al. Prevalence of Autism and its Comorbidities and the Relationship with Maternal Psychopathology: A National Population-Based Study. Arch. Iran. Med. 2019; 22(10):546-553.
3. Li X, Liu G, Chen W, Bi Z, Liang H. Network analysis of autistic disease comorbidities in Chinese children based on ICD-10 codes. BMC. Med. Inform. Decis. Mak. 2020; 20(1):268.
4. Centro de Investigación Bio-médica En Red de Salud Mental (CIBERSAM). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. España 2014. pp. 50-59.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Ed. Arlington. Estados Unidos 2013.
6. Montiel C. Evaluación de los trastornos del espectro autista. En Sociedad venezolana de Neurología. Trastornos del Espectro Autista. Una Visión Multidisciplinaria Editores Sociedad Venezolana de Neurología. Caracas 2013. pp.69-83.
7. Barthélémy C, Fuentes J, Howlin P, Rutger van der Gaag. Personas con Trastorno del Espectro del autismo. Identificación, comprensión, intervención. Editorial Autismo Europe. Donostia / San Sebastián, España 2019. 38p.
8. Grossmann R. Escala de Evaluación del PDD / Cuestionario Investigativo. [homepage de página principal en Internet]. New Hyde Park, NY: Child Neurology, Dr. Rami Grossmann; [actualizado 2021; citado 12 ene 2021]. Disponible en: <http://www.micerebro.com/services/autismo/escala-de-evaluacion-del-pdd-cuestionario-investigativo/>
9. Espinoza E, Mera P, Toledo D. Trastorno del espectro autista: Clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. Med. 2018; 26(1):34-44. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v26n1/0121-5256-med-26-01-34.pdf>
10. Giambattista C, Ventura P, Trerotoli P, Margari M, Palumbi R, Margari L. Subtyping the Autism Spectrum Disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. J Autism. Dev. Disord. 2019; 49(1): 138-150. [citado 20 ene 2021]. Disponible en:

- https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-018-3689-4
11. Jerez S, Silva H. DSM-5. Análisis y controversias. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 2014; 52(1):55-61. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiqu.pdf
12. Martos J, Riviere A. Relación entre indicadores pronósticos y desarrollo a largo plazo en sujetos autistas. *Actas del V Congreso Internacional de Autismo-Europa 1998, La esperanza no es un sueño.* [citado 12 ene 2021]. Disponible en: <https://www.autisme.com/autisme/documents/Relacion-entre-indicadores-pronosticos-y-desarrollo-en-sujetos-autistas.pdf>
13. Murdoch S. Recent developments in the genetics of autism spectrum disorders. *Current. Opinion in Genetics & Development* 2013; 23(3):310-315. [citado 16 ene 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959437X1300021X>
14. Mayada E, Gauri D, Yun-Joo K, Young S, Shuaib K, Marcín C: et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism. Research.* 2012; 5(3): 160–179. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/aur.239>
15. Maisonneuve H, Floret D. Wakefield's affair: 12 years of uncertainty whereas no link between autism and MMR vaccine has been proved. [serie en Internet]. [actualizado 28 de junio 2012; citado 12 ene 2021]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748860>
16. Rodríguez-Barrionuevo A, Rodríguez-Vives M. Diagnóstico clínico del autismo. *Rev. Neurol.* 2002; 34(1):S72-S77. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2002012>
17. Volkmar F, Paul R, Klein A, Cohen D. Assessment. In: Volkmar F, Paul R, Klin A, Cohen D, (editores). *Eds. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Vol 2. Tercera edición. John Wiley & Sons Inc. New York 2005, pp. 707-729. [citado 18 ene 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/402372772/Capitulo4Autismo>
18. Filipek P, Accardo P, Ashwal S, Baranek G, Cook E, Dawson G: et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Neurology 2002; 55:468. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: <https://n.neurology.org/content/55/4/468>
19. Hervás A, Balmaña N. Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatr. Integral.* 2017; 21(2):92–108. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/03/n2-092-108_AmaiaHervas.pdf
20. Hervás A, Rueda I. Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro Autista. *Rev. Neurol.* 2018; 66: S31-S38. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2018031>
21. De la Jara J, David-Gálvez P. Actualización Trastorno de Espectro Autista. *Revista Chilena de Epilepsia* 2017; 17(2):19-28. [citado 21 ene 2021]. Disponible en: <http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/wp-content/uploads/2017/10/Revista-Epilepsia-2017-2.pdf>
22. Poppes P, Van Der Putten A, Vlaskamp C. Frequency and severity of challenging behavior in people with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal* 2010; 31(6):1269-1275. [citado 15 ene 2021]. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?q=several+and+profound+disabilities+and+behavior&id=EJ900337>