

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA,
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



TESIS:

Comparación de las Clasificaciones Diagnósticas del DSM-IV y DSM-5
para identificar autismo.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

Jessica Karemt Heredia Salazar

TUTORA:

Dra. Lilia Albores Gallo

A handwritten signature in black ink, appearing to read "L. Albores".

CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Jessica Karemt Heredia Salazar

Correo electrónico: karemtheredia@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliaalbores@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Juan N. Navarro

RESUMEN

Antecedentes: Los trastornos del espectro autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo, de inicio en la infancia que se caracterizan por deficiencias en las habilidades de comunicación social intereses restringidos y problemas sensoriales. Estos se incluyeron en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) por primera vez, en 1980. Desde entonces, los criterios diagnósticos cambian con cada actualización, modificando la epidemiología del autismo.

Objetivo: Comparar las categorías diagnósticas del DSM-IV y el DSM-5 en el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. (HPIJNN)

Material y métodos: Se utilizó la entrevista CRIDI- TEA en una población de niños que recibieron atención en el HPIJNN por sospecha diagnóstica de TEA. Se comparó la frecuencia de este diagnóstico, utilizando los criterios DSM-IV y DSM5 para comparar las cualidades diagnósticas del DSM-IV en comparación con el DSM5. Utilizamos medidas de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN).

Resultados y conclusiones: Se recabó la información de 84 participantes. La entrevista CRIDI para los criterios DSM-IV tuvo una Sensibilidad=0.88 y una Especificidad= 0.98 para detectar casos positivos de autismo de acuerdo con los criterios diagnósticos DSM-5. VPP=0.95 y el VPN= 0.95. En esta investigación se encontró que ambos criterios son confiables para el diagnóstico de TEA. Utilizar la entrevista CRIDI permite considerar ambos criterios para hacer un diagnóstico más riguroso.

Términos MeSH: Autism Spectrum Disorder, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Pervasive Child Developmental Disorders

INDICE GENERAL

<u>I.</u>	ABREVIATURAS.....	5
<u>II.</u>	INTRODUCCIÓN.....	6
<u>III.</u>	MARCO TEÓRICO.....	8
<u>IV.</u>	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
<u>V.</u>	JUSTIFICACIÓN	12
<u>VI.</u>	HIPÓTESIS	12
<u>VII.</u>	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	12
	General.....	12
	Específicos.	13
<u>VIII.</u>	MATERIAL Y MÉTODOS	13
	Tipo de diseño.....	13
	Muestra	13
	Criterios de selección	13
	Inclusión	13
	Exclusión	13
	Eliminación.....	13
	Variables.	13
	Procedimiento	15
	Instrumentos de medición	16
	Análisis estadístico.....	17
<u>IX.</u>	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
<u>X.</u>	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	18
<u>XI.</u>	RESULTADOS.....	19
	Generalidades.....	19
	Hallazgos según los resultados de la entrevista CRIDI.....	20
<u>XII.</u>	DISCUSIÓN	20
<u>XIII.</u>	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
<u>XIV.</u>	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	23
<u>XV.</u>	REFERENCIAS.....	24
<u>XVI.</u>	ANEXOS	28
	Anexo 1. Carta de aprobación por el Comité de investigación del Hospital Psiquiátrico ...	28
	Anexo 2. Carta de aprobación por el comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto actual.....	29
	Anexo 3. Formato de consentimiento informado	30

Anexo 4. Formato CRIDI TEA	32
Anexo 5. Carta de aprobación por el comité de ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro”, para el proyecto general.....	42

ÍNDICE TABLAS.

Tabla 1. Variables de estudio.....	14
Tabla 2. Diagnóstico realizado con CRIDI- DSM IV vs. Diagnóstico TEA por DSM-5.....	20

ÍNDICE FIGURAS.

Figura 1 . Diagrama de flujo de las actividades realizadas para llevar a cabo la investigación.....	16
Figura 2 Distribución etaria de los pacientes ingresados al estudio	19

ÍNDICE TABLA ILUSTRACIONES.

ABREVIATURAS

- **DSM 5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición.
- **DSM IV:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales 4ta Edición
- **TEA:** Trastorno del Espectro Autista
- **TGDNE:** Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado
- **CRIDI-TEA:** Entrevista de Diagnóstico para Trastornos del Espectro Autista

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos del espectro autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo, de inicio en la infancia que se caracterizan por deficiencias en las habilidades de comunicación social intereses restringidos y problemas sensoriales.

En su etiología se reconocen factores etiológicos como genéticos, epigenéticos y ambientales. El primero en describir esta condición fue Leo Kanner en 1943, pero su inclusión dentro del Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en su tercera versión (DSM-III) ocurrió hasta 1980. Desde entonces, se aprecian cambios en los criterios diagnósticos y la clasificación de los subtipos de autismo en cada actualización de los manuales diagnósticos de psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En el manual estadístico y diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en su quinta versión (DSM-5), publicada en el año 2013. Se introdujo el término de “trastornos del espectro autista” modificando el grupo diagnóstico de “trastornos generalizados del desarrollo”. También se realizaron cambios en los criterios diagnósticos, ya que en el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Psiquiátricos en su cuarta versión revisada (DSM-IVR) publicado en el año 2000, se contemplaban tres dominios de síntomas: Interacción social, Comunicación y Conductas restrictivas y repetitivas; a cambio, en el DSM-5 se consideran únicamente 2 dominios sintomáticos: comunicación social y patrones conductuales, intereses o actividades restringidos y/o repetitivos. Dentro del grupo de trastornos generalizados del desarrollo en el DSM-IVR se describían los subtipos “trastorno autista”, “trastorno de Asperger” y el “trastorno generalizado del desarrollo sin especificar”; estos se fusionaron en una sola categoría de trastornos del espectro autista en el DSM-5. Este cambio se dio bajo el supuesto de que el modelo de 2 factores de autismo conceptualizaba mejor este grupo de trastornos.

En los estudios realizados desde la publicación del DSM-5 comparando la eficacia diagnóstica de este manual y su predecesor, se encontró que el DSM-5 permite una mayor especificidad en el diagnóstico, pero excluye a pacientes con cuadros subsindrómicos o con síndrome de Asperger.

La mayoría de los estudios se realizaron en países desarrollados; sin embargo, en México, a conocimiento de la autora de esta investigación, no existen investigaciones que permitan dilucidar las diferencias entre ambas categorías diagnósticas descritas previamente. Por este motivo, el objetivo es evaluar la eficacia diagnóstica del DSM-IVR y DSM-5 para comparar estas herramientas con el fin de conocer cuál es el mejor parámetro diagnóstico en niños mexicanos.

MARCO TEÓRICO

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia caracterizado por un fenotipo conductual de fallas en la comunicación social, y conductas estereotipadas (1). Leo Kanner fue el primero en describir esta condición en el año 1943 y describió los síntomas centrales del autismo: deficiencias en la comunicación, dificultades en la interacción social y las relaciones interpersonales, así como la presencia de conductas e intereses restringidos y repetitivos (2). Después de varias publicaciones sobre series de casos que describían los síntomas del autismo, en 1956, Kanner y Eisenberg publicaron los primeros criterios diagnósticos para esta condición. Una consideración relevante de estos criterios diagnósticos es que se basaron en la observación clínica de niños con el cuadro descrito, a diferencia de otros trastornos psiquiátricos en niños que, en ese tiempo, se apoyaban en los criterios diseñados para los adultos (3).

La prevalencia del TEA se estima en el 1.5% en los países desarrollados a nivel global (4). En general, en países de Latinoamérica se estima una prevalencia menor, que va del 0.17% al 1.3% (5, 6, 7). En México, la prevalencia estimada es de 0.87% (8). La aparición de los primeros síntomas del TEA surge alrededor de los 3 años; aunque el diagnóstico suele realizarse hasta la etapa escolar, que es cuando se manifiesta la sintomatología del cuadro en su totalidad. Se estima que el ratio es de 4:1 a favor del sexo masculino; sin embargo, esta proporción hombre: mujer disminuye conforme avanza la gravedad del cuadro clínico (9). El TEA se acompaña de discapacidad intelectual en el 30% de los casos, y con problemas de la atención en un 40% de los casos (10,11). En el 15% de los casos es posible vincular el TEA a una condición genética subyacente: Síndrome de X frágil, Esclerosis Tuberosa, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman y el síndrome de Timothy (12,13).

Actualmente se sabe que existe una contribución genética clara al desarrollo del TEA. Sin embargo, la heterogeneidad fenotípica y genotípica en los individuos que padecen esta condición, orientan que los modelos multifactoriales para explicarla (14). Estudios en gemelos comprueban la influencia de la genética sobre la aparición del TEA. Los estudios de gemelos, la concordancia es del 70 al 90% en gemelos monocigóticos, y alrededor del 30% en gemelos dicigóticos (15,16). En hermanos no gemelos la concordancia va del 3 al 19%. Asimismo, se

encuentra que la concordancia entre hermanos es dos veces mayor que en medios hermanos, lo que contribuye a considerar el peso de los factores genéticos sobre la génesis del TEA. La anomalía cromosómica que se replica con mayor frecuencia en los estudios de pacientes con esta condición es la duplicación de 15q11q13 (13,17, 18, 19). Es de notar que existen numerosos genes en dicha región que están implicados en el funcionamiento cerebral, incluyendo GABRA5, GABRB3, que están relacionados con los receptores de ácido-gamma-amino-butírico (GABA) (20, 21, 22); UBE3A y HERC2, relacionados con el complejo del proteosoma (23, 24); y SNRPN, relacionado con la proteína N pequeña asociada a la ribonucleoproteína nuclear (25).

El diagnóstico de TEA es esencialmente clínico; y la identificación temprana juega un rol importante en el pronóstico de los pacientes que lo padecen (26). Su primera aparición en las clasificaciones diagnósticas de psiquiatría fue en el DSM-III en el año 1980 (27) y contaba con 2 categorías diagnósticas distintas: Autismo infantil y Trastorno generalizado del desarrollo de inicio en la infancia. Posteriormente en el DSM-III-R, publicado en 1987, se postuló el modelo triádico para explicar el cuadro clínico del autismo, incluyendo déficits en la comunicación, alteraciones en la interacción social (28). Este modelo triádico se mantuvo hasta el DSM-IV-R; con el cambio de la aparición de la clasificación diagnóstica denominada “trastornos generalizados del desarrollo” donde se incluía el trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, síndrome de Rett, y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGDNE) (29). Sin embargo, en el año 2013, se publicó el DSM-5 donde se realizaron importantes cambios tanto en las categorías diagnósticas, como en los criterios. Se agruparon todas las subcategorías de los “trastornos generalizados del desarrollo” del DSM-IV-R, en un solo grupo diagnóstico “Trastornos del Espectro Autista”. De igual manera, en el DSM-5 se modificó el modelo sintomático a una díada: Comunicación social y patrones conductuales restrictivos y repetitivos; se agregó la presencia de anomalías sensoriales como criterio diagnóstico y el criterio de retraso en el lenguaje pasó a ser especificador igual que la edad de inicio del trastorno (30). Los cambios realizados a través del tiempo en el diagnóstico de autismo tienen importantes implicaciones en el diagnóstico y la epidemiología de esta condición (31). Desde el 2013, se publicaron diversos estudios, que comparan el uso del DSM-IV-R y el DSM-5, con la intención de determinar sus cualidades diagnósticas para el TEA.

Los estudios demuestran resultados mixtos concluyendo que son necesarios más estudios para entender las implicaciones de usar una u otra categoría diagnóstica. (32, 33). Sin embargo, existen autores que plantean que los criterios del DSM-5 son más útiles para la detección de individuos con autismo, independientemente del subtipo, suponiendo un modelo clínico más robusto, pero más sensible (34, 35).

En el año 2014, Harstad y colaboradores (34) realizaron una investigación en la que participaron 227 niños en los que se realizó una evaluación a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV y del DSM-V con la finalidad de determinar las propiedades psicométricas de cada uno de los criterios diagnósticos. En este estudio, Harstad encontró que el DSM-5 poseía propiedades psicométricas superiores al DSM-IV, con un Índice de ajuste comparativo (IAC) para el DSM-5 de 0.97, en comparación con el DSM-IV que arrojó un IAC de 0.879. También reportaron un menor cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-5 en infantes con menor edad (34).

Smith y colaboradores (32) publicaron una revisión sistemática en el año 2015 con la finalidad de realizar un análisis comparativo entre los criterios diagnósticos DSM-IV contra los DSM-5. En dicha investigación se encontró que del 50 al 75% de los pacientes evaluados a través del DSM-5 mantienen el diagnóstico previamente realizado con el DSM-IV. Un hallazgo relevante que mencionan los autores en este trabajo es que los pacientes que quedaron excluidos del diagnóstico de TEA en el DSM-5, tenían un Coeficiente Intelectual (CI) mayor a 70, o contaban con el diagnóstico de TGDNE o Trastorno de Asperger (32).

Más recientemente, en el 2019, Kulage y colaboradores (33) publicó una investigación en la que se realizó una revisión sistemática de la literatura y un metaanálisis, recabando la información de los artículos publicados en los 5 años posteriores a la publicación del DSM-5. En dicha investigación, se encontró que la reducción en el diagnóstico era variable, de acuerdo a los artículos revisados; sin embargo, la mayoría de las investigaciones reportó una disminución del 0 al 25% en el diagnóstico de TEA al aplicar los criterios del DSM-5, en comparación con los del DSM-IV, con una media de 10%. Coincidiendo con la investigación realizada por Smith años antes, Kulage encontró que la reducción en el diagnóstico del TEA

fue a expensas del diagnóstico de TGDNE, con una reducción estimada del 46%; y del Trastorno de Asperger, con una reducción estimada del 23% (33).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien existen investigaciones previas que realizaron la comparación entre la clasificación diagnóstica del DSM-IVR contra el DSM-5 para el diagnóstico de autismo, a conocimiento de la investigadora que suscribe, no existen publicaciones con este análisis comparativo en población mexicana. Dadas las características culturales de nuestra región, es relevante determinar si los hallazgos que se describen en la literatura con respecto a las cualidades diagnósticas del DSM-5 son replicables en los niños mexicanos. Bajo esta premisa, la pregunta de investigación es ¿Es el DSM-5 una herramienta diagnóstica superior al DSM IVR para identificar TEA en población infantil?

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación proporcionará información sobre la clasificación del DSM-5 para el TEA y sus implicaciones diagnósticas en la población mexicana, lo que permitirá determinar si esta es una herramienta con las cualidades diagnósticas necesarias para utilizarse en niños que viven en México, y como ha afectado el cambio de la clasificación diagnóstica del DSM-IVR al DSM-5 en la identificación temprana del TEA.

HIPÓTESIS

El DSM-5 contará con una mayor sensibilidad y especificidad que el DSM-IV en el diagnóstico de autismo.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General.

- Comparar las cualidades diagnósticas del DSM-IV y el DSM-5 en el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Específicos.

- Determinar la sensibilidad y especificidad del DSM-IV para el diagnóstico de autismo.
- Determinar la sensibilidad y especificidad del DSM-5 para el diagnóstico de autismo.
- Analizar las diferencias de la sensibilidad y especificidad de ambas categorías diagnósticas.
- Determinar la proporción de pacientes diagnosticados con TEA a través del DSM-5 en comparación con el DSM-IVR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño.

- Estudio transversal, retrospectivo, analítico y observacional.

Muestra.

Este estudio se basa en un análisis secundario de datos sobre la validación de la entrevista de diagnóstico CRIDI-TEA realizada en Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN)

Criterios de selección.

Inclusión.

- Niños y niñas de 2 a 17 años que acudan al servicio de admisión continúan del HPIJNN con la sospecha diagnóstica de autismo.

Exclusión.

- Que los padres nieguen su consentimiento para la participación en esta investigación

Eliminación.

- Niños cuyos padres no hubiesen completado las entrevistas diagnósticas.

Variables.

En la tabla número 1 se enuncian las variables del estudio.

Tabla 1. Variables de estudio.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
SEXO	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras de una especie que distingue a los machos de las hembras de una especie	Hombre/Mujer	Nominal, Dicotómica
EDAD	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo vivido expresado en años y meses.	Cuantitativa Discreta
COEFICIENTE INTELLECTUAL	Cifra que indica el nivel de inteligencia de una persona a partir de pruebas estandarizadas	Clasificación del Coeficiente intelectual de acuerdo al puntaje obtenido en la prueba <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad intelectual • Coeficiente intelectual límite • Coeficiente intelectual normal • Coeficiente intelectual superior 	Nominal, Categórica
DIAGNÓSTICO DSM-IV	Recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición	Cobertura de los criterios diagnósticos del DSM-IV para un diagnóstico de los Trastornos generalizados del desarrollo, incluyendo Trastorno Autista, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.	Nominal categórica
DIAGNÓSTICO DSM-V	Recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición	Identificación de una enfermedad a través de un proceso de evaluación médica.	Nominal, Dicotómica
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	Identificación de una enfermedad a través de un proceso de evaluación médica.	Diagnóstico de autismo confirmado por un psiquiatra experto a través de la evaluación clínica.	Nominal, Dicotómica

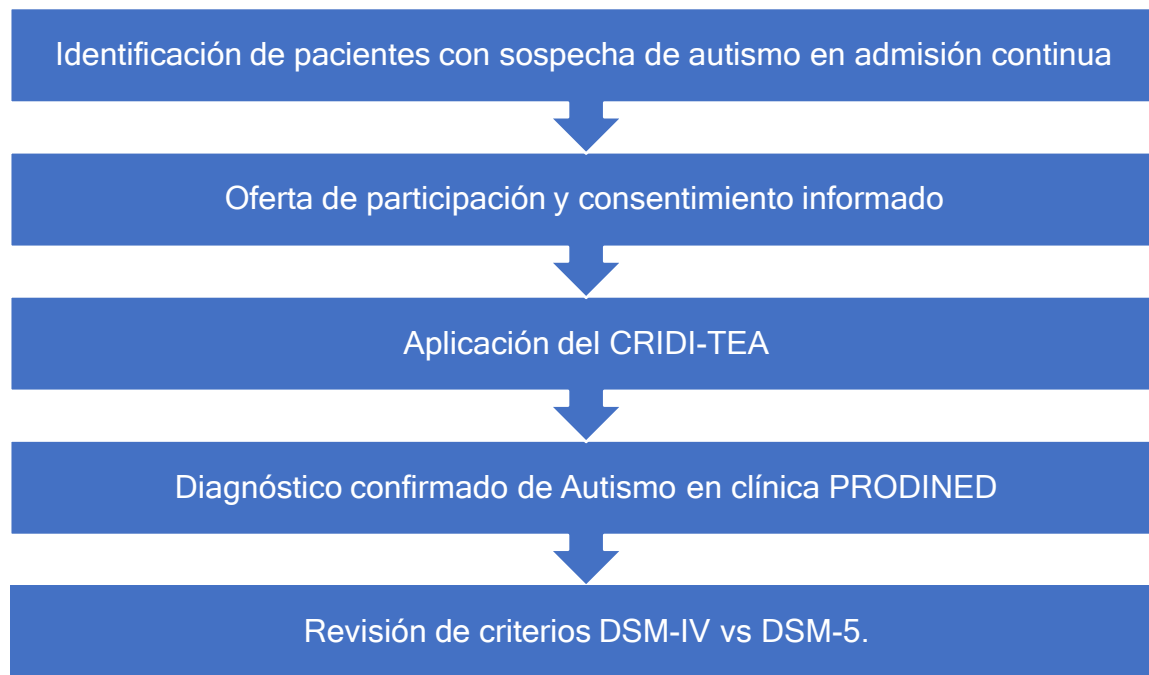
Procedimiento.

El presente proyecto forma parte de la línea de investigación titulada: “Validación de la Entrevista semiestructurada como estándar de oro para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista”, cuyo investigador principal es la Dra. Lilia Albores Gallo, fue aprobado por el comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro “y está registrado con el número II1/01/0517 (Anexo1). El proyecto actual cuenta con el número de registro II1/02/0307/Th (Anexo 2).

Para la realización de esta investigación se pretende identificar a aquellos pacientes que, durante su evaluación en admisión continua, cuenten con la sospecha de un trastorno del espectro autista. Ante la sospecha, se ofreció participar en esta investigación, a través de un formato de consentimiento informado, a los padres del infante.

Posterior a su aceptación, se procedió a aplicar por parte del médico o la investigadora principal de este protocolo, una lista de los criterios diagnósticos de autismo basados tanto en el DSM-IV como el DSM-5 con la finalidad de remarcar aquellos criterios que se vean cumplidos y si, a través de esta lista de criterios cumplen para el diagnóstico. Posteriormente, los pacientes fueron enviados a la clínica de PRODINED para la confirmación diagnóstica por parte de un paidopsiquiatra experto en autismo. La información correspondiente al sexo, la edad y el coeficiente intelectual fueron obtenidos del expediente clínico, bajo el entendido que estos datos son registrados en todos los pacientes que reciben atención en la clínica previamente mencionada (Figura 1). Posteriormente, los datos recabados serán colocados en una tabla de Excel, y para su análisis se realizarán pruebas estadísticas en el programa SPSS en su versión 25.0. Si aplico Consentimiento, referir e integrar en los anexos (Anexo 3).

Figura 1 . Diagrama de flujo de las actividades realizadas para llevar a cabo la investigación.



Instrumentos de medición.

Entrevista CRIDI TEA (Criterios Diagnósticos de los Trastornos del Espectro Autista) (Albores et. al 2019): referir e integrar en el anexo (Anexo 4)

Es una entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV y DSM-5 incluyendo un reactivo que explora sensibilidad sensorial inusual para poder cumplir con todos los criterios del DSM-5 y los especificadores que describen la discapacidad intelectual, nivel de lenguaje, edad de inicio etc. Consta de 29 preguntas organizadas en las tres dimensiones de los criterios del DSM-IV que son: 1.-Problemas de reciprocidad social 2.- Comunicación y 3.- Conductas repetitivas e intereses restringidos y estereotipados, y sensibilidad sensorial inusual. Los reactivos se suman y recodifican para establecer el diagnóstico según los algoritmos del DSM-IV, DSM-5 y del CIE 10 (36).

Este instrumento fue diseñado y validado para la población infantil mexicana en el año 2019 por Albores y colaboradores. En el estudio de validación se encontró una buena consistencia interna, con alfa de Cronbach de 0.9, la confiabilidad inter - evaluador con un índice de correlación intraclase de 0.91. La validez discriminante para el diagnóstico de autismo vs. TDAH es de 0.86. El coeficiente de Kappa de la entrevista CRIDI fue de $k= 0.82$, con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95% (36).

En la sección de anexos se colocará dicho instrumento. El resto de los datos será obtenido a través del expediente clínico de cada paciente.

Análisis estadístico.

Se utilizaron medidas descriptivas de tendencia central para los datos obtenidos de todos los pacientes, calculará la sensibilidad y especificidad tanto del DSM-IV como del DSM-5 para el diagnóstico de autismo, así como el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo.

Se empleo chi cuadrada para determinar si existen diferencias en el diagnóstico entre los grupos etarios usando ambas clasificaciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La información requerida de los pacientes para el desarrollo de la presente investigación será realizada de acuerdo con los lineamientos para la investigación biomédica en seres humanos en la declaración de Helsinki (59a Asamblea General, Seúl, Corea octubre del 2008), así como el reglamento de la ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en México (DOF: 02/04/2014).

El presente trabajo corresponde a una investigación sin riesgo acorde a la ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, título segundo (De los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos), capítulo I, Artículo 17, que define a tales estudios como sigue: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales

de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El proyecto general fue aprobado por el comité de Ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (Anexo 5)

Previo a la inclusión de los sujetos en el estudio, les será explicado los objetivos de la misma y la metodología. Serán informados sobre su derecho a decidir acerca de su participación en la investigación, sin que lo anterior sea motivo de discriminación en ningún momento. Posteriormente se les solicitará la firma del consentimiento informado.

La información obtenida en esta investigación será conservada con la misma exactitud que la proporcionen los participantes, y no será por ningún motivo divulgada o utilizada con otro fin diferente a los objetivos propuestos en el protocolo de investigación descrito. Asimismo, se tomarán medidas pertinentes con la finalidad de evitar la filtración de la información obtenida, la cual será manejada únicamente por los investigadores involucrados en este estudio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	ABRIL 2020	JUNIO 2020	JULIO 2020	AGOSTO 2020/ MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021	JUNIO 2021
Integración a línea de investigación							
Preparación del anteproyecto							
Revisión de anteproyecto							
Presentación y revisión de anteproyecto							
Revisión de base de datos							

Hallazgos según los resultados de la entrevista CRIDI.

Los resultados de sensibilidad y especificidad de la entrevista CRIDI usando los criterios del DSM-IV de autismo, demostró una sensibilidad del 0.88 y una especificidad de 0.98 para detectar casos positivos de autismo usando como estándar de oro los criterios diagnósticos del DSM-5. Al calcular los valores predictivos, se encuentra un valor predictivo positivo (VPP) de 0.95 y un valor predictivo negativo (VPN) de 0.95. Lo anterior se consigna en la tabla 2.

Tabla 2. Diagnóstico realizado con CRIDI- DSM IV vs. Diagnóstico TEA por DSM-5.

	TEA DSM-5 Negativo	TEA DSM 5 Positivo	Total
CRIDI DSM-IV Negativo	21 (25%)	1 (1.19%)	22 (26.19%)
CRIDI DSM-IV Positivo	3 (3.5%)	59 (70.23%)	62 (73.7%)
Total	24 (28.5%)	60 (71.4%)	84 (100%)

DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en población mexicana, con la participación de 84 niños en un rango de edad de 2 a 17 años, que acuden al servicio de Admisión Continua del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. De acuerdo con la información recabada en los datos sociodemográficos, es de importancia señalar que la edad promedio de los participantes fue de 81.3 meses (6.7 años). Si partimos del hecho de que estos pacientes acudieron llevados por sus tutores a una consulta de primera vez a la institución donde fue realizada esta investigación, tendríamos que tomar en cuenta que la media reportada de la edad en la que los niños con TEA reciben por primera vez atención especializada por sospecha diagnóstica, se encuentra entre los 3 y los 5 años; esto equivale a, por lo menos, 1 año de retraso en el diagnóstico en los participantes de nuestra investigación (37, 38).

Lo anterior puede tener múltiples explicaciones, tales como la falta de acceso a los servicios de salud, particularmente en el contexto actual en el que nos encontramos derivado de la contingencia sanitaria por SARS-CoV-2, la pobre difusión acerca de los trastornos de salud mental en la población y el rezago en la actualización y capacitación en las herramientas de diagnóstico en el personal de salud, principalmente en el primer nivel de atención, a fin de canalizar a los menores con factores de riesgo a una evaluación especializada. Por ejemplo, en un estudio realizado en Ecuador, Chávez y colaboradores (39) encontraron que la mayoría de los padres detectaba signos de alarma alrededor de los 3 años del menor; sin embargo, se limitaron las intervenciones tempranas tras no obtener un diagnóstico certero y tener la necesidad de acudir con múltiples especialistas, siendo el paidopsiquiatra el último de la lista.

Otro aspecto relevante es la proporción entre el sexo masculino y el sexo femenino, siendo que, de acuerdo con los resultados obtenidos, un 81.7% de la muestra correspondía a varones, y un 17.5% a niñas. Lo anterior concuerda con la prevalencia reportada a nivel mundial, misma que describe que ésta es de 4 a 5 veces mayor en hombres (40).

En esta ocasión, se empleó la entrevista CRIDI, la cual considera tanto los criterios DSM en su cuarta y quinta versión, para determinar si los participantes cumplían criterios para un Trastorno del Espectro Autista (TEA), acorde al DSM-5. De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó una sensibilidad del 0.88 y una especificidad de 0.98 usando los criterios diagnósticos DSM-IV para diagnosticar TEA. En el 2013, con la publicación del DSM-5, la comunidad psiquiátrica se mostraba expectante ante las modificaciones que se realizaron en la categoría diagnóstica que nos ocupa, siendo que se eliminaron los subtipos (ej. Síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado), se fusionaron algunas dimensiones como las referentes a la comunicación social y al lenguaje y se incorporó a las sensaciones corporales como un área de afectación (41).

Por ello, se tenía la incertidumbre de si los pacientes que previamente habían sido diagnosticados con esta entidad seguirían cumpliendo criterios para ella, o bien, si serían excluidos, con la consecuente repercusión en su atención, seguimiento y pronóstico. Bajo esta premisa, Huerta y colaboradores llevaron a cabo una investigación en la que se propusieron aclarar la incógnita planteada anteriormente. Tras estudiar cohortes de pacientes

que habían recibido diagnósticos de TEA, y equiparlos con los criterios actuales, determinaron que la sensibilidad de los criterios del DSM-5 es de 0.90, comparada con la de los diferentes diagnósticos que se incluían en el DSM-IV, que corresponde a Trastorno Autista, Síndrome de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo, con sensibilidades de 0.92, 0.96 y 0.96, respectivamente (41). La especificidad del DSM-5 fue de 0.53, mientras que la del DSM-IV, en lo que respecta al síndrome de Asperger en particular, fue de 0.34 (42). Algo relevante de esta investigación es que el uso de la entrevista CRIDI considera los criterios tanto del DSM-IV como del DSM-5 lo que presumiblemente podría ayudar a cubrir las deficiencias que se han atribuido a ambos sistemas de clasificación diagnóstica en estudios previos.

Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra el tamaño muestral, siendo que se reclutaron un total de 84 participantes, que, comparado con otros estudios, es pequeña. Por ejemplo, en las cohortes que emplearon Huerta y colaboradores (41) se estima una N de alrededor de 4,453 menores, por lo que se corre el riesgo de que no logre ser representativa de una población global. De igual manera, dentro de los criterios de inclusión se especificó que se les propondría participar a aquellos menores que tuviesen la sospecha clínica de autismo por parte de algún médico, por lo que no se realizó una prueba de tamizaje a todos aquellos que recibieron atención en el servicio de Admisión Continua del HPIJNN, reduciendo la posibilidad de detección oportuna, representando un sesgo en la selección. Finalmente, no se realizó un análisis de la información y/o de los potenciales resultados de las entrevistas estructuradas de los usuarios que ingresaron con una sospecha diagnóstica de TEA, pero que, por diversos motivos, no obtuvieron un diagnóstico concluyente.

Una fortaleza de esta investigación es el hecho de que se realizó exclusivamente en población mexicana. Esto enriquece el acervo de información disponible en torno al TEA en México y contribuye al desarrollo de programas destinados a trabajar con personas que no pertenecen al grupo de personas “neurotípicas” y ayuda a visibilizar y realizar un adecuado tamizaje de estos individuos, para su detección temprana. Debemos continuar fomentando la investigación en el entorno clínico de nuestro país para conocer las necesidades en salud pública, y de esta manera diseñar intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas, haciendo un óptimo manejo de los recursos tanto económicos, como humanos

que se tienen disponibles, particularmente en el contexto actual en el que la demanda de atención se ha disparado por los cambios sociodemográficos que ha sufrido México, derivados de la contingencia sanitaria por SARS-CoV-2 y las dificultades económicas que orillan a que sean cada vez más personas las que acudan a una institución pública de salud. Por otro lado, contribuye a afianzar las similitudes en cuanto a sensibilidad y especificidad para los criterios diagnósticos en las dos últimas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), brindando certeza para que el clínico sea capaz de estructurar el plan terapéutico y pronóstico individualizado para sus pacientes. Finalmente, el protocolo confirma la utilidad de la entrevista semiestructurada denominada CRIDI para realizar el diagnóstico de TEA, tomando en cuenta los criterios de ambas versiones de dicho sistema de clasificación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La entrevista CRIDI es una herramienta útil para el diagnóstico de trastornos del espectro del autismo. Al utilizar ambas categorías diagnósticas, contando el DSM-IV y el 5, garantiza una cobertura más amplia del diagnóstico. Esta investigación apoya el cuerpo de evidencia que presume que los criterios diagnósticos DSM-IV y 5 son relativamente estables, y permiten un adecuado ejercicio diagnóstico para los pacientes con TEA con buena sensibilidad y especificidad. Si bien existen diferentes posturas ante el uso de los criterios diagnósticos DSM-5 y DSM-IV, en esta investigación concluimos que el uso de ambas clasificaciones es útil para diagnosticar TEA.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Como se mencionó en el apartado de la discusión, una de las limitaciones es el tamaño muestral, y la falta de inclusión de grupo control para determinar el poder diagnóstico de especificidad con mayor claridad.

REFERENCIAS

1. Sanchack KE. Primary Care for Children with Autism Spectrum Disorder [Internet]. Vol. 94. 2016. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccinesafety/>
2. Mukherjee SB. Autism Spectrum Disorders — Diagnosis and Management. Vol. 84, Indian Journal of Pediatrics. Springer India; 2017. p. 307-14.
3. Matson JL. Handbook of Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder [Internet]. New York: Springer International Publishing; 2016. Available from: <http://www.springer.com/series/8665>
4. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*. 2015 Feb 12;45(3):601-13.
5. Paula CS, Ribeiro SH, Fombonne E, Mercadante MT. Brief report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011 Dec;41(12):1738-42.
6. Lejarraga H, Menendez AM, Menzano E, Guerra L, Biancato S, Pianelli P, et al. Screening for developmental problems at primary care level: A field programme in San Isidro, Argentina. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2008 Mar;22(2):180-7.
7. Montiel-Nava C, Peña JA. Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study. *Autism*. 2008 Mar;12(2):191-202.
8. Fombonne E, Marcin C, Manero AC, Bruno R, Diaz C, Villalobos M, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016 May 1;46(5):1669-85.
9. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*. 2017 Mar 20;38(1):81-102.
10. Redfield RR, Kent CK, Leahy MA, Martinroe JC, Spriggs SR, Yang T, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. 2018.
11. Matson JL, Cervantes PE. Commonly studied comorbid psychopathologies among persons with autism spectrum disorder. Vol. 35, *Research in Developmental Disabilities*. Elsevier Inc.; 2014. p. 952-62.
12. Devlin B, Scherer SW. Genetic Architecture in Autism Spectrum Disorder. *Current Opinion*

- in Genetics and Development. 2012 Jun;22(3):229-37.
13. Veltman MWM, Craig EE, Bolton PF. Autism spectrum disorders in Prader-Willi and Angelman syndromes: a systematic review. *Psychiatric Genetics* [Internet]. 2005;15:243-54. Available from: <http://www.silverplatter.com/erl/web->
 14. Wiśniowiecka-Kowalnik B, Nowakowska BA. Genetics and epigenetics of autism spectrum disorder—current evidence in the field. Vol. 60, *Journal of Applied Genetics*. Springer Verlag; 2019. p. 37-47.
 15. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*. 2011 Nov;68(11):1095-102.
 16. Rosenberg RE, Kiely Law ; J, Yenokyan G, Mcgready J, Kaufmann WE, Law PA. Characteristics and Concordance of Autism Spectrum Disorders Among 277 Twin Pairs [Internet]. Vol. 163, *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009. Available from: <http://archpedi.jamanetwork.com/>
 17. Hogart A, Wu D, LaSalle JM, Schanen NC. The comorbidity of autism with the genomic disorders of chromosome 15q11.2-q13. Vol. 38, *Neurobiology of Disease*. 2010. p. 181-91.
 18. Kwasnicka-Crawford DA, Roberts W, Scherer SW. Characterization of an autism-associated segmental maternal heterodisomy of the chromosome 15q11-13 region. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007 Apr;37(4):694-702.
 19. Isles AR, Ingason A, Lowther C, Walters J, Gawlick M, Stöber G, et al. Parental Origin of Interstitial Duplications at 15q11.2-q13.3 in Schizophrenia and Neurodevelopmental Disorders. *PLoS Genetics*. 2016 May 1;12(5).
 20. Bucan M, Abrahams BS, Wang K, Glessner JT, Herman EI, Sonnenblick LI, et al. Genome-wide analyses of exonic copy number variants in a family-based study point to novel autism susceptibility genes. *PLoS Genetics*. 2009 Jun;5(6).
 21. Mahdavi M, Kheirollahi M, Riahi R, Khorvash F, Khorrami M, Mirsafaie M. Meta- Analysis of the Association between GABA Receptor Polymorphisms and Autism Spectrum Disorder (ASD). Vol. 65, *Journal of Molecular Neuroscience*. Springer New York LLC; 2018.
 22. Noroozi R, Taheri M, Ghafouri-Fard S, Bidel Z, Omrani MD, Moghaddam AS, et al. Meta-analysis of GABRB3 Gene Polymorphisms and Susceptibility to Autism Spectrum

- Disorder. *Journal of Molecular Neuroscience*. 2018 Aug 1;65(4):432-7.
23. Puffenberger EG, Jinks RN, Wang H, Xin B, Fiorentini C, Sherman EA, et al. A homozygous missense mutation in *HERC2* associated with global developmental delay and autism spectrum disorder. *Human Mutation*. 2012 Dec;33(12):1639-46.
 24. Vatsa N, Jana NR. *UBE3A* and its link with autism. Vol. 11, *Frontiers in Molecular Neuroscience*. Frontiers Media S.A.; 2018.
 25. Li H, Zhao P, Xu Q, Shan S, Hu C, Qiu Z, et al. The autism-related gene *SNRPN* regulates cortical and spine development via controlling nuclear receptor *Nr4a1*. *Scientific Reports*. 2016 Jul 19;6.
 26. Berg KL, Acharya K, Shiu CS, Msall ME. Delayed Diagnosis and Treatment Among Children with Autism Who Experience Adversity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018 Jan 1;48(1):45-54.
 27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition) DSM-III*. Washington; 1980.
 28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. Washington: American Psychiatric Association; 1987. 567.
 29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 2000.
 30. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* [Internet]. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2013. Available from: www.appi.org
 31. King M, Bearman P. Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology*. 2009;38(5):1224-34.
 32. Smith IC, Reichow B, Volkmar FR. The Effects of DSM-5 Criteria on Number of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015 Aug 27;45(8):2541-52.
 33. Kulage KM, Goldberg J, Usseglio J, Romero D, Bain JM, Smaldone AM. How has DSM-5 Affected Autism Diagnosis? A 5-Year Follow-Up Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019;
 34. Harstad EB, Fogler J, Sideridis G, Weas S, Mauras C, Barbaresi WJ. Comparing Diagnostic Outcomes of Autism Spectrum Disorder Using DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015 May 1;45(5):1437-50.

35. Lord C, Bishop SL. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015 Mar 28; 11(1):53-70.
36. Albores-Gallo, L., Escoto Lopez, J. J., Suarez, G. T., Ruiz, B. C., Solis Bravo, M. A., Tapia Guillen, L. G. Salazar, J. S. (2019). Validity of the Diagnostic Interview CRIDI - Autism SpCectrum Disorders as a Gold Standard for the Assessment of Autism in Latinos and Mexicans. *Neuropsychiatry*, 9 (1); 2047-2055
37. Albores-Gallo, L. et. al. "Dificultades en la evaluación y diagnóstico de autismo. Una discusión" (2008). *Salud Mental*. Vol. 31. No. 1. México. Obtenido el 18/03/2021 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100006
38. Baird, G., Cass, H., & Slonims, V. (2003). Diagnosis of autism. *British Medical Journal*, 327(7413), 488-493. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7413.488>
39. Chávez, C. et. al. "La determinación social del autismo en población infantil ecuatoriana" (2019) *Rev Cienc Salud*. 2020;18(Especial):1-27. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8993>
40. Sharma, S. et. al. "Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy" (2018). *Pharmacology and Therapeutics* 190(2018) 91-104. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.05.007>
41. Huerta, M. et al. " Application of DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder to three samples of childre with DSM-IV pervasive developmental disorders" ((*Am J Psychiatry* 2012; 169:1056-1064)
42. Tsai, L. "Sensitivity and Specificity: DSM-IV Versus DSM-5 Criteria for Autism Spcetrum Disorder". *Am J Psychiatry* 169:10, October 2012 [10.1176/appi.ajp.2012.12070922](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070922)

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación por el Comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.

Ciudad de México a 12 de julio 2017

Asunto: Aprobación

Oficio: 110

DRA. LILIA ALBORES GALLO,
PRESENTE:

Por este medio le informamos que en relación a su proyecto de investigación titulado “*Validación de la Entrevista semiestructurada como estándar de oro para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista*”, con clave de registro III/01/0517, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación.

Anexo 2. Carta de aprobación por el comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto actual.



Ciudad de México a 11 de febrero de 2021
Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigador responsable
HPIJNN
P r e s e n t e

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: "Entrevista para el diagnóstico de autismo revisada. Validación y adaptación para la población mexicana".
Clave de registro: III/02/0307.

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO:**

Título: "Comparación de las clasificaciones diagnósticas del DSM-IV y DSM-5 para identificar autismo".
Clave de registro: III/02/0307/Th
Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Jessica Karemt Heredia Salazar.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.



Anexo 3. Formato de consentimiento informado.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO
CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES E HIJOS

Título de proyecto

Validación de la Entrevista semiestructurada como estándar de oro para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Departamento de clinimetría de los trastornos del espectro autista del Hospital Psiquiátrico Infantil “ Dr. Juan N. Navarro” dirigido por la Dra. Lilia Albores en colaboración con 5 médicos especialistas en psiquiatría está realizando este proyecto de investigación. El objetivo del estudio es diseñar y validar un instrumento en México con el fin de que sea el estándar de oro en el diagnóstico de trastornos del espectro autista. El estudio se está realizando en este hospital.

Procedimientos:

Si Usted acepta la participación de su hijo(a) en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted** le haremos preguntas sobre los síntomas del espectro autista comunes en pacientes con esta enfermedad. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Lo entrevistaremos en el consultorio de clinimetría ubicado dentro del hospital en un horario de 8:00 a 14:00.
2. **Su hijo(a)** será observado durante la entrevista para corroborar la información proporcionada.
3. Como parte de su participación en el estudio le pedimos nos permita tomar videograbación, con objeto de optimizar tiempo, ya que para la validación del instrumento es necesario que varios expertos evalúen la misma prueba. El material videograbado se utilizará únicamente con fines académicos.

Beneficios: Ni usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando en la detección oportuna de esta enfermedad.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Riesgos Potenciales: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciese sentir un poco incomodo(a), a usted y/o a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en el tratamiento del menor.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador(a) responsable del proyecto con la Dra. Lilia Albores al siguiente número de teléfono 5523162517 o la Dra. Gema Torres Suárez al número 5534345609 o el Dr. José Escotó López 4473473159 o la Dra. Belen Carmona 5534843479. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

Su firma indica su aceptación para que usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Ciudad de México, a _____ de _____ del 2020.

_____ Nombre y firma del responsable legal _____	_____ Nombre y firma del investigador _____
_____ Nombre y firma del testigo 1	_____ Nombre y firma del testigo 2

Anexo 4. Formato CRIDI TEA

CRIDI-TEA Entrevista de Diagnóstico para Trastornos del Espectro Autista

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Fem Masc
 Fecha de hoy: ___/___/___ Expediente: _____ Informante: Mamá Papá Niño presente
 Vive con mamá y papá SI NO Sólo mamá SI NO Sólo papá SI NO #Focos en casa _____
Edad/Ocupación/Escolaridad de los Padres y Antecedentes Psiquiátricos
 Mamá _____ años/prim sec prepa Lic _____
 Papá _____ años/prim sec prepa Lic _____

1. ¿A qué edad comenzó a hablar su hijo(a)? ¿Cuándo inició el habla llegó a decir 5 palabras además de mamá y papá? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿Alguna vez su hijo(a) dejó de decir las palabras que ya había aprendido? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿A qué edad? _____ Describe _____	
3. ¿Cuántas palabras dice (en caso de tener 2 años) o decía a los 2 años? _____ ≤25 <input type="checkbox"/> ≤50 <input type="checkbox"/> >50 <input type="checkbox"/>	
4. ¿A los 3 años usa (en caso de tener 3 años) o usaba frases? P.ej: "Mamá dame pan" SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5. ¿Actualmente, cuántas palabras dice su hijo(a)? (en caso de tener más de 2 años) _____	
6. ¿Su hijo(a) perdió gestos sociales o de intención comunicativa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7. ¿Perdió habilidades motoras (p.ej masticatorias, prensión de objetos o control de esfínteres) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<p>8. ¿Su hijo(a) mira directamente a los ojos de las personas?</p> <p>¿Esa mirada dura más de 2 o 3 segundos?</p> <p>¿Con que frecuencia?</p> <p>¿La mirada es consistente en distintos contextos como el ambiente familiar y escolar?</p>	<p>Mirada social</p> <p>0. Mirada normal que sirve para la interacción social o para comunicar estados de ánimo y que es consistente en distintos ambientes incluyendo a la madre, el padre, los abuelos y miembros de la familia extensa y maestros o visitas</p> <p>1. Mirada infrecuente, muy breve y selectiva, únicamente hacia el núcleo familiar o la mirada es como un barrido rápido desprovista de intención social.</p> <p>2. Evita mirar a los ojos de las personas sólo hace contacto visual si le piden que lo haga. Puede mirar de reojo pero no directamente.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>

<p>9. ¿Su hijo(a) sonríe en respuesta a la sonrisa de Ud. o de otras personas? ¿Sonríe espontáneamente o ud. le tiene que decir que sonría?</p> <p>¿Ha visto si sonríe a los objetos?</p> <p>¿Con que frecuencia?</p> <p>Describe:</p>	<p>Sonrisa social</p> <p>0. Sonríe espontáneamente en respuesta a la sonrisa de la madre, de otros familiares y aún de adultos que no conoce como maestros, visitas y niños.</p> <p>1. ¿Sonríe sólo si la madre se lo pide, o si le hacen cosquillas o con juegos como Onta bebe?, Riquirran, ipsy ipsy araña. La sonrisa es infrecuente.</p> <p>2. No sonríe a otras personas. Puede sonreír para sí mismo pero la sonrisa no va dirigida a las personas para regular las interacciones sociales, o a veces no es claro a qué sonríe. Incluso puede parecer que sonríe a objetos o juguetes.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>10. ¿Su hijo(a) usa gestos faciales para expresar una variedad de emociones? ¿Cuando Ud. lo recoge de la guardería o de la escuela Ud. al verle la carita sabe cómo le fue ese día? ¿Por su gesto Ud. sabe si le fue bien o está cansado, enojado, preocupado, aburrido o contento? ¿O más bien su rostro es serio o inexpressivo y es difícil decir su estado de ánimo?</p>	<p>Gestos para expresar afecto</p> <p>0. Muestra distintos gestos faciales que permiten a los padres saber su estado de ánimo y son adecuados al contexto social</p> <p>1. Tiene un repertorio limitado de gestos. Sólo muestra gestos cuando está muy molesto o muy contento. Sólo los que lo conocen mucho pueden interpretar sus gestos.</p> <p>2. Casi siempre tiene un gesto serio inexpressivo y es difícil saber cuál es su estado de ánimo. O bien sus gestos no corresponden con el contexto social, muestra sonrisas, llanto o gritos inmotivados.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>11. ¿Su hijo(a) utiliza gestos, posturas, movimientos del cuerpo o de las manos para regular o facilitar la interacción social? Asiente y niega con la cabeza Manda besitos, Usa su mano para decir adiós. Junta sus manos como rezando mientras dice "Por favor, por favor" dame permiso, o cómprame Utiliza partes de su cuerpo para darse a entender en las conversaciones.</p>	<p>Gestos Sociales</p> <p>0. Espontáneamente usa su mano para "decir adiós," coordinando la acción con la mirada. Saluda o se despide de mano. Aplauda, manda besitos, asienta con la cabeza para "decir" que si o la mueve lateralmente para "decir" que no.</p> <p>1. Realiza estos gestos sociales si se le pide. Cuando realiza los gestos parecen aprendidos, rígidos. Él/ella voltea su cara en dirección opuesta a las personas mientras mueve la mano para decir adiós, saludar, despedirse de mano aplaudir, o mandar besitos etc.</p> <p>2. Es indiferente a la interacción social.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>

<p>12. ¿Su hijo(a) es capaz de tener juego imaginativo? ¿Imagina a que es un personaje, o hace como que una escoba es una espada? ¿Cómo es su juego?</p> <p>Nota: No califique como juego imaginativo el uso funcional de los objetos. Es decir, la madre puede confundir el juego imaginativo con el juego funcional porque al jugar con su hermana a “la comidita” usa los cubiertos o las tacitas como si estuviera comiendo y bebiendo, pero no imaginando activamente. Tampoco califique como juego imaginativo la simple repetición de escenas de las series o películas o si sólo sigue ordenes de otros niños.</p>	<p>Juego imaginativo</p> <p>0. Juega a que es un personaje como un policía, un superhéroe o doctor. Hace que los cochecitos choquen o que los muñecos hablen entre si o peleen. Usa objetos como un lápiz o regla y dice que es una espada o una pistola.</p> <p>1. Juega siguiendo órdenes de otros niños, pero no imagina activamente ni contribuye inventando situaciones en el juego. Imita personajes de las películas, pero son simples repeticiones de escenas de la película.</p> <p>2. No imagina. Su juego consiste en ordenar carritos u otros objetos Incluso puede negarse a representar <i>ser</i> un personaje o un animal. O aceptar que un objeto represente algo más. Puede decir, pero si los perros no hablan.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>13. ¿Su hijo(a) muestra interés en iniciar y mantener amistad o juegos con otros niños? ¿Se acerca, les habla, intenta jugar con ellos? ¿Mantiene o profundiza el contacto? ¿Sólo entabla amistades o contacto cuando otros lo hacen por él?</p>	<p>Interés por otros niños</p> <p>0. Mira a otros niños, se acerca, les habla intenta jugar con ellos y mantener el contacto</p> <p>1. Puede acercarse y mirar a los niños pero no realiza intento por mantener o profundizar en el contacto. O bien puede acercarse inapropiadamente besándolos, abrazándolos, metiendo su dedo en su boca u oliéndolos. O les avienta cosas u objetos a los niños sin propósito. Juega y corre con los niños, pero no se integra en juegos con reglas.</p> <p>2. Es indiferente a otros niños, los ignora y se aparta de ellos.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>

<p>14. ¿Su hijo(a) le muestra cosas que a él /ella le interesan?</p> <p>¿Le muestra objetos para compartir la emoción de mirarlos?</p> <p>¿Le muestra dibujos o trabajos que hizo en la escuela?</p> <p>¿Le comparte comida como papitas? Está segura de que los objetos que le muestra o la comida que le da es para compartir? ¿O más bien se los trae porque ya no quiere comida o para que ud. sostenga el envase o la bolsa?</p> <p>Nota: No califique como compartir si le trae objetos para abrirlos o activarlos o para que le sostenga o resguarde el empaque o la comida.</p>	<p>Compartir emociones o intereses</p> <p>0. Muestra objetos para compartir la emoción de un dibujo o una buena calificación o de un juguete para compartir la emoción al verlo activado. Intercambia miradas y sonrisas entre el objeto y la madre</p> <p>1. Muestra objetos para que el adulto abra los empaque o los active, pero no para compartir el gusto o emoción por el juguete. Le da objetos como la bolsa de papitas no para compartir sino para que la resguarden porque el ya no quiere seguir comiendo.</p> <p>2. No muestra objetos ni juguetes ni comida para compartir.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>15. ¿Su hijo(a) es capaz de ofrecer consuelo; si observa que alguien se cayó o está llorando?</p> <p>¿Realmente consuela o más bien quiere que el otro niño deje de llorar porque le molesta escucharlo?</p>	<p>Empatía, ofrecimiento de consuelo</p> <p>0. Muestra preocupación cuando ve que otro niño se cayó, o está llorando. Intenta calmarlo dándole juguetes, comida, tranquilizándolo o avisando a un adulto para que lo ayude.</p> <p>1. Se puede acercar y tratar de calmarlo porque le molesta el llanto del otro niño y quiere que se calle. No le interesa o preocupan los sentimientos del otro niño fuera de sus hermanos o papás.</p> <p>2. Es indiferente de las emociones o sufrimiento de otro niño o persona.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>

<p>16. ¿Usa el cuerpo (la mano) de otra persona para comunicarse para obtener objetos que desea?</p> <p>¿Cómo lo hace? ¿Con qué frecuencia hace esto?</p> <p>Nota: Realice Ud. mismo la acción de poner su mano sobre su otra mano en un objeto cercano como una pluma para que la madre sepa a qué se refiere.</p>	<p>Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse</p> <p>0. No usa el cuerpo de otra persona para comunicarse. Usa el señalamiento protoimperativo para pedir las cosas que quiere. Mira al objeto y después mira a la madre y vuelve a mirar el objeto que quiere.</p> <p>1. Pone su mano sobre la mano de la madre como señalando y después la suelta intentando que la madre sepa lo que él quiere</p> <p>2. Pone su mano sobre la mano de la madre posándola sobre el objeto que desea. A pesar de que el objeto está al alcance del niño, como si no pudiera o tuviera miedo de agarrarlo. A menudo las mamás describen que esto lo hacen con objetos o ropa nueva.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>17. ¿Usa su dedo para señalar objetos a la distancia como una fuente solo por compartir la emoción? ¿Mira la fuente y voltea a mirarle a ud. y de nuevo regresa la mirada a la fuente?</p> <p>Nota: Es necesario distinguir entre señalamiento protodeclarativo y protoimperativo. Debe distinguirse si el niño señala comida o algo que necesite (señalamiento protoimperativo) o si señala porque desea compartir emoción o sorpresa (señalamiento protodeclarativo).</p> <p>Nota: Asigne un código de 1 si el niño realiza el señalamiento, pero no coordina con la mirada, o si señala y pone su mano en la cara de la mama para lograr que voltee a ver el objeto a la distancia.</p>	<p>Señalamiento protodeclarativo</p> <p>0. Señala objetos que le interesan a la distancia con su dedo y mira el objeto y luego la persona cerca de él y vuelve a mirar al objeto.</p> <p>1. Señala los objetos a distancia, pero no voltea a ver a la persona cerca de él.</p> <p>2. No señala objetos a la distancia.</p> <p>8. Codifique con 8 si el niño está fuera del rango de edad (mayor a 8 años) y tiene lenguaje suficiente para pedir verbalmente o si adquirió esta habilidad</p> <p>Nota: Este señalamiento protodeclarativo es transitorio porque al adquirir lenguaje los niños sustituyen el señalamiento con el lenguaje diciendo “mira” en vez de señalar. También algunos niños con autismo lo adquieren por aprendizaje.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 8 ¿Y ANTES? 0 1 2 8</p>

<p>18. ¿Tiene su hijo(a) interés por objetos o temas en los cuales otros niños no están muy interesados? ¿Como las patas de la mesa, luces, objetos de metal, papelitos? ¿A estos objetos les dedica mucha atención y es difícil hacer que se interese en otras cosas? ¿Se interesa mucho por temas inusuales para niños/adolescentes de su edad?</p> <p>Mencione qué objetos, temas o animales</p>	<p>Intereses inusuales y circunscritos</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Le interesan una variedad de objetos y juguetes que suelen interesar a otros niños como cochecitos, muñecos de acción, o bloques. O le gustan temas variados de películas, caricaturas y cuentos. 1. Muestra interés por luces o focos, o papeles u objetos de metal. Por ventiladores u otros objetos que giran. O bien le interesan algunos temas en particular como los dinosaurios, los elefantes, temas históricos. 2. Le interesan objetos o temas que no atraen la atención de otros niños (ni por su cualidad ni por la intensidad del interés). Por el tiempo que dedica a sus intereses llega a dominarlos por ejemplo se sabe los nombres científicos de las plantas, de los dinosaurios, de los astros. A veces este interés interfiere con la adaptación psicosocial. <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>19. ¿Insiste en hacer las cosas del mismo modo? ¿Rechaza ir por nuevas rutas a la tienda o escuela? ¿Insiste en que las cosas se realicen en el mismo orden? ¿Insiste en tocar el timbre de la puerta antes de entrar a la casa, aunque la casa esté vacía? ¿Rechaza los cambios en la ropa o zapatos? ¿Rechaza la introducción de nuevos alimentos?</p> <p>Describe:</p>	<p>Insistencia en la monotonía o resistencia al cambio</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Es capaz de tolerar los cambios en las rutas para ir a la escuela o en la forma de hacer las actividades realizando el ajuste correspondiente. Es capaz de probar nuevos alimentos y le emociona ir a lugares nuevos. 1. Muestra resistencia a los cambios. Insiste en tomar la misma ruta para ir a la escuela. P.ej: Insiste en tocar el timbre siempre antes de abrir una puerta. Insiste en vestirse del mismo modo o en el mismo orden. Insiste en comer lo mismo siempre. 2. Muestra enojo o agresión si hay un cambio de planes, de rutas o de actividades que él piensa deben realizarse del mismo modo siempre. No admite cambios y los padres evitan los cambios para no perturbar al niño. <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>

<p>20. ¿Muestra movimientos repetitivos en manos u otras partes del cuerpo?</p> <p>¿Aletea o da palmadas con sus manos cuando está emocionado? ¿Hace movimientos de sus manos por arriba de su cabeza?</p> <p>¿Mueve su cabeza de manera repetida y extraña en zigzag?</p> <p>¿Repetitivamente salta o gira sobre su propio cuerpo?</p> <p>¿Camina de un lado a otro sin sentido?</p>	<p>Movimientos Estereotipados</p> <p>0. No muestra movimientos anormales o estereotipados puede aplaudir y agitarlos, pero el modo de hacer esto no es fijo, siempre igual y anormal</p> <p>1. Muestra movimientos que son anormales por su intensidad, su carácter repetitivo fijo y estereotipado, pero son infrecuentes.</p> <p>2. Realiza movimientos estereotipados desencadenados frente a emociones intensas como el mirar objetos girar, juguetes o luces. Pueden realizarlos para relajarse y liberarse de tensión.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>
<p>21. ¿Se interesa mucho por partes de los juguetes como las rueditas, puertitas de los coches, los ojos o el pelo de la muñeca?</p> <p>¿Estos elementos le interesan más que el juguete completo?</p>	<p>Interés por partes de objetos</p> <p>0. Juega con los cochecitos o muñecas y no muestra un interés fijo e intenso por partes de ellos como las llantas que giran o los ojos de la muñeca.</p> <p>1. Juega con los cochecitos o muñecas girando las rueditas, o tocando el pelo de las muñecas o sus ojos pero también juega con todo el objeto.</p> <p>2. No usa el juguete para el propósito que tiene sino más bien está interesado en partes del juguete como puertitas que se abren y cierran, llantitas que giran, los ojos de las muñecas que se cierran y abren. El interés por las partes del objeto sustituye al juego.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 ¿Y ANTES? 0 1 2</p>

22. ¿Muestra un interés aumentado (hiper), disminuido (hipo) o inusual ante ciertos estímulos?

Tacto hipo ¿Le gusta tocar paredes y/o telas para sentir textura?

hiper Le disgustan ciertas texturas o las etiquetas de la ropa

Auditivo hipo Le gusta provocar sonidos con objetos o sus manos o palmotear las superficies

hiper Le molestan ciertos ruidos como la licuadora, aspiradora, cuetes, el taladro, o el ambiente en el salón de clases y restaurants

Gusto hipo Le gusta chupar los objetos no comestibles como las personas, o la ropa.

hiper Rechaza alimentos cremosos como cajeta, yogurt o crema.

Olfato hipo Le gusta oler a las personas, los pies, las cosas.

hiper Le disgustan ciertos olores

Visual hipo Le gusta mucho mirar los objetos como juguetes, luces o ventiladores.

hiper Le disgusta ver luces brillantes.

Dolor hipo Tiene umbral disminuido al dolor;

hiper O tiene umbral aumentado al dolor. Aunque se pegue fuerte no llora.

Hiper o hiposensibilidad sensorial

0. Puede mirar, oler, tocar o chupar objetos o alimentos, pero no de manera intensa o inapropiada.
1. Es frecuente que mire, huela, toque o chupe objetos o alimentos, pero no ocasiona disfunción.
2. Es muy frecuente que mire, huela, toque o chupe objetos o alimentos y ocasiona disfunción. El niño o joven hace esfuerzos para liberarse de la tensión ocasionada por los estímulos sensoriales como colocarse debajo de la mesa o escritorio en su salón de clases, o salirse del salón para no escuchar el ruido ambiental.

ACTUAL 0 1 2

¿Y ANTES? 0 1 2

23. ¿Su hijo(a) repite palabras o frases, que oyó en la TV o radio o una película?

Por ejemplo: Ud. le dice "vamos a comer" y el niño dice: "comer" o bien

¿Repite frases que Ud. le dijo o que él oyó en el metro?

Por ejemplo: "Próxima estación prepare su descenso".

O bien repite lo que escuchó a alguien decir: "pasa el avión bajito"

O de una película: "Al infinito y más allá"

¿Qué porcentaje de su lenguaje consiste de palabras o frases repetidas?

¿Qué porcentaje de su lenguaje es espontáneo?

Ecolalia inmediata y demorada. Frases Estereotipadas

0. Repite palabras o frases, pero no frecuentemente y estas repeticiones no sustituyen palabras o frases con intención comunicativa
1. Repite con mucha frecuencia palabras y frases que acaba de escuchar.
2. Usa frases o palabras que oyó y las dice siempre igual, de un modo estereotipado, a veces con intención comunicativa sustituyendo al lenguaje normal.
8. No aplica no tiene lenguaje o el lenguaje es insuficiente para valorar.

ACTUAL 0 1 2 8

¿Y ANTES? 0 1 2 8

<p>24. ¿Su hijo(a) habla en segunda o tercera persona? Por ejemplo: En vez de decir “Quiero leche” dice: ¿Tú quieres leche? o ¿Juan quiere comer?</p>	<p>Inversión de pronombres</p> <p>0. Puede ocasionalmente confundirse y hablar en tercera persona (si tiene menos de 3 años) pero al corregirle deja de hacerlo</p> <p>1. Habla de sí mismo en tercera persona diciendo por ejemplo Juan quiere leche. O puede decir tú quieres leche.</p> <p>2. Habla siempre en segunda o tercera persona.</p> <p>8. No aplica no tiene lenguaje o el lenguaje es insuficiente para valorar.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 8 ¿Y ANTES? 0 1 2 8</p>
<p>25. ¿Su hijo(a) es capaz de conversar? El niño/adolescente pregunta algo le responden y él vuelve a preguntar. ¿Construye sobre la conversación? ¿Acepta cambiar de tema a otro que proponga la otra persona? ¿Él también pregunta no se limita a contestar preguntas?</p>	<p>Conversación recíproca</p> <p>0. Es capaz de preguntar, responder y cambiar de tema de conversación</p> <p>1. Puede iniciar una conversación, pero le cuesta trabajo mantener la conversación. Hace intentos por regresar al tema de su interés.</p> <p>2. No le interesa mantener una conversación. Ignora al interlocutor e impone una y otra vez el tema de su predilección sin importar la preferencia del otro. Su discurso parece un monólogo.</p> <p>8. No aplica no tiene lenguaje o el lenguaje es insuficiente para valorar.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 8 ¿Y ANTES? 0 1 2 8</p>

<p>26. ¿Su hijo(a) interpreta literalmente el lenguaje y las órdenes?</p> <p>No entiende las siguientes frases: “Eres un sangrón”, “Eres un payaso”, “No seas fresa”, “Cáete con los dulces”, “Cáete con el dinero” “Échale un ojito a tu hermanito.”</p> <p>Llega a confundir las instrucciones de los exámenes Por ej: “Calcula las siguientes operaciones matemáticas” ... En vez de una instrucción más completa: “Calcula y escribe el resultado de las siguientes operaciones matemáticas”.</p> <p>O interpreta literalmente las instrucciones: “Hagan un borrador de la clase de hoy en su cuaderno” el niño o adolescente dibuja un borrador en su cuaderno”.</p> <p>No entiende el sarcasmo por ejemplo “¿Verdad que te encanta bañarte?” Para bromearlo respecto de que no le gusta bañarse.</p>	<p>Alteraciones de la comprensión del lenguaje</p> <p>0. Puede no comprender una frase inicialmente, pero es capaz de preguntar para comprender la metáfora o la instrucción que no comprende.</p> <p>1. Interpreta literalmente las frases y le cuesta trabajo comprender las órdenes. Se muestra confundido frente ordenes como: “échale un ojito a tu hermanito” “hagan un borrador de la clase”</p> <p>2. Fracasa en tareas escolares o sociales por interpretar literalmente las instrucciones. No se percata de su confusión y por lo tanto no busca aclarar sus dudas.</p> <p>8. No aplica no tiene lenguaje o el lenguaje es insuficiente para valorar.</p> <p>ACTUAL 0 1 2 8 ¿Y ANTES? 0 1 2 8</p>
<p>27. ¿Ud. diría que la mayoría de estos síntomas ocurrieron antes de los 3 años? (Al menos en un área del desarrollo no tiene que ser en todas)</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>28. Habilidades especiales</p>	<p>Rompecabezas <input type="checkbox"/> Pintura <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Memoria <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/> Mencione _____</p>
<p>29. Juicio del Entrevistador.</p>	<p>0. Sin autismo/otro DX (T. Lenguaje, TDAH, etc.) 1. Autismo Leve 2. Autismo Moderado 3. Autismo Severo</p>
<p>Especificadores Con deterioro del lenguaje asociado SI NO Con Discapacidad Intelectual SI NO Asociado a una afección médica, genética, o factor ambiental conocido SI NO Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento SI NO Con catatonia SI NO</p> <p>Grado 1. Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Grado 2. Necesita ayuda considerable <input type="checkbox"/> Grado 3. Necesita ayuda muy considerable <input type="checkbox"/></p>	

Entrevistador: _____

Notas del entrevistador _____



Anexo 5. Carta de aprobación por el comité de ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro”, para el proyecto general.

Comité de Bioética de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

Ciudad de México, 13 de Septiembre del 2021

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-027-2021

JESSICA KAREMT HEREDIA SALAZAR

TESISTA

Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "Comparación de las clasificaciones diagnósticas del DSM-IV y del DSM-5 para identificar Autismo", con número de registro III/02/0307/Th

Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

c.c.p. Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente Archivo, HPIJNN-Presente



