

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



TESIS:

Prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes de 12 a 16 años con
Trastorno del Espectro Autista

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Andrés Mateo Baldeón Vilchis

TUTOR:

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández

A handwritten signature in brown ink, appearing to read 'Emmanuel Sarmiento Hernández', written over two horizontal lines.

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2020



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.

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Andrés Mateo Baldeón Vilchis

Correo electrónico: dr.andres.baldeonvilchis@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández

Correo electrónico: emmanuelssarmiento@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Nombre de los asesores:

Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliialbores@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
ETIOLOGÍA.....	5
EPIDEMIOLOGÍA.....	5
COMORBILIDAD	6
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	6
COMORBILIDAD MÉDICA.	9
ABORDAJE DIAGNÓSTICO.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN	12
HIPÓTESIS	13
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	13
MATERIAL Y MÉTODOS	14
VARIABLES	15
CRONOGRAMA	16
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	17
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIÓN	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXOS	30

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno complejo del desarrollo caracterizado por déficits de inicio temprano en la comunicación social, las interacciones recíprocas, la presencia de un comportamiento estereotipado restringido y respuestas sensoriales atípicas. Además, el TEA se asocia con otros trastornos psiquiátricos que incrementan el deterioro funcional del desempeño escolar, social, o laboral y la carga de la enfermedad en las actividades cotidianas de los pacientes y sus familias.

En el pasado, los problemas psiquiátricos en niños y adultos con autismo solían atribuirse al autismo en sí. Sin embargo, cada vez más estudios argumentan a favor de aceptar la presencia de comorbilidades que justifican un diagnóstico adicional. Las personas diagnosticadas con TEA a menudo presentan otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, etc.

La identificación oportuna de la comorbilidad médica y psiquiátrica permite introducir el tratamiento específico y las estrategias conductuales tempranas para reducir la carga de la enfermedad. Por todo esto es muy importante que los niños y adolescentes se evalúen con instrumentos y entrevistas de diagnóstico para autismo y evaluar la posible comorbilidad.

MARCO TEÓRICO

El trastorno del espectro autista (TEA), comprende un grupo de trastornos del desarrollo neurológico que se caracterizan por un déficit persistente en la comunicación social, en la interacción social, y la presencia de patrones restringidos y repetitivos del comportamiento, intereses o actividades y la respuesta sensorial atípica ⁽¹⁾.

Etiología

La etiología hasta el momento se desconoce aunque se sabe que existen factores genéticos y epigenéticos ⁽²⁾. Además, la identificación de varios factores de riesgo epidemiológicos muestra no ser suficientes para el desarrollo del autismo, por lo que la etiología sea multifactorial. ⁽³⁾.

La edad reproductiva paterna o materna avanzada, o ambas, es un riesgo demostrado consistentemente en los estudios a pesar de que la biología subyacente no está clara, Este factor de riesgo podría relacionarse con la mutación de la línea germinal, particularmente cuando es de origen paterno. También se sabe que varios factores gestacionales afectan el desarrollo neurológico, como las complicaciones durante el embarazo aumentan el riesgo de desarrollar autismo ^(4,5).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de TEA es del 1% en muchos países y regiones del mundo. Las estimaciones mundiales más recientes de la carga de morbilidad revelaron que hay 62,2 millones de personas con TEA en todo el mundo ⁽⁶⁾.

La prevalencia de autismo en México es menor al 1% (1:115 niños) (Fombonne, 2016). De acuerdo con el informe de Infraestructura para TEA del gobierno de México (2018), se calcula que puede haber aproximadamente 400,000 personas menores de 18 años con el trastorno

(7).

COMORBILIDAD

Se define como la concurrencia de dos o más trastornos en la misma persona; es un diagnóstico de segundo orden que ofrece síntomas centrales que difieren del primer trastorno. La comorbilidad en la evaluación del TEA es un tema poco estudiado, particularmente en comparación con otros trastornos del neurodesarrollo ⁽⁸⁾.

Aunque en el pasado, los síntomas psiquiátricos en niños y adultos con TEA se atribuían al propio autismo, un número creciente de informes sugiere que las comorbilidades psiquiátricas y conductuales adicionales tienen efectos acumulativos y exigen un diagnóstico adicional ⁽⁹⁾.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

El diagnóstico de TEA es una tarea difícil debido a la variabilidad en las manifestaciones clínicas y subclínicas y el cambio en la expresión de síntomas a lo largo del desarrollo , diagnosticar trastornos psiquiátricos concurrentes en TEA puede ser un desafío para los proveedores de atención de salud mental ⁽¹⁰⁾. Existe un desacuerdo sobre si muchos de estos diagnósticos justifican categorías separadas o si deben considerarse grupos de síntomas de TEA. El autismo se debe distinguir de la psicosis, mientras que la estereotipia y la autolesión no son diagnósticos diferenciales. Dado que no son diagnósticos de TEA, pero pueden coexistir con el trastorno, describiendo estos comportamientos como condiciones comórbidas versus características centrales de un TEA parecen ser más consistentes con los datos ⁽¹¹⁾.

La superposición de síntomas puede exacerbar aún más la frecuencia de estas condiciones comórbidas. Con frecuencia se menciona si la agresión y las autolesiones son equivalentes conductuales para algunos niños que muestran algunas psicopatologías comórbidas. De hecho, las escalas de evaluación en el área podrían describirse mejor como fragmentarias y altamente desiguales en la psicometría publicada. La identificación inicial de los síntomas de "comórbidos" del TEA debe hacerse mediante empleando escalas específicas para refinar el diagnóstico de comorbilidad y establecer objetivos de comportamiento / síntomas para la

intervención ⁽⁸⁾.

Se estima que casi el 70% de las personas con TEA tienen al menos un trastorno psiquiátrico comórbido y el 40% pueden tener dos o más trastornos psiquiátricos, aumentando la carga de la enfermedad como es el caso de la discapacidad intelectual ^(12,13).

Investigaciones recientes con muestras comunitarias de niños con TEA, reportan que aproximadamente 4 de cada 5 niños son diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más comunes el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad incluido el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos afectivos. Por lo tanto, las condiciones comórbidas que afectan el procesamiento del afecto juegan un papel importante en el comportamiento emocional y social de las personas con autismo ⁽¹⁴⁾.

Se sabe que los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en niños con trastorno del espectro autista, similar a la población general de niños sin el trastorno, las cuales oscilan entre el 11 y el 84% en niños en edad escolar y hasta el 40% cumple los criterios para un trastorno de ansiedad. Además, están fuertemente correlacionados con los síntomas depresivos, resaltando que los pensamientos suicidas, también son comunes en niños con TEA ⁽¹⁵⁾.

Recientemente, Pezzimenti llevo a cabo una revisión sistemática, encontrando que las tasas de depresión caen en un rango de 1% a 10% de acuerdo con el informe de síntomas por los padres y que hasta un 10 a 15% adicional informo tasas elevadas de depresión subsindromática ⁽¹⁶⁾.

Lugnegard et al; estudio a 54 pacientes de una clínica neuropsiquiátrica ambulatoria para niños y adolescentes en Karlstad, demostrando que 70% de las personas con Síndrome de Asperger tuvieron al menos un episodio de depresión mayor, mientras que el 50% manifestó trastornos depresivos recurrentes, el 43% recibió el diagnóstico de trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y un 14 % el diagnóstico de dislexia ⁽¹⁷⁾. Estos hallazgos son consistentes con el estudio prospectivo de Simonoff, donde se entrevistó a los padres de 112 niños de 10 a 14 años, encontrando que la afección comórbida más común fue el trastorno

del estado de ánimo (53%), seguido del trastorno de ansiedad (50%) y hasta un tercio de los pacientes recibió prescripción para un antidepresivo al menos una vez en su vida ⁽¹⁴⁾.

Por otro lado, Bandini et al; comparó la dieta de 53 niños con TEA y 58 niños con desarrollo neurotípico con un rango de edad entre los 3 y 11 años, demostrando que los niños con autismo tuvieron mayor frecuencia de problemas relacionados a la conducta alimentaria en comparación con los niños neurotípicos ⁽¹⁸⁾.

En adolescentes con TEA, varios estudios sugieren que la comorbilidad de trastornos psiquiátricos es elevada, hasta el 41% reporta trastornos de ansiedad y trastornos fóbicos y entre el 17 al 37% experimenta síntomas de TOC, a diferencia de los niños la proporción de jóvenes con TOC que también cumplen con los criterios de diagnóstico de TEA es menos clara ⁽¹⁹⁾. Otros informes indican que la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada ocurren en tasas más altas de lo esperado en jóvenes con TEA ⁽²⁰⁾.

Además, la depresión es mayor en la adolescencia tardía comparada con la adolescencia temprana como muestran los datos de dos estudios en EU. En una muestra de jóvenes con TEA (N=1272) de 13 a 17.6 años inscritos en la red de tratamiento del Autism Speaks, los padres reportaron depresión en el 20.2%, en comparación un estudio con muestra representativa, en donde el 8.4% de los adolescentes con TEA entre 13 a 14 años reportaron la presencia de un trastorno depresivo mayor o distimia ⁽¹⁶⁾.

Así mismo, la investigación clínica realizada por Lungnegard en adultos con TEA, reportó que la afección comórbida más común fue el trastorno del estado de ánimo (53%), seguido del trastorno de ansiedad (50%), sin embargo, existe poco conocimiento sobre la prevalencia de ideación suicida en niños con TEA ⁽²¹⁾.

Por otro lado, estudios previos demuestran que la comorbilidad psiquiátrica en TEA aumenta significativamente las dificultades en las respuestas adaptativas afectando las actividades diarias, disminuye la calidad de vida y acentúa problemas como inquietud, pasividad, aislamiento social, agresividad, irritabilidad o autolesión, estos problemas son difíciles de identificar y coexisten exacerbando la sintomatología ⁽²²⁾.

COMORBILIDAD MÉDICA.

En los últimos años, los estudios revelan una tendencia de los niños con TEA a sufrir otras afecciones médicas no psiquiátricas, como son las alteraciones del sueño, epilepsia, intolerancia alimentaria y disfunción gastrointestinal. Mannion et al, realizó un estudio de seguimiento a 2 años en 56 niños diagnosticados con autismo para evaluar la presencia de comorbilidades a través de la Escala de Comorbilidades en el Trastorno del Espectro Autista (ASD-CC), concluyó que las alteraciones del sueño y los trastornos del ánimo se asocian fuertemente con la disfunción gastrointestinal ⁽¹⁹⁾. Esto es consistente con los datos de Kodak y colaboradores, quienes demostraron una prevalencia de hasta el 90% de problemas alimenticios en niños diagnosticados con TEA ⁽²³⁾.

A pesar de que recientemente contamos con diversas líneas de investigación sobre el tema, es importante mencionar que uno de los primeros estudios que exploraron la correlación entre el TEA y las comorbilidades no psiquiátricas fue el ensayo clínico realizado por el grupo de trabajo de Doshi-Velez, examinaron la carga de comorbilidad de niños y adultos jóvenes con TEA ingresados en cuatro hospitales diferentes en el área de Boston, descubrieron que en comparación con la población general admitida, había una mayor carga en la población con TEA de comorbilidades específicas, incluida la enfermedad inflamatoria intestinal y la diabetes mellitus tipo 1 ⁽²⁴⁾.

Mientras tanto, la publicación por Kozlowki examinó las dificultades en la alimentación y el sueño de 1747 niños pequeños con diagnóstico de trastorno autista, demostrando que los niños con TEA tienen más problemas de alimentación y sueño que los niños sin este trastorno, por ejemplo, los lactantes con trastorno autista tuvieron puntuaciones más altas de evitación y ansiedad que los lactantes con un desarrollo neurológico normal ⁽²⁵⁾.

Otros estudios,–investigaron la relación entre la gravedad del deterioro neurocognitivo y la comorbilidad médica y psiquiátrica ⁽²⁶⁾. Por lo que, comprender esta carga de comorbilidad es esencial para comprender la etiología subyacente y contribuir a estratificar el riesgo de diversas afecciones en personas con TEA ⁽²⁷⁾.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Actualmente hay un gran énfasis en el diagnóstico precoz de TEA y la provisión de programas de intervención conductual intensiva temprana. Existen entrevistas para realizar un diagnóstico de certeza como la Cédula de Observación General para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-G, Autism Diagnostic Observation Schedule Generic) y la Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada (ADI-R, Autism Diagnostic Interview revised), estas herramientas tienen el inconveniente de que su aplicación es larga, requieren entrenamiento y son de uso reservado a personal con mucha experiencia en este campo, además de que no evalúan la comorbilidad psiquiátrica, que es muy elevada en los TEA ⁽²⁸⁾.

Por otro lado, las entrevistas psiquiátricas como la Entrevista de evaluación psiquiátrica para el niño y el adolescente (CAPA, Child and Adolescent Psychiatric Assessment) y la más reciente versión de la Entrevista para la evaluación psiquiátrica del niño en edad preescolar, no incluyen reactivos para evaluar los problemas del desarrollo ⁽²⁹⁾.

Los datos disponibles sugieren que existen características comórbidas tanto en niños como adolescentes con TEA que pueden exacerbar aún más la frecuencia de estas condiciones y que se presentan con una heterogeneidad en los síntomas, sin embargo, las escalas de evaluación en el área podrían describirse mejor como fragmentarias y altamente desiguales en la psicometría publicada, por lo que es necesario emplear escalas más específicas para refinar aún más el diagnóstico de comorbilidad al establecer objetivos de comportamiento/síntomas para la intervención integral. Esta variabilidad conduce a complicaciones adicionales con respecto a lo que constituyen los síntomas centrales y si el trastorno debe conceptualizarse en una escala dimensional con subtipo de TEA o si se deben especificar distintos trastornos dentro del continuo ⁽³⁰⁾.

A pesar de esto, se han realizado pocas evaluaciones sistemáticas y es probable que los contextos con menos recursos humanos para la salud mental tengan una carga poco reconocida de las comorbilidades psiquiátricas entre las personas con TEA. En este sentido,

es esencial comprender la carga epidemiológica de la comorbilidad en el autismo, para en el futuro permitir la formulación de políticas efectivas y el desarrollo de capacidades en todos los sistemas de salud para mejorar el abordaje integral ⁽³¹⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La comorbilidad médica y psiquiátrica del TEA es variable y heterogénea, lo más evidente son los trastornos de ansiedad y las enfermedades neurológicas, sin embargo, existen diversos diagnósticos no identificados que exacerban y complican el diagnóstico, saber reconocerlos permitirá a los niños con TEA someterse a tratamientos más específicos e individualizados que tienen en cuenta sus problemas psicopatológicos.

¿Cuál es la comorbilidad médica y psiquiátrica más frecuente en niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno del espectro autista dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

JUSTIFICACIÓN

La detección oportuna de trastornos psiquiátricos asociados al TEA es una preocupación importante para los expertos en el área de la salud mental. La heterogeneidad inherente del trastorno, con una variedad de diferentes grupos de síntomas, complica el objetivo de identificar tratamientos específicos. Estos incluyen la superposición aparente de síntomas entre las características de los TEA y los síntomas de comorbilidades ⁽³²⁾.

Es importante que los médicos e investigadores comprendan los tipos de trastornos comórbidos que afectan a las personas con TEA para que de esta manera se logren implementar planes de intervención más efectivos considerando las condiciones comórbidas. Actualmente existe un gran énfasis en el diagnóstico precoz de TEA y la provisión de programas de intervención conductual intensiva temprana, sin embargo, aún hay falta investigación sobre las condiciones comórbidas en la población infantil que padece este trastorno.

HIPÓTESIS

- Los trastornos psiquiátricos serán más comunes en pacientes con TEA.
- El trastorno depresivo mayor será la comorbilidad psiquiátrica más frecuente asociada al diagnóstico de trastorno del espectro autista en niños y adolescentes.
- La epilepsia será la comorbilidad médica más frecuente asociada al diagnóstico de trastorno del espectro autista en niños y adolescentes.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General: Identificar las comorbilidades médicas y psiquiátricas que más se presentan en una muestra de niños y adolescentes con diagnóstico del espectro autista dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Específicos: Determinar si existe alguna asociación entre la presentación de las comorbilidades médicas y psiquiátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Tipo de diseño:** Estudio observacional y descriptivo, por medio de un análisis secundario de datos.
- **Muestra:** Muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	TIPO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el momento en que nació	Número de años del participante cuando se aplicaron los instrumentos.	2 a 17 años	Independiente Cuantitativa Continua
Sexo	Variable biológica que diferencia a los humanos en hombres y mujeres	Sexo biológico masculino o femenino del participante	Masculino Femenino	Independiente Cualitativa Dicotómica Nominal
Comorbilidad psiquiátrica	La presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad o trastorno primario.	Número de trastornos psiquiátricos que se presentan en el participante	Trastornos de ansiedad Trastornos afectivos Trastornos psicóticos Trastornos de la conducta Trastornos del neurodesarrollo	Independiente (confusora) Cualitativa Nominal
Comorbilidad médica	La presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad o trastorno primario.	Número de enfermedades medicas que se presentan en el participante	Epilepsia Trastornos gastrointestinales Enfermedades autoinmunes	Independiente (confusora) Cualitativa Nominal

Procedimiento: El presente estudio se refiere a un análisis secundario de datos derivados del proyecto de investigación “Validación de la entrevista revisada para el diagnóstico de autismo para población mexicana”, cuya investigadora principal es la Doctora Lilia Albores Gallo. El referido proyecto fue dictaminado por el Comité de Investigación del Hospital

Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y que fue registrado ante la División de Investigación con el número de registro **111/02/0307**.

Se elegirá la muestra que cuente con datos completos y registrados en la base de datos, de puntuación de la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo Revisada (ADI-R) para establecer el diagnóstico de TEA.

Cronograma

Actividad	Julio 2020	Agosto-septiembre 2020	Octubre-Diciembre 2020	Enero-marzo 2021	Mayo 2021
Elaboración Protocolo	X				
Aprobación por comité de ética		X			
Concentración de datos			X		
Análisis de resultados				X	
Elaboración y entrega de informe final					X

Instrumentos de medición:

Lista de síntomas del niño CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist). Achenbach, T. M. (1991).

Este instrumento fue desarrollado por Tomas Achenbach y Craig Edlbrook. Se diseñó para evaluar la psicopatología más común en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Consiste en 113 preguntas, registrados en una escala Likert de 3 puntos; 0=ausente; 1=ocurre a veces, 2=ocurre frecuentemente. El periodo de tiempo que evalúan los reactivos son los últimos seis meses. Identifica síndromes caracterizados por comportamientos agresivos, ansioso/depresivo, problemas de atención, comportamientos disruptivos, problemas sociales, quejas somáticas y/o problemas del pensamiento. Se han establecido tres grupos de trastornos: externalizados

(hiperactividad, agresividad, delincuencia y otros), Internalizados (depresión, incomunicación, obsesión –compulsión, quejas somáticas, aislamiento social y esquizofrenia) y los de tipo combinado mixto en los que se engloban problemas de tipo sexual y aislamiento social ⁽³³⁾.

En 2007 Albores-Gallo realizó la validación en México, en población de niños y adolescentes, obteniendo una consistencia interna de 0.90 para la escala en su conjunto, 0.94, para los problemas externalizados y 0.97 para los problemas internalizados. La confiabilidad fue excelente de 0.84, que lo hace un instrumento confiable e ideal ⁽¹⁰⁾.

Análisis estadístico:

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. La significancia estadística se determinó un valor de $p < 0.05$.

La comparación de la frecuencia de trastornos psiquiátricos entre el sexo femenino y masculino se realizará por medio de la prueba chi cuadrada. El análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 20.

Se dicotomizarán las variables del CBCL para obtener el porcentaje de los que cumplen el puntaje para comorbilidades psiquiátricas (depresión, ansiedad, TDAH etc) y se usará chi cuadrada para ver si existen diferencias entre los niños con trastorno del espectro autista autismo.

Consideraciones éticas: Acorde al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (artículo 17), este proyecto se considera una investigación sin riesgo (Diario Oficial de la Federación: 3 de febrero de 1983). La investigación se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki (59ª Asamblea general, Seúl, Corea, octubre 2008), así como el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de riesgo mínimo establecido en el capítulo 1, Artículo 17 de la anterior ley, que define a tales estudios como Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a

través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

El proyecto general fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro.

RESULTADOS

En total, se evaluó la información de 141 participantes con diagnóstico de trastorno del espectro del autismo (TEA), de los cuales 65 (46.1%) eran femeninas, y 76 (53.9%) masculinos. El rango de edad de los participantes fue de 12 a 16 años, con una media de 13.4 años. Para determinar la presencia de síntomas psiquiátricos y físicos se utilizaron las percentilas 60 de los test aplicados a los participantes, de esta manera, aquellos individuos que estaban sobre la percentila 60, eran considerados positivos para determinada sintomatología. Se observó que los síntomas más prevalentes en los participantes eran el aislamiento depresivo, en 21.3% (n=30) y las quejas somáticas en el 23.4% (n=33). Además, se observó que de acuerdo con el DSM-5, el 20.6% (n=29) presentaba un diagnóstico afectivo, el 27.7% (n=39) presentaba un diagnóstico de ansiedad, el 24.1% (n=21) presentaban un diagnóstico de trastorno por síntomas somáticos). La información completa sobre la prevalencia de síntomas psiquiátricos y trastornos de salud mental se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de síntomas comórbidos en adolescentes con TEA.

Síntomas	PREVALENCIA n (%)
Ansiosos/depresivos	21 (14.9%)
Aislamiento depresivo	30 (21.3%)
Quejas somáticas	33 (23.4%)
Retirada social	21 (14.9%)
Alteraciones del pensamiento	19 (13.5%)
Alteraciones de atención	18 (12.8%)
Quebranto de reglas	28 (19.9%)
Agresividad	27 (19.9%)
Síntomas internalizados	24 (17%)

Síntomas externalizados	23 (16.6%)
Trastornos afectivos	29 (20.6%)
Trastornos de ansiedad	39 (27.7%)
Trastornos somáticos	34 (24.1%)
TDAH	23 (16.6%)
TOD	25 (17.7%)
Trastorno de conducta	25 (17.7%)

<i>Sexo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Femenino</i>	71	35.9 %
<i>Masculino</i>	124	62.6 %

Se compararon en el grupo de menores de 5 años a 198 sujetos de los cuales 81 fueron probandos y 98 fueron control comunidad. Se encontró una media de .4525 así como una mediana de .000 y una moda de .00. Se encontró una varianza de .249, una asimetría de .192 y Curtosis de 1.985.

En otro análisis se compararon 58 sujetos de los cuales 19 fueron controles familiares y 39 fueron probandos. Se encontró una media de .6724 con una mediana de 1.000 y una moda de 1.00. Con una varianza de .229 y Curtosis de 1.483.

En la prueba de muestras independientes comparando probandos vs control comunidad se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = <.05$) en todos los ítems del CBCL incluyendo las dimensiones del DSM-IV. Al realizar el análisis probando vs control familiar se encontraron diferencias significativas en el primer ítem del CBCL (versión C15)

que corresponde al dominio emocional IC 95 % (-3.65 a -3.50). A su vez en el 4to ítem (retramiento) se reportó una $p = .000$. En el 6to ítem (atención) se reportó una $p = 0.004$. El 8vo ítem (problemas internalizados) se reportó una $p = .000$. El 9vo ítem (problemas externalizados) $p = 0.001$. El 10mo ítem (problemas totales) reportó una $p = .000$. Finalmente, en la dimensión atribuida al DSM-IV correspondiente a trastornos del desarrollo se reportó una $p = .000$, así como en el trastorno por déficit de atención que reportó una $p = .002$.

En cuanto al análisis de mayores o iguales de 6 años (probando vs control comunidad) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems del CBCL y del DSM-IV con excepción de los trastornos del neurodesarrollo.

DISCUSIÓN

La presente investigación se enfocó en describir la presencia de comorbilidades físicas y psicológicas en adolescentes con TEA. De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos observar que existe una gran prevalencia de sintomatología psiquiátrica concomitante. En especial, llama la atención la presencia comórbida de trastornos ansiosos y somáticos. La prevalencia reportada en esta investigación nos lleva a la conclusión de que 1 de cada 4 adolescentes con TEA tendrá un trastorno de ansiedad o un trastorno somático.

Parece ser que la edad puede influir en la presencia de las alteraciones observadas; en el 2018, Irwanto publicó una investigación realizada en Indonesia en la que utilizó el CBCL, para determinar las diferencias en la sintomatología de niños con TEA vs. Niños con neurodesarrollo típico. Encontró que los niños con TEA presentaban medias de puntaje notablemente más altas tanto en trastornos internalizados como externalizados, en comparación con los niños con desarrollo neurotípico; sin embargo, también observó que estas diferencias eran más importantes en los rubros de retirada social y conductas agresiva. Aunque la metodología difiere con la utilizada en nuestra investigación, llama la atención que, en este trabajo, se encontró que la sintomatología afectiva y las quejas somáticas también presentaban niveles importantes, sumado a la conducta agresiva. Una de las diferencias más importantes a resaltar entre estudio y el realizada por Irwanto, es la edad de los participantes, ya que Irwanto incluyó niños de 1 año y medio a 5 años, siendo una población infantil en etapas preescolares. Sin embargo, en esta investigación consideramos a adolescentes, lo que podría explicar las diferencias en la distribución de la sintomatología comórbida ⁽³⁴⁾. Aun observando esta diferencia, es de relevancia notar que muchas alteraciones tanto internalizadas como externalizadas se encuentran presentes desde la infancia, y por lo tanto la detección temprana juega un papel clave en el desarrollo de una persona con TEA. Por otro lado, Hofvander en el año 2009 publicó una investigación para determinar la presencia de sintomatología psiquiátrica y problemas psicosociales en adultos con TEA e inteligencia conservada. En esta investigación se encontró que, a lo largo de su vida, más de la mitad de los participantes había sido diagnosticado en algún momento de su vida con depresión y ansiedad. Al momento de la evaluación realizada por Hofvander, la edad media de los participantes fue de 29 años; también se encontró de manera transversal, la presencia de depresión en el 53% de los participantes, y trastorno bipolar en el 8% de los participantes. Asimismo, el 12% cumplía criterios para un trastorno psicótico, 16% para un trastorno por uso de sustancias, y de esta última cifra, el 12% tenía un trastorno por uso de alcohol.

También encontraron que el 15% de los sujetos presentó trastorno de ansiedad generalizada, 13% fobia social, 11% trastorno de pánico y 6% una fobia específica. El 7.6% de los participantes tuvo trastorno explosivo intermitente. Esta investigación nos refleja la amplia gama de síntomas psiquiátricos que pueden experimentar los individuos con TEA, y como esta prevalencia puede incluso incrementar a lo largo de la vida, si hacemos la comparativa con nuestra investigación; cómo podemos observar, la presencia de sintomatología internalizada y externalizada sigue siendo prevalente en la vida adulta, e incluso se observan mayores prevalencias en los trastornos del afecto; La diferencia observada es bastante marcada, tomando en cuenta que en esta investigación el 20.6% de los participantes presentó síntomas afectivos, en comparación con el 53% en la muestra de Hofvander. Esta diferencia podría explicarse por la exposición al estigma y el estrés minoritario al que se exponen estos individuos a lo largo de su vida, incluso este autor menciona en su trabajo que el 56% de los participantes reportó haber sufrido acoso escolar durante su formación académica ⁽³⁵⁾. Hoover, en su trabajo titulado “experiencias adversas en la infancia de niños con trastornos del espectro del autismo”, menciona que los niños con TEA son acosados aún más que sus pares con otros tipos de discapacidad y tienen una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de sufrir acoso escolar en comparación con sus pares neurotípicos; además menciona que este acoso no ocurre únicamente en el contexto escolar, sino que con frecuencia es llevado a otros ámbitos de la vida del individuo con TEA ⁽³⁶⁾. Esto refleja como la interacción con el ambiente puede influir en la aparición de sintomatología psiquiátrica en diversos momentos de la vida.

Simonoff también estudió la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con TEA, con una edad promedio de 11.5 años. Utilizó los criterios diagnósticos DSM-IV para determinar las comorbilidades psiquiátricas, y encontró que el 70.8% de los participantes contaba con al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido. El trastorno más común fue la ansiedad social en el 29.2% de los participantes, trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el 28.1% y trastorno oposicionista desafiante en el 28,1%. Además, el 13.4% presentó trastorno de ansiedad generalizada, 10.1% presentó trastorno de pánico, y el 11% presentó enuresis. Algo interesante en el reporte de este autor es que los síntomas afectivos tuvieron una prevalencia notablemente baja en comparación con la reportada en nuestra investigación; de acuerdo con la investigación realizada por Simonoff, los participantes presentaron una prevalencia de trastorno depresivo mayor del 0.9%, y de distimia del 0.5% ⁽³⁷⁾. Uno de los motivos por los cuales podría existir esta discrepancia tan

importante, serían los métodos de evaluación, así como la región en la que se realizó el estudio, ya que esta fue realizada en Inglaterra, donde poseen un sistema de salud y un sistema educativo distinto al nuestro. Con respecto a los métodos diagnósticos hemos de considerar que una limitante importante de esta investigación es que el diagnóstico se consideró de sospecha cuando los puntajes pasaran sobre la percentila 60 del instrumento clinimétrico; por lo que no fue un diagnóstico clínico certero, lo que podría contribuir a las diferencias observadas entre el presente trabajo y el de Simonoff.

Entre las fortalezas de esta investigación, podemos denotar que el tamaño muestral fue similar al de otras investigaciones de centros de salud mental para personas con autismo. Otra fortaleza es que esta investigación contribuye al cúmulo de información sobre TEA en la población mexicana, y al mismo tiempo ayuda a resaltar la importancia de un diagnóstico temprano, y un seguimiento especializado por expertos en salud mental, que permita trabajar con las comorbilidades que pueden estar presentes desde etapas tempranas de la vida de personas con TEA. Entre las limitaciones, una de las más importantes es que no se pudo incluir el estudio de las comorbilidades físicas, ya que únicamente contamos con el análisis de quejas somáticas, el cual no consideré suficiente para analizar la presencia de otras enfermedades físicas. Si bien, no se incluyeron en esta investigación, es de relevancia mencionar que se ha encontrado una mayor prevalencia de epilepsia en individuos con TEA en comparación con la población general ⁽³⁸⁾. Otra limitación está relacionada, como se mencionó antes, con la forma en la que se consideró la presencia de alteraciones psiquiátricas, es decir, considerando la percentila 60 de los puntajes del CBCL; Si bien a mayor percentila, existe una mayor gravedad sintomatológica, lo que nos orienta a que estas alteraciones sean clínicamente relevantes, no se realizó un diagnóstico per se a través de una entrevista clínica y diagnóstica, por lo que podría considerarse una deficiencia a mejorar en futuras investigaciones.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con TEA es alta, en especial en lo que concierne a trastornos externalizados. Por este motivo, el cribado y seguimiento de otros trastornos es clave en el manejo integral de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub; 2014. 417 p.
2. Schieve LA, Tian L, Dowling N, Croen L, Hoover-Fong J, Alexander A, et al. Associations Between the 2nd to 4th Digit Ratio and Autism Spectrum Disorder in Population-Based Samples of Boys and Girls: Findings from the Study to Explore Early Development. *J Autism Dev Disord*. julio de 2018;48(7):2379-95.
3. Rodier PM. Environmental Exposures That Increase the Risk of Autism Spectrum Disorders [Internet]. *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press; [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780195371826.001.0001/med-9780195371826-chapter-048>
4. Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies | *Molecular Psychiatry* [Internet]. [citado 29 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/mp2010121>
5. Michaelson JJ, Shi Y, Gujral M, Zheng H, Malhotra D, Jin X, et al. Whole-Genome Sequencing in Autism Identifies Hot Spots for De Novo Germline Mutation. *Cell*. 21 de diciembre de 2012;151(7):1431-42.
6. Catalá-López F, Ridao M, Hurtado I, Núñez-Beltrán A, Gènova-Maleras R, Alonso-Arroyo A, et al. Prevalence and comorbidity of autism spectrum disorder in Spain: study protocol for a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Syst Rev*. diciembre de 2019;8(1):141.
7. (Zavaleta P, Cordero O, Medina ME. INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE PARA LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: INFORME FINAL [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud, Gobierno de México; 2018 p. 287. Report No.: 9. Disponible en: 10.1017/CBO9781107415324.004), - Buscar con Google [Internet]. [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.google.com.mx/search?sxsrf=ALeKk03sBpniuC1FzjerYsxxg3p5X7lc_Zw%3A1590709960576&ei=yE7QXujvloaYsQXwob-oAg&q=%28Zavaleta+P%2C+Cordero+O%2C+Medina+ME.+INFRAESTRUCTURA+DISPONIBLE+PARA+LA+ATENCI%3%93N+DE+LOS+TRASTORNOS+DEL+ESPECTRO+AUTISTA+EN+EL+SISTEMA+NACIONAL+DE+SALUD%3A+INFORME+FINAL+%5BInternet%5D.+Ciudad+de+M%3%A9xico%3A+Secretar%3%ADa+de+Salud%2C+Gobierno+de+M%3%A9xico%3B+2018+p.+287.+Report+No.%3A+9.+Disponible+en%3A+10.1017%2FCBO9781107415324.004%29%2C+&oq=%28Zavaleta+P%2C+Cordero+O%2C+Medina+ME.+INFRAESTRUCTURA+DISPONIBLE+PARA+LA+ATENCI%3%93N+DE+LOS+TRASTORNOS+DEL+ESPECTRO+AUTISTA+EN+EL+SISTEMA+NACIONAL+DE+SALUD%3A+INFORME+FINAL+%5BInternet%5D.+Ciudad+de+M%3%A9xico%3A+Secretar%3%ADa+de+Salud%2C+Gobierno+de+M%3%A9xico%3B+2018+

p.+287.+Report+No.%3A+9.+Disponible+en%3A+10.1017%2FCBO9781107415324.004
%29%2C+&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAziHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzI
HCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCM
Q6gIQJzIHCCMQ6gIQJ1CxRFixRGDIS2gBcAB4AIABAIGBAJIBAJgBAKABAaABAqoBB
2d3cy13aXqWAQo&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwjo84-
x4NfpAhUGTKwKHfDQDyUQ4dUDCAw&uact=5

8. Matson JL, Nebel-Schwalm MS. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Res Dev Disabil.* 2007;12.
9. Guerrera S, Menghini D, Napoli E, Di Vara S, Valeri G, Vicari S. Assessment of Psychopathological Comorbidities in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder Using the Child Behavior Checklist. *Front Psychiatry.* 26 de julio de 2019; 10:535.
10. Albores-Gallo L, Hernández-Guzmán L, Díaz-Pichardo JA, Cortes-Hernández B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud Ment.* febrero de 2008;31(1):37-44.
11. Huerta M, Lord C. Diagnostic Evaluation of Autism Spectrum Disorders. *Pediatr Clin North Am.* febrero de 2012;59(1):103-11.
12. DeFilippis M. Depression in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Children.* septiembre de 2018;5(9):112.
13. Romero M, Aguilar JM, Del-Rey-Mejías Á, Mayoral F, Rapado M, Peciña M, et al. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *Int J Clin Health Psychol.* septiembre de 2016;16(3):266-75.
14. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* agosto de 2008;47(8):921-9.
15. Kerns CM, Kendall PC. The Presentation and Classification of Anxiety in Autism Spectrum Disorder. *Clin Psychol Sci Pract.* 2012;19(4):323-47.
16. MEd FP. Depression in Youth with Autism Spectrum Disorder. :13.
17. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Res Dev Disabil.* octubre de 2011;32(5):1910-7.
18. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans EW, Scampini R, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr.* agosto de 2010;157(2):259-64.
19. Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Res Autism Spectr Disord.* diciembre de 2013;7(12):1595-616.

20. Gadow KD, DeVincent CJ, Pomeroy J, Azizian A. Psychiatric Symptoms in Preschool Children with PDD and Clinic and Comparison Samples. *J Autism Dev Disord.* 1 de agosto de 2004;34(4):379-93.
21. Wijnhoven LA, Niels-Kessels H, Creemers DH, Vermulst AA, Otten R, Engels RC. Prevalence of comorbid depressive symptoms and suicidal ideation in children with autism spectrum disorder and elevated anxiety symptoms. *J Child Adolesc Ment Health.* 2 de enero de 2019;31(1):77-84.
22. Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink LK, Pedapati EV, Erickson CA. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12:1525-38.
23. Kodak T, Piazza CC. Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* octubre de 2008;17(4):887-905, x-xi.
24. Doshi-Velez F, Ge Y, Kohane I. Comorbidity Clusters in Autism Spectrum Disorders: An Electronic Health Record Time-Series Analysis. *Pediatrics.* enero de 2014;133(1): e54-63.
25. Kozlowski AM, Matson JL, Belva B, Rieske R. Feeding and sleep difficulties in toddlers with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2012;6(1):385–390.
26. Weissman AS, Bates ME. Increased clinical and neurocognitive impairment in children with autism spectrum disorders and comorbid bipolar disorder. *Res Autism Spectr Disord.* octubre de 2010;4(4):670-80.
27. Kazdin AE. Prevention and Treatment Programs. *Am Psychol.* 1993;15.
28. Zavaleta-Ramírez P, Ulloa-Flores RE, Albores-Gallo L. Confiabilidad interevaluador del K-SADS-PL-2009/trastornos del espectro autista (TEA). *Salud Ment.* 1 de enero de 2014;37(6):461.
29. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-Retest Reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mayo de 2006;45(5):538-49.
30. Matson JL, Nebel-Schwalm M, Matson ML. A review of methodological issues in the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children. *Res Autism Spectr Disord.* enero de 2007;1(1):38-54.
31. Tekola B, Baheretibeb Y, Roth I, Tilahun D, Fekadu A, Hanlon C, et al. Challenges and opportunities to improve autism services in low-income countries: lessons from a situational analysis in Ethiopia. *Glob Ment Health Camb Engl.* 2016;3: e21.
32. Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, Gilman SE, Pridgen B, Gold J, et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res.* enero de 2017; 84:105-12.

33. [PDF] Manual for the Child: Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile | Semantic Scholar [Internet]. [citado 1 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Manual-for-the-Child%3A-Behavior-Checklist-and-Child-Achenbach-Edelbrock/408859045620a1a00dc2ad253a9c799cdef51eff>
34. Irwanto, Kahfi M, Febriyana N, Hartini S, Takada S. Emotional and behavioral problems of pre-school children with autistic spectrum disorder assessed by the child behavior checklist 1 1/2 -5. *Kobe J Med Sci.* 2018;64(5):E170–3.
35. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry.* 2009;9:1–9.
36. Hoover DW, Kaufman J. Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(2):128–32.
37. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(8):921–9.
38. Buckley AW, Holmes GL. Epilepsy and autism. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2016;6(4):1–17.

ANEXOS

15.1.1. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

9

POR FAVOR, LEA TODAS LAS REGUNTAS Y CONSTESTE A TODAS Y CADA UNA DE ELLAS		
001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera para la edad que tiene	0	1 2
002. Padece alergia. Especifique:	0	1 2
003. Discute mucho	0	1 2
004. Tiene asma	0	1 2
005. Siendo niño/a tiende a comportarse como los niños/as del sexo opuesto	0	1 2
006. Hace la caca fuera de la taza del retrete (en la ropa, en el suelo, etc.)	0	1 2
007. Fanfarronea	0	1 2
008. No se puede concentrar, no puede estar atento mucho rato	0	1 2
009. No se puede quitar ciertas ideas de la cabeza, manías, obsesiones. Especifique:	0	1 2
010. No está quieto nunca, no para de moverse	0	1 2
011. Está muy pendiente de su madre, maestra, etc., no se aparta del lado de las personas adultas, queda pegado a la falda	0	1 2
012. Se queja de que se encuentra solo	0	1 2
013. Está en las nubes, se mueve en otro mundo, está confuso	0	1 2
014. Llora mucho	0	1 2
015. Maltrata a los animales, los hace sufrir	0	1 2
016. Mete miedo a los demás, amenaza, se mete e intimida a la gente	0	1 2
017. Se pierde en sus pensamientos, sueña con los ojos abiertos	0	1 2
018. Se hace intencionadamente daño, ha hecho algún intento de suicidio, etc.	0	1 2
019. Reclama mucho la atención	0	1 2
020. Rompe o destroza sus cosas, juguetes	0	1 2
021. Rompe o destroza las cosas o juguetes de los demás	0	1 2
022. No obedece en casa	0	1 2
023. No obedece en la escuela	0	1 2
024. No come bien	0	1 2
025. No se entiende con los demás niños/as	0	1 2
026. No parece tener remordimientos tras haber hecho algo mal	0	1 2
027. Tiene celos de cualquier cosa con mucha facilidad	0	1 2
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., tierra, piedrecitas, etc.). Especifique:	0	1 2
029. Tiene miedo a ciertos animales, sitios o situaciones (excepto el colegio). Especifique:	0	1 2
030. Tiene miedo al colegio	0	1 2
031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	0	1 2
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0	1 2
033. Siente o se queja de que nadie lo quiere	0	1 2
034. Piensa que es perseguido/a por alguien, que van a por él/ella	0	1 2
035. Se siente inútil, inferior a los demás	0	1 2

036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a tener accidentes	0	1	2
037. Se pelea mucho: con los hermanos/as, en la calle, en el colegio	0	1	2
038. Le toman mucho el pelo	0	1	2
039. Va mucho con niños/as que suelen tener dificultades (malas compañías)	0	1	2
040. Oye cosas que no existen, por ejemplo voces. Especifique: _____	0	1	2
041. Es muy impulsivo/a, actúa sin pensar	0	1	2
042. Le gusta estar solo/a	0	1	2
043. Es mentiroso/a	0	1	2
044. Se muerde las uñas	0	1	2
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	0	1	2
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describe: _____	0	1	2
047. Tiene pesadillas	0	1	2
048. Los demás no le quieren, no le aceptan, le evitan	0	1	2
049. Es estrenido, defeca con dificultad	0	1	2
050. Es demasiado miedoso/a	0	1	2
051. Se marea	0	1	2
052. Se siente demasiado culpable	0	1	2
053. Come demasiado	0	1	2
054. Se siente cansado/a	0	1	2
055. Tiene demasiado peso para su edad	0	1	2
056. Tiene problemas físicos sin causa médica conocida:			
a) Dolores. Especifique: _____	0	1	2
b) Dolor de cabeza	0	1	2
c) Náuseas y se siente enfermo/a	0	1	2
d) Problemas con la vista. Describe: _____	0	1	2
_____	0	1	2
e) Problema con la piel: enrojecimiento u otros problemas con la piel	0	1	2
f) Dolor de estómago, espasmos	0	1	2
g) Vómitos	0	1	2
h) Otros. Describe: _____	0	1	2
_____	0	1	2
057. Ataca físicamente a la gente	0	1	2
058. Se rasca continuamente, se arranca las costras de la piel	0	1	2
059. Juega en público con sus genitales	0	1	2
060. Juega mucho con sus genitales, se masturba mucho	0	1	2
061. Trabaja mal en la escuela	0	1	2
062. Torpe, poca coordinación	0	1	2
063. Prefiere jugar con niños/as mayores que él/ella	0	1	2
064. Prefiere jugar con niños/as más pequeños que él/ella	0	1	2

065. Se niega a hablar fuera de la familia	0	1	2
066. Repite algunos actos de forma sucesiva, de forma compulsiva. Describa:	0	1	2
067. Se fuga de casa	0	1	2
068. Grita y chilla mucho	0	1	2
069. Reservado/a, se guarda las cosas para sí mismo/a	0	1	2
070. Ve cosas que no están. Describa:	0	1	2
071. Se aturde con facilidad, sentido del ridículo	0	1	2
072. Quema cosas	0	1	2
073. Tiene problemas sexuales. Describa:	0	1	2
074. Hace payasadas, llama la atención	0	1	2
075. Es tímido/a, retraído/a	0	1	2
076. Duerme menos que la mayoría de los niños/as de su edad	0	1	2
077. Duerme más que la mayoría de los niños/as de su edad, durante el día y/o la noche. Describa:	0	1	2
078. Se mancha o juega con su caca	0	1	2
079. Tiene dificultades al hablar. Describa:	0	1	2
080. Se queda en blanco, se bloquea	0	1	2
081. Roba en casa	0	1	2
082. Roba fuera de casa	0	1	2
083. Almacena cosas que no necesita. Describa:	0	1	2
084. Comportamiento extraño. Describa:	0	1	2
085. Tiene ideas extrañas. Describa:	0	1	2
086. Es irritable, testarudo/a, repugnante	0	1	2
087. Cambia rápido de humor	0	1	2
088. Es arisco/a, solitario/a	0	1	2
089. Es suspicaz, desconfiado/a	0	1	2
090. Dice palabrotas, lenguaje obsceno	0	1	2
091. Habla de suicidio	0	1	2
092. Habla o se levanta o camina cuando está dormido/a. Describa:	0	1	2
093. Habla demasiado	0	1	2
094. Molesta mucho	0	1	2
095. Tiene muchas rabietas	0	1	2
096. Piensa mucho en cosas sexuales	0	1	2
097. Amenaza a la gente	0	1	2
098. Se chupa el dedo	0	1	2
099. Está demasiado preocupado/a por el aseo o limpieza	0	1	2
100. Duerme con dificultad. Describa:	0	1	2

15.1.1. Inventario de Conducta de niños
(Child Behavior Checklist, CBCL)

101. Hace novillos, se fuga de la escuela	0	1	2
102. Es poco activo/a, lento/a, le falta energía	0	1	2
103. Está infeliz, triste o deprimido/a	0	1	2
104. Demasiado alborotador	0	1	2
105. Consume alcohol o drogas. Describa:	0	1	2
106. Vandalismo, destruye cosas públicas	0	1	2
107. Se hace pis encima durante el día	0	1	2
108. Se hace pis encima durante la noche	0	1	2
109. Lloriquea mucho	0	1	2
110. Quiere ser del sexo opuesto	0	1	2
111. No se relaciona con los demás niños/as, no tiene amigos/as	0	1	2
112. Está preocupado/a	0	1	2
113. Por favor, describa cualquier problema que tenga su hijo/a y que no aparezca en la lista:	0	1	2
<p>POR FAVOR, NO OLVIDE REVISAR TODO EL CUESTIONARIO UNA VEZ QUE LO HAYA FINALIZADO. CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS.</p> <p>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.</p>			



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

Ciudad de México, 16 de junio del 2021

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-018-2021

Andrés Baldeón Vilchis

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: "Prevalencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas en pacientes con trastorno del espectro autista", con número de registro II3/02/0310/TB.

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

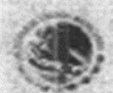
Dra. Laura Fritsche García

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

Av. Azafrán 2000, Col. San Rafael, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 065 000
Teléfono: 590 0700, 590 0701, 590 0702, 590 0703, 590 0704, 590 0705, 590 0706, 590 0707, 590 0708, 590 0709, 590 0710, 590 0711, 590 0712, 590 0713, 590 0714, 590 0715, 590 0716, 590 0717, 590 0718, 590 0719, 590 0720, 590 0721, 590 0722, 590 0723, 590 0724, 590 0725, 590 0726, 590 0727, 590 0728, 590 0729, 590 0730, 590 0731, 590 0732, 590 0733, 590 0734, 590 0735, 590 0736, 590 0737, 590 0738, 590 0739, 590 0740, 590 0741, 590 0742, 590 0743, 590 0744, 590 0745, 590 0746, 590 0747, 590 0748, 590 0749, 590 0750, 590 0751, 590 0752, 590 0753, 590 0754, 590 0755, 590 0756, 590 0757, 590 0758, 590 0759, 590 0760, 590 0761, 590 0762, 590 0763, 590 0764, 590 0765, 590 0766, 590 0767, 590 0768, 590 0769, 590 0770, 590 0771, 590 0772, 590 0773, 590 0774, 590 0775, 590 0776, 590 0777, 590 0778, 590 0779, 590 0780, 590 0781, 590 0782, 590 0783, 590 0784, 590 0785, 590 0786, 590 0787, 590 0788, 590 0789, 590 0790, 590 0791, 590 0792, 590 0793, 590 0794, 590 0795, 590 0796, 590 0797, 590 0798, 590 0799, 590 0800





SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Oficio: DICI/849/2010
Asunto: Dictamen de aprobación.

México, D.F., a 1º de Marzo de 2010.

**DRA. LILIA ALBORES GALLO
PRESENTE**

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación bajo su responsabilidad titulado "Estudio clínico genético del fenotipo de atención conjunta en familias nucleares de pacientes con diagnóstico de autismo y/o TDAH", queda registrado en esta División de Investigación con clave IIS/02/0010, ha sido **aprobado**, considerando incluir en el protocolo las recomendaciones que a continuación se describen:

1. El proyecto de investigación debe ser evaluado por el Comité de Ética
2. Incluir un mapa genómico del fenotipo CHRNA4
3. Elaboración de una carta compromiso interinstitucional
4. Elaborar una carta de consentimiento informado que incluya una cláusula si el estudio será abierto o cerrado

Se hace de su conocimiento las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de **testigo**:

- Anexar en el expediente clínico el original del consentimiento informado de cada participante firmada por los padres, el menor y los testigos.
- Realizar la nota clínica de cada paciente en el formato de investigación y anexarla al expediente clínico correspondiente, donde se especifiquen los resultados de cada evaluación realizada (anexo).
- Entregar su primer informe trimestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Junio del año en curso con firma del co-responsable (anexo), así como los productos derivados.
- De acuerdo al cumplimiento estipulado en la ley federal de transparencia y acceso a la información pública gubernamental, deberá informar sobre los expedientes clínicos que consulte para el desarrollo de su investigación en el formato de registro de pacientes de investigación (anexo).
- Entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**LIC. ENF. LUCÍA ARCINIEGA BUENROSTRO
SECRETARÍA TÉCNICA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

Recibi original

Albore

4 MARZO 2010

C.c.p. Comité de Ética del HPIJUNN
Registro de Productividad del HPIJUNN
Archivo



Ciudad de México, 26 de Mayo de 2017
Oficio no. 20

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigadora responsable

Por medio de la presente le informo que en relación al oficio que la Dra. Márquez Caraveo, jefa de la división de investigación suscribe al CEI, con fecha del 8 de Mayo del presente año, haciendo referencia a su vez del documento no. 62, expedido por el CEI el día 22 de Marzo de 2010, solicitando la aprobación definitiva del documento de consentimiento del proyecto: *Estudio clínico genético del fenotipo de atención conjunta en familias nucleares de pacientes con diagnóstico de autismo y/o TDAH*, del cual es usted la investigadora responsable. Se le informa que el pleno del comité acuerda otorgar la aceptación del documento de consentimiento.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI-DJNN





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

Dra. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández
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: "Estudio clínico genético del fenotipo de atención conjunta en familias nucleares de pacientes con diagnóstico de autismo y/o TDAH."

Clave de registro: II3/02/0310.

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

Título: "Prevalencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas en pacientes con Trastorno del Espectro Autista".

Clave de registro: II3/02/0310/Tb

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

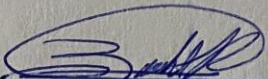
Tesista: **Andrés Mateo Baldeón Vilchis.**

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 Ramirez