



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL TRANSTORNO
DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2015**

**PRESENTADA POR
CARLOS RAÚL MUÑOZ HUERTA**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL TRASTORNO DE
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2015**

TESIS

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTADA POR

CARLOS RAÚL MUÑOZ HUERTA

LIMA – PERÚ

2016

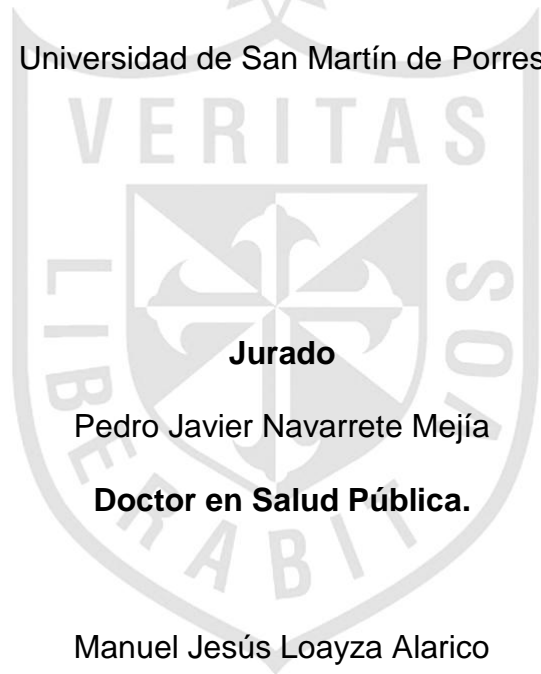
Asesor

Juan Carlos Velasco Guerrero

Doctor en salud Pública

Docente de la Facultad de Medicina

Universidad de San Martín de Porres



Jurado

Pedro Javier Navarrete Mejía

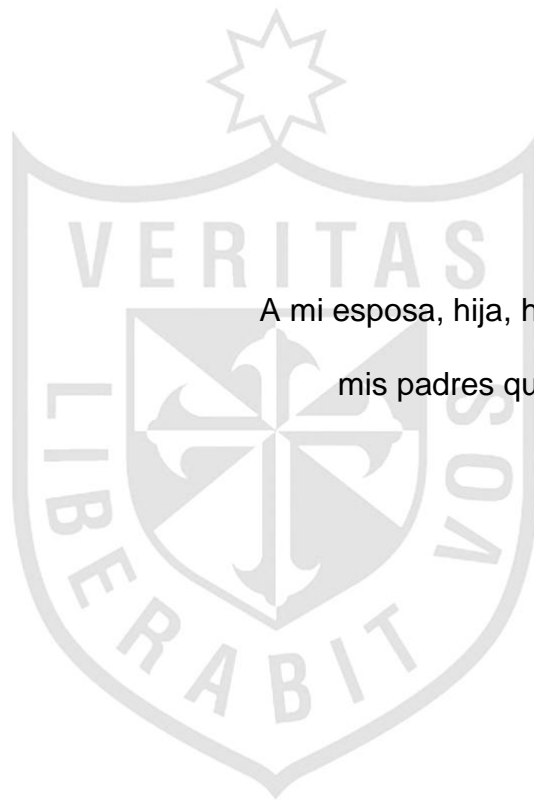
Doctor en Salud Pública.

Manuel Jesús Loayza Alarico

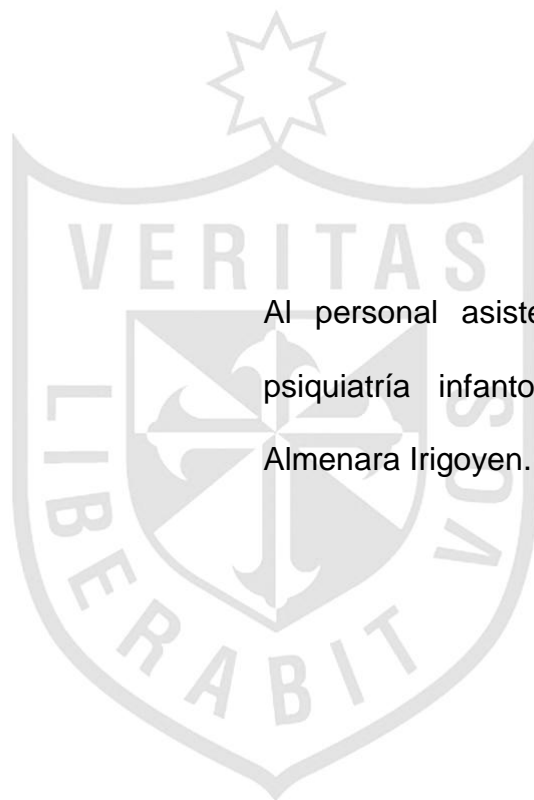
Maestro en Salud Pública.

Zoel Anibal Huatuco Collantes

Maestro en Políticas y Planificación en Salud.



A mi esposa, hija, hermana y sobre todo a
mis padres que me apoyaron en todo
momento



Agradecimientos:

Al personal asistencial del servicio de
psiquiatría infanto juvenil del Hospital
Almenara Irigoyen.

ÍNDICE

Asesor y jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes de la investigación	2
1.2. Bases teóricas	6
1.3. Definiciones de términos básicos	19
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	
2.1. Tipo y diseño de la investigación	20
2.2. Diseño muestral	20
2.3. Características del lugar donde se realizó la investigación	20
2.4. Técnicas de recolección de datos	21
2.5. Procesamiento y Análisis de datos	21
2.6. Aspectos éticos	22
CAPÍTULO III. RESULTADOS	23

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	28
-------------------------------	----

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	31
------------------	----

5.2 Recomendaciones	32
---------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 01 Instrumento de recolección de datos



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Trastorno del espectro autista es un trastorno neuropsiquiátrico crónico caracterizado por déficit en la interacción social, problemas para el uso del lenguaje, así como conductas repetitivas y restringidas, además el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un problema de salud pública nacional, caracterizado por déficit en la atención, hiperactividad e impulsividad

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas según sexo y edad del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen entre los meses de julio a diciembre 2015 en Consulta Externa.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal descriptivo, cuya población estuvo constituida por 349 pacientes diagnosticados de trastorno del espectro autista atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen entre los meses de julio a diciembre 2015 en los que se buscó a su vez el diagnóstico de TDHA,

RESULTADOS: Se encontró que el 41,83% Con TEA presentaba a su vez el diagnóstico de TDHA, el grupo etario donde más se presentó esta comorbilidad fue el comprendido entre 6-11 años y la comorbilidad con TDHA fue más frecuente en el sexo masculino.

CONCLUSIONES: Las características epidemiológicas del TDHA en pacientes con el diagnóstico de TEA, son similares a las publicadas en otros estudios.

Palabras Clave: Trastorno del Espectro Autista, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Neuropsiquiátrico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Autism spectrum disorder (ASD) is a chronic neuropsychiatric disorder characterized by deficits in social interaction, problems with the use of language as well as repetitive and restricted behavior. Attention deficit hyperactivity disorder is a public health issue characterized by hyperactivity, impulsivity and deficit in attention. **OBJECTIVES** To Describe ADHD epidemiological characteristics by age and sex in Guillermo Almenara Irigoyen Hospital outpatients from July to December 2015 diagnosed with autism spectrum disorder **METHODS:** Observational, retrospective, longitudinal descriptive study. 349 ASD patients with possible concomitant ADHD diagnostic from the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Guillermo Almenara Irigoyen Hospital in service care from July to December 2015. **RESULTS:** 41.83% of ASD outpatients had the diagnosis of ADHD, these two conditions were found in the age group of 6-11 and comorbidity with ADHD was more frequent in males. **CONCLUSIONS:** The epidemiological characteristics of ADHD in patients with the diagnosis of ASD are similar to those reported in other studies.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Neuropsychiatric Disorder.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del espectro autista es un trastorno neuropsiquiátrico crónico caracterizado por déficit en la interacción social, problemas para el uso del lenguaje, así como conductas repetitivas y restringidas que causan múltiples dificultades en la vida diaria de la persona afectada, patología con una prevalencia de 1 en cada 68 niños en la población infanto-juvenil, de diagnóstico muchas veces retardado debido a ser un diagnóstico netamente clínico y a la dificultad agregada con diagnósticos diferenciales como trastornos del lenguaje, retardo mental, etc. Representa según estadística del INSM del año 2013, un 8% del total de pacientes nuevos atendidos durante dicho año. ⁽¹⁾

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un trastorno neuropsiquiátrico multicausal, poligenético, altamente prevalente en la población infanto-juvenil, siendo un problema de salud pública nacional, caracterizado por déficit en la atención, hiperactividad e impulsividad, el cual presenta una prevalencia de 5% como presenta el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.⁽²⁾ Siendo la segunda patología más frecuente dentro de la patología psiquiátrica en niños y adolescentes según estadística del Instituto de Salud Mental solo superada por cuadros depresivos.⁽³⁾

Actualmente dentro de las patologías en Psiquiatría Infanto-Juvenil, tanto el Trastorno del Espectro Autista como el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad están dentro de las que presentan mayor prevalencia en la consulta psiquiátrica, siendo ambas problemas de salud pública nacional e internacional, al presentarse ambas patologías empeoran el pronóstico de los pacientes que las sufran, siendo de suma importancia un diagnóstico precoz, así como adecuado para un correcto tratamiento.

Así mismo al tratar de correlacionar ambas patologías se conseguirá un importante aporte al conocimiento de ambas patologías y poder servir al inicio de nuevas investigaciones sobre el tema en el servicio de psiquiatría infanto-juvenil del HNGAI.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I.1 Antecedentes de la investigación

A partir del año 2013, con la publicación del Manual de criterios diagnósticos DSM- V de la Asociación Psiquiátrica Americana se abre la posibilidad de poder diagnosticar al mismo tiempo el TEA y TDHA. Si bien se contaba ya en los últimos años antes de la publicación estudios en los cuales se encontraba relación entre ambos diagnósticos, estudios que permitieron que finalmente se acepte la comorbilidad de ambos diagnósticos, trayendo consigo la posibilidad de poder realizar mejores tratamientos y mejorar el pronóstico funcional en dichos pacientes. ⁽⁴⁾

En un estudio publicado en noviembre del 2010, en el cual se entrevistó a los padres de gemelos nacidos en Suecia entre 1992 y 2000 (N = 10.895) con respecto a los trastornos del espectro del autismo y otras condiciones, se encontró que el 51% de pacientes diagnosticados de TEA también cumplían criterios de TDAH, además se encontró que en gemelos monocigotos de los niños con trastornos del espectro autista, la probabilidad de tener un diagnóstico de TDAH fue del 44%, en comparación con 15% para los gemelos dicigotos. ⁽⁵⁾

En el 2011 se realiza un estudio el cual consistía en estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, así como la relación de la comorbilidad y déficit en funcionamiento cognitivo, en una muestra de 60 niños (37 hombres y 23 mujeres), con trastornos del espectro autista (TEA) reclutados en tres países árabes (Egipto, Arabia Saudita y Jordania). El Diagnóstico comórbido se estableció por medio de una entrevista clínica y una entrevista clínica semiestructurada para los niños y adolescentes. Además, para todos los pacientes la evaluación cognitiva se midió dado el rango de edades y el nivel de habilidad. Encontrándose hasta un 63% de trastorno comorbido al TEA. Los trastornos comórbidos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (58,3%), TDAH (31.6%), trastornos de conducta (23,3%) y el trastorno depresivo mayor

(13,3%). Dentro de los pacientes que presentaban comorbilidad con TDHA, Las dos terceras partes presentaban síntomas netamente de déficit de atención y solo un 23% presentaron tantos síntomas de hiperactividad y déficit de atención.

En Junio del 2011 se publica un estudio en realizado en un colegio de niños especiales que presentan el diagnóstico de TEA con una muestra de 71 participantes entre las edades de 6 a 17 años, 72 por ciento de la muestra presentaba una comorbilidad, presentando en un 31% el diagnóstico comorbido de TDHA. ⁽⁶⁾

Estudio en el año 2013, en el cual se estudió a 198 pre-escolares con TEA que tenían rehabilitación en un centro especializado en Suecia, en el cual los padres y los niños fueron vistos por un equipo de investigación, los datos se basaron en entrevistas de los padres, las evaluaciones pediátricas y pruebas del niño. Se recogió información sobre síntomas autistas, la función cognitiva general, el habla y el lenguaje, así como otros puntos.

Se utilizaron tres categorías, trastorno autista, Síndrome de Asperger y grupo con rasgos autistas. Un 33% por ciento del total de pacientes clasificados en estos tres grupos tenía un cuadro de déficit de atención e hiperactividad severo. ⁽⁷⁾

Así como en un estudio del 2013 en donde en un grupo de 129 pacientes pre-escolares evaluados en La Clínica de Neuropsiquiatría Infantil (CNC) en Gotemburgo por un equipo de investigación (examen del desarrollo neurológico, entrevistas estructuradas y exámenes cognitivos y lingüísticos generales) se buscaba la prevalencia de TEA y su comorbilidad, Los padres y los niños fueron vistos por un equipo de investigación. Los datos se basan en entrevistas realizadas a los padres de los pacientes, las evaluaciones pediátricas y pruebas que se hicieron a los niños.

Se recogió información sobre los síntomas autistas, la función cognitiva general, el habla y el lenguaje, la función motora, la epilepsia, la visión, la audición, el nivel de actividad, el comportamiento, y el sueño, encontrándose 100 pacientes que cumplían criterios para el Diagnóstico de TEA, de estos pacientes un 37% presentaba a su vez un cuadro de hiperactividad. ⁽⁸⁾

En un estudio británico de cohorte del año 2014 en el que se recolectó la información dada por los padres de aproximadamente 14000 niños, en donde los padres referían si alguna vez sus hijos habían sido diagnosticados de TEA y/o TDHA, encontrándose que en el 1.7% presentaban TEA, 1.4% presentaban TDHA y que el 0.3% del total de la muestra presentaba ambos diagnósticos.⁽⁹⁾

En el estudio del 2012 sobre el autismo y sus comorbilidades y asociaciones que se realizó a través de una encuesta a 91 niños diagnosticados de TEA entre las edades de 6 a 14 años seleccionados de cinco escuelas tras un muestro aleatorio estratificado, para determinar la posibilidad de condiciones comorbidas, se encontró que el 72.5% tenía al menos una comorbilidad y que entre las comorbilidades más prominentes se encontraban el TDHA.⁽¹⁰⁾

En el estudio realizado en 2013⁽¹¹⁾, se encuentra que un porcentaje de pacientes con TEA de alto funcionamiento presentan a su vez clínica de TDHA, se trabajó con dos grupos uno en el que presentaban ambos síntomas y otro en el que se presentaba solo el de TDHA, encontrándose un mayor déficit en la memoria de adquisición, verbal y a largo plazo en el grupo con ambas patologías.

En 2012 se realizó un estudio en el cual se buscaba aceptar o rechazar la hipótesis si el TEA y TDHA eran dos patologías diferentes o si eran síntomas de una misma patología, se buscaron en 644 niños y adolescentes entre 5 a 17 años de edad síntomas como falta de atención, reconocimiento de emociones a través del cuestionario de comunicación social (SCQ) y el test de Conners para padres, se dividió a estos 644 niños en cinco grupos, en 2 grupos se encontró síntomas de ambas patologías y no se encontró un grupo con síntomas puros de TEA, demostrándose la gran relación entre el diagnóstico de TEA y el de TDHA.⁽¹²⁾

En el 2011 se estudia el control inhibitorio y la presencia de teoría de la mente como variables en tres grupos con el rango de edades entre 5 a 22 años, uno con TDHA, uno con TEA y otro con ambos diagnósticos, se encuentra finalmente que los pacientes con TEA presentaban un mayor control inhibitorio y en el rendimiento de teoría de la mente los pacientes más jóvenes con diagnóstico TDHA presentaban un mayor rendimiento en la teoría de la mente, observándose no solo la comorbilidad de diagnóstico, sino también la correlación en

sintomatología entre ambos diagnósticos.⁽¹³⁾

En un estudio del 2013 cuyo objetivo fue analizar la posible influencia de los síntomas del TDAH en la psicopatología autista en una amplia muestra de pacientes con TEA, Pusieron a prueba la hipótesis de que los pacientes con TEA y un TDAH adicional mostrarían una mayor gravedad de los síntomas autistas que aquellos con ASD solamente . Midieron síntomas autistas utilizando el programa de diagnóstico observacional del autismo (ADOS-G), la entrevista de diagnóstico del autismo (ADI-R), y la escala de sensibilidad social (SRS). Para medir psicopatología y TDAH síntomas generales, se utilizó el Child Behavior Checklist (CBCL) y la escala de calificación de TDAH (FBB-ADHS), respectivamente. Las diferencias de grupo entre el TDHA + y el grupo TDHA- se calcularon mediante un análisis univariado de la varianza (ANOVA). El grupo TDHA + mostró una mayor gravedad de los síntomas autistas que el grupo TDHA-, medida por el SRS y el ADI-R. Los pacientes con TEA y un TDAH adicional expresaron una fuerte gravedad de los síntomas autistas que los pacientes con solamente TEA.⁽¹⁴⁾

En un estudio del año 2014, se examinaron las tasas de información de los padres sobre síntomas clínicamente significativos de trastorno de hiperactividad por déficit de atención en los niños en edad escolar (4-8 años) con trastorno del espectro autista, la mayoría de los cuales se inscribieron por primera vez en protocolos de investigación como los niños pequeños. Los resultados revelaron que los niños con trastorno del espectro autista y trastorno de hiperactividad con déficit de atención tenían un funcionamiento inferior cognitivo, deterioro social más grave, y mayores demoras en el funcionamiento adaptativo de los niños con solamente trastorno del espectro autista.⁽¹⁵⁾

En un estudio del 2014 se comparó un grupo de 107 pacientes que asistían a un programa de tratamiento para el espectro autista y un grupo de 74 pacientes con diagnóstico de TDHA que asistían a un programa de tratamiento psiquiátrico infantil .Se encontró que setenta y seis por ciento de los jóvenes con TEA cumplieron con los criterios para el TDAH , La presentación clínica del TDAH en los jóvenes con TEA era predominantemente similar al grupo de pacientes con diagnóstico de TDHA, como la edad de inicio ($3,5 \pm 1,7$ vs. $4,0 \pm 1,9$; $p = 0,12$), la distribución de los subtipos de diagnóstico, el perfil cualitativo y cuantitativo de los

síntomas, y los síntomas de gravedad. Subtipo combinado fue la presentación más frecuente de TDAH en los pacientes con TEA. ⁽¹⁶⁾

El estudio realizado en el 2013 comparo las tasas de comportamientos tipo rabieta en niños con trastornos del espectro autista (TEA) (n = 255), déficit de atención / hiperactividad (TDAH) (n = 40) y los niños con TEA y TDAH (n = 47). Los padres y tutores de los niños entre las edades de 3 a 16 años fueron encuestados acerca de los comportamientos de sus hijos utilizando el test trastornos comorbidos del espectro autista para la Infancia (ASD-CC). Se encontró que los niños con TEA y TDAH comorbido tienen una presentación de los síntomas más similares a los niños con TEA que los niños con TDAH. ⁽¹⁷⁾

El estudio del 2015 tuvo como objetivo identificar los trastornos mentales comórbidos de déficit de atención / hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes (4-17 años de edad) diagnosticados en hospitales psiquiátricos daneses entre 1995 y 2010. Se incluyeron un total de 14.825 pacientes. Se buscaron asociaciones de trastornos comórbidos con el sexo, la edad. En la muestra total, el 52,0% de los pacientes tenía al menos un trastorno psiquiátrico comórbido al TDAH y el 26,2% tenía dos o más trastornos comórbidos. Dentro de los trastornos comorbidos más frecuentes se encontró el trastorno del espectro autista en un 12,4%. El estudio muestra que en particular se debe prestar atención a los pacientes con trastornos del neurodesarrollo como el autismo y discapacidad intelectual en los futuros análisis longitudinales. Estos trastornos son muy frecuentes en los pacientes con TDAH, y los pacientes afectados pueden seguir un curso diferente a los pacientes sin estos trastornos. ⁽¹⁸⁾

I.2 Bases teóricas

Trastorno del espectro autista (TEA)

Definición, Historia y Clasificaciones

El autismo es un síndrome conductual que engloba a un grupo de trastornos neuropsiquiátricos con unas características clínicas comunes, pero de difícil categorización etiológica y diagnóstica. Lo padecen 4 de cada 10.000 personas.

En Estados Unidos hay un autista cada 150 niños, y su incidencia parece estar en aumento. Padecen autismo cuatro veces más hombres que mujeres de todas las etnias, culturas y niveles socioeconómicos. ⁽¹⁹⁾

Desde las primeras descripciones que Kanner hizo del Trastorno Autista, se observó la dificultad para diferenciar a estos niños de otros que padecían trastornos psicóticos de características similares, pero que no cumplían totalmente sus criterios. La descripción inicial de Kanner incluía.

Profunda falta de contacto afectivo con otras personas.

Deseo angustiosamente obsesivo de que todo se mantenga igual.

Fascinación por ciertos objetos que pueden ser manipulados a través de finos movimientos motores.

Mutismo o bien un tipo de lenguaje cuya función no parece ser la comunicación interpersonal.

Mantenimiento de una fisonomía inteligente y pensativa con buen potencial cognitivo (proezas de memoria y buenos resultados en test de ejecución o manipulativos)

Posteriormente, Eisemberg y Kanner (1956) simplificaron esta lista y únicamente, destacaron dos aspectos fundamentales:

La soledad extrema.

El deseo intenso de preservar la identidad (con el comienzo en los dos primeros años).

A partir de los años 1970 se diferencian dos tipos de cuadros que se basan en la edad de aparición del trastorno:

Primera infancia: en este caso, el autismo surge como una anomalía en el proceso de desarrollo del niño.

Segunda infancia y adolescencia: los trastornos que aparecen en estos períodos presentan características diferentes. Implican una pérdida de contacto con la realidad de individuos que previamente han funcionado normalmente o casi normalmente. La esquizofrenia infantil era el cuadro más prototípico.

En 1984, Rutter define el autismo como un síndrome conductual y destaca tres grupos de síntomas:

Incapacidad profunda y general para establecer relaciones sociales.

Alteraciones del lenguaje y de las pautas prelingüísticas

Fenómenos ritualistas o compulsivos.

Con la aparición del DSM-III (APA, 1980) comienza a emplearse el término Trastorno Profundo del Desarrollo (TPD), que implica la asunción de que el autismo es una alteración del desarrollo y se separa definitivamente como entidad diagnóstica de las psicosis. Posteriormente, se incorpora el nombre Trastorno Generalizado del Desarrollo (APA, 1987 DSM III-R), ya que se consideró que el término profundo no definía adecuadamente el trastorno ⁽²⁰⁾

Para el DSM-IV y la CIE 10, los criterios para el diagnóstico de autismo eran solo clínicos con un núcleo central en las definiciones, los trastornos del espectro autista (TEA) caracterizados por la alteración de 3 dominios del comportamiento o dimensiones: la interacción social (alteración en la capacidad de socializarse), el lenguaje, la comunicación (capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada) y juego imaginativo, gama de intereses y actividades (patrones de comportamientos restringidos y repetitivos). Una lista de criterios que deben estar presentes antes de los 36 meses de edad (para el diagnóstico de autismo o síndrome autista). El DSM-IV diferenció las cinco condiciones donde se debe contemplar el diagnóstico de autismo y corresponden a las siguientes categorías:

- Trastorno autista (TA),
- Trastorno del desarrollo no especificado
- Síndrome / trastorno de Asperger,
- Síndrome de Rett,
- Trastorno desintegrativo de la niñez.

Dentro del conjunto de los TEA, los casos del trastorno autista (TA) son los más frecuentes y mejor definidos, el resto de TEA se confunde con otros trastornos como el retardo mental, trastornos del lenguaje, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia entre otros. Las herramientas de diagnóstico clínico desarrolladas sobre la base de criterios del DSMIV, intentaban separar el trastorno autista (TA)

de las otras categorías, apelando a observaciones más objetivas (ADOS - Autism Diagnostic Observation y el ADI-R - Autism Diagnostic Interview-Revised entre otros). La actual versión del DSM, el DSM-V, consolidó conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica del DSM-IV, como sustento a la reformulación de la clasificación está la lógica del planteamiento dimensional. Se conoce lo suficiente sobre el síndrome de Rett para definirlo como una enfermedad de base genética con algunos síntomas de los TEA y por tanto este se excluye. En el caso del trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno autista no especificado, no existen hasta ahora datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguirlos cualitativamente como entidades completamente diferenciadas o excluyentes, por esa razón, desaparecen las 5 categorías del DSM-IV. ⁽²¹⁾

Bajo el término 'trastornos del espectro autista' (TEA) se engloba un conjunto heterogéneo de alteraciones del neurodesarrollo cuya sintomatología definitoria incluye, además de un trastorno en el desarrollo sociocomunicativo y un patrón restringido de actividades e intereses, otro tipo de manifestaciones clínicas que varían enormemente de un individuo a otro. Hay personas en las que el cuadro de autismo se acompaña de discapacidad intelectual, otras muestran una alteración grave en el desarrollo lingüístico, y otras, además, centran gran parte de su actividad espontánea en la realización repetitiva de conductas autoestimulatorias. Frente a eso, algunas personas, a pesar de compartir ese mismo diagnóstico, presentan un alto potencial cognitivo, capacidades elaboradas de juego o habilidades lingüísticas acordes a su nivel de desarrollo cronológico. Esta variabilidad en la expresión clínica no sólo se observa de un individuo a otro, sino que además, a lo largo del ciclo vital de una misma persona, también se producen cambios significativos en la intensidad y manifestación de las características que definen y acompañan el cuadro. ⁽²²⁾

El DSM-V agrupó los dominios en 2:

- 1) Déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo, en

el estarán incluidos los dos dominios iniciales del DSM-IV: trastorno cualitativo de la relación social (alteración en la capacidad de socializar) y trastorno cualitativo de la comunicación (capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada), e incluye los problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo.

- 2) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, definido igual más la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o el interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno. Además el DSM-V reemplaza la necesidad de que se presentaran antes de los 36 meses, retrasos o alteraciones en una de las tres áreas (interacción social, empleo comunicativo del lenguaje o juego simbólico), por la necesidad de que los síntomas estén presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades. ⁽²³⁾

Detección Temprana y Screening

El trastorno del espectro autista (autismo) es una familia de trastornos del neurodesarrollo de origen genético y de elevada prevalencia y heterogeneidad que puede tener efectos devastadores para el niño, la familia, y los sistemas sanitario y educativo. A pesar de los avances en la detección sistemática a través de escalas y cuestionarios y en la armonización de los métodos de diagnósticos, la edad de diagnóstico del autismo en Estados Unidos ronda todavía los 4 o 5 años, y aún más en los colectivos desfavorecidos, lo que supone varios años después del segundo o tercer año de vida en que un especialista puede diagnosticarlo con fiabilidad. Dado que la detección y el tratamiento precoz son dos factores primordiales para optimizar el desenlace del trastorno, y dado que el diagnóstico es casi siempre una condición necesaria para que las familias puedan acceder al tratamiento precoz, la rebaja de la edad de diagnóstico se ha convertido en una de las mayores prioridades de la disciplina. ⁽²⁴⁾

Se realizó en 2013 un estudio descriptivo y retrospectivo del proceso de detección y diagnóstico de 42 niños con trastornos del espectro autista (TEA) por medio de una entrevista semiestructurada y a través de la revisión de historias clínicas.

Se encontró que los padres son las personas que inicialmente sospechan la presencia de algún trastorno, alrededor de un año diez meses de edad. Los signos de alarma más frecuentes son los comportamientos ausentes, la falta de lenguaje y el retraso motor. Para la detección y diagnóstico participan, en promedio, cinco profesionales. El neurólogo infantil y el psicólogo fueron quienes más diagnósticos de TEA realizaron, entre los tres y los cinco años de edad. ⁽²⁵⁾

Se sabe que aproximadamente, el 25% de los niños que acuden a los servicios de atención primaria, pueden mostrar algún tipo de perturbaciones en su desarrollo, la mayoría en grado leve, tales como retraso del lenguaje o dificultades motoras. No obstante, en los Estados Unidos donde se cuentan con todos los servicios adecuados y accesibles a la población, solo el 30% de centros de cuidados primarios para el niño sano realizan pruebas estandarizadas de screening de trastornos del espectro autista.

Frente a esta situación, la Academia Americana de Pediatría pone de relieve la importancia de hacer una supervisión adecuada del descarte de patología del desarrollo, en cada una de las consultas de atención del niño sano; recomendando incentivar el compromiso de los padres y la promoción de habilidades de detección acordes a la edad del niño, en todos los aspectos del desarrollo. ⁽²⁶⁾

Un procedimiento de cribado debe considerar sus propiedades psicométricas, cómo identifica falsos positivos y negativos y la edad, ya que a una edad muy baja resulta fácil confundir TEA con otras alteraciones, especialmente en caso de bajo cociente intelectual. Hay que valorar el tipo de ítems del instrumento, el punto de corte y los criterios para la derivación. La colaboración de profesionales y familias y el contexto asistencial son relevantes. La detección precoz es beneficiosa para los niños, las familias y el sistema asistencial, pero aún debe promoverse la vigilancia activa del desarrollo para la detección precoz.

Para descartar el síndrome de autismo, los niños normales pueden ser sometidos a screening con el Quantitative Checklist for Autism in Toddlers (Q-CHAT), que tiene 25 preguntas sensibles para detectar marcadores tempranos de autismo. El Q-CHAT es una modificación del CHAT original, que fuera usado en una muestra grande de niños normales, mostrando buena sensibilidad para poder formular, más adelante, un diagnóstico acertado del autismo. ⁽²⁷⁾

Actualmente es posible diagnosticar el autismo con un alto grado de fiabilidad entre los 18 meses y los 2 años. Sin embargo, los primeros síntomas ya están presentes mucho antes del diagnóstico. Ello ha dado pie a que se hayan llevado a cabo múltiples estudios, retrospectivos y prospectivos, orientados a detectar manifestaciones que faciliten un diagnóstico lo más precozmente posible. A partir de estas investigaciones se han podido detectar síntomas cuya aparición se sitúa entre los 6 y 12 meses. Aunque se ha visto que estos síntomas tienen un interés diagnóstico limitado, aportan información muy valiosa para la comprensión del autismo en el marco de los trastornos del neurodesarrollo, en el sentido de destacar un patrón evolutivo que en su inicio es común a diversos trastornos, pero que progresivamente va configurando un fenotipo específico

La falta de adquisición de las siguientes características en menores de un año puede ser considerada anormal:

Retraso en el seguimiento de la cara.

Retraso en el seguimiento con la mirada cuando otra persona señala con el dedo.

Falta de respuesta al nombre.

Reducción del contacto ocular.

Reducción de la sonrisa social.

Disminución de gestos comunicativos, señalar con el dedo declarativamente.

Menor frecuencia en dirigir la mirada y vocalizaciones a otras personas.

Estereotipias.

Sutiles retrasos en el desarrollo motor. ⁽²⁸⁾

Etiología

Pese a que el autismo es considerado un síndrome heterogéneo, de etiología multifactorial, se conoce que existen varias causas médicas como el Síndrome X frágil, la esclerosis tuberosa, exposiciones intrauterinas a los anti convulsionantes, un 10 a 40% de casos de autismo, se pueden explicar por diagnósticos médicos.

TEA es una condición de base biológica de etiología multifactorial. Los factores genéticos juegan un papel importante, aunque pocos genes específicos se han descubierto. El Autismo es altamente heredable, contamos con estudios donde se estima una proporción de riesgo atribuible a factores genéticos en el 80% o superior. ⁽²⁹⁾ Un gran estudio multicéntrico de niños con un hermano mayor con TEA reportó una tasa de recurrencia del 18,7%. ⁽³⁰⁾

La susceptibilidad genética puede ser modulada por factores ambientales. Influencias ambientales establecidas como probables causas incluyen la exposición prenatal a la rubéola, talidomida y el ácido valproico. Otros factores de riesgo no genéticos potenciales incluyen prematuridad, bajo peso al nacer ⁽³¹⁾ y la edad de los padres, no solo a la edad tanto materna o paterna, sino también a la diferencia de edad entre los padres. ⁽³²⁾ Aunque algunas personas con TEA tienen respuestas inmunes disfuncionales, numerosos estudios epidemiológicos no han apoyado una relación causal entre la vacunación y el espectro autista.

Abordajes diagnósticos

El método fundamental para el diagnóstico del trastorno autista es la entrevista clínica, que cuida mantener una interacción prolongada y cuidadosa con el niño, tanto en el ambiente del consultorio, así como podría ser en casa y escuela de ser necesario. Las observaciones que proporcionan los padres y otros cuidadores son importantes para confirmar el diagnóstico.

Es importante a su vez realizar diversas evaluaciones como evaluación audiológicas, del habla y del lenguaje, evaluaciones neurocognitivas, evaluación por terapia ocupacional, evaluación genética y metabólica, así como pruebas de neuroimágenes y electrofisiológicas.

Trastornos psiquiátricos comórbidos

TEA puede tener como comorbilidad una variedad de trastornos adicionales. Condiciones psiquiátricas comórbidas comunes en la población TEA son trastornos de ansiedad y estado de ánimo depresivo, con tasas de estos trastornos más altas que en la población general. Trastornos de atención y nivel de actividad aumentado son también características comórbidas comunes, antes no permitido por el Manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana, cosa que ha cambiado con el DSM-5. Motivo justamente de estudio de la presente tesis.

Tratamiento

Existe consenso internacional acerca de que el tratamiento de los TEA es multimodal y necesariamente interdisciplinario. Idealmente todos los miembros del equipo deben tener algún tipo de entrenamiento en el tratamiento de los TEA, y al menos un miembro debe estar entrenado en su evaluación y diagnóstico con instrumentos específicos. Es fundamental que todos los integrantes del equipo interviniente trabajen en forma armónica realizando reuniones interdisciplinarias frecuentes con el objetivo de implementar los tratamientos más adecuados para cada paciente. Los objetivos primordiales del tratamiento son maximizar la independencia funcional y la calidad de vida del paciente minimizando las características nucleares del trastorno; facilitando el desarrollo y el aprendizaje, promoviendo la socialización, reduciendo las conductas disruptivas, y educando y apoyando a las familias y sus docentes. Para esto existen estrategias educativas y relacionales, y terapias asociadas que son los tratamientos primarios para los niños con TEA. La optimización del cuidado de la salud general tiene también probabilidades de producir un efecto positivo en el proceso de habilitación, resultado funcional y calidad de vida. Debe considerarse tanto el manejo de los problemas médicos asociados como las intervenciones no farmacológicas para las conductas disruptivas y agresivas o los trastornos psiquiátricos comórbidos. Luego de todo lo anterior pueden considerarse opciones farmacológicas posibles para los síntomas asociados incoercibles. El tratamiento debe ser individualizado y requiere estructura, intensidad y generalización así como, participación familiar.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en la infancia y puede persistir durante la edad adulta. El TDAH presenta importantes consecuencias en el funcionamiento social, académico y ocupacional. El diagnóstico es clínico y se basa en el cumplimiento de unos criterios que pueden variar en función de la clasificación diagnóstica que se utilice. Las manifestaciones clínicas del trastorno presentan una gran variabilidad entre pacientes y se han relacionado principalmente con alteraciones en los circuitos frontoestriatales y mesolímbicos. (34).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un conjunto de síntomas de inatención y/o hiperactividad – impulsividad con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño. Este trastorno presenta una alta prevalencia y afecta significativamente el desempeño académico, social y familiar de quienes lo padecen. (35)

Su prevalencia en niños en edad escolar varía entre 2,4 y 19,8% a nivel mundial, siendo mayor en niños que en niñas en una proporción de 4:1. Este trastorno representa uno de los principales motivos de consulta en servicios de salud mental. La incapacidad para organizarse también es parte de la estructura clínica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (36)

Etiología

La etiología del TDAH es multifactorial. Los factores genéticos están involucrados en el TDAH, como se demuestra en estudios familiares, gemelos, y los estudios de adopción. Varios genes asociados con la monoamina y la síntesis de serotonina y vías de metabolismo parecen contribuir al fenotipo TDAH.

Aunque el trastorno es altamente heredable, contribuciones ambientales probablemente también son importantes como muy bajo peso al nacer, nacimientos prematuros (37), la exposición al plomo, y la exposición a productos químicos pueden conducir a un mayor riesgo de TDAH. (38) Tabaquismo de los

padres también está implicado; sin embargo, el fumar puede reflejar el riesgo genético más que una cuestión de exposición ambiental.

Los estudios sobre la estructura y función del cerebro en el TDAH muestran diferencias significativas entre niños y adultos con TDAH e individuos con desarrollo normal en el lóbulo frontal, cíngulo anterior, los ganglios basales, y las regiones del cerebelo, disminución de la conectividad dentro de las redes de atención dorsal y el aumento de la conectividad funcional dentro de una red relacionada con la recompensa. Hay evidencia de alteración de los receptores de dopamina y la disponibilidad del transportador en el TDAH.

Evaluación Diagnóstica

La evaluación del TDAH incluye una entrevista clínica a los padres y al paciente Test para padres y maestros. Además de revisar la presencia de los síntomas del TDAH, el clínico debe considerar otras condiciones psiquiátricas que pueden estar contribuyendo al mal funcionamiento o que se asemejen al TDAH. Por lo tanto, lo mejor es utilizar una escala de calificación que se centre principalmente en el TDAH, complementado con los procedimientos de evaluación para otros trastornos psiquiátricos del Eje I.

Las escalas de Conners tiene una versión para padres, la Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R), con 48 items y otra para profesores con 28, la Conners' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R). Se registra la frecuencia de conductas asociadas a los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, también incluyen síntomas del trastorno oposicionista desafiante y problemas emocionales. Las puntuaciones obtenidas se ponderan según la edad y sexo del sujeto. Estas escalas son ampliamente utilizadas en todo el mundo para la detección del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y como referencia para la comparación o validación de otras escalas. ⁽³⁹⁾

Evaluaciones en adultos deben incluir una entrevista clínica y escalas de calificación estandarizadas realizadas por el paciente adulto; cuando sea posible, los padres y / u otros encuestados, como cónyuges, compañeros o supervisores también deben evaluar el alcance y la duración de los síntomas del TDAH.

Pruebas corroborantes, como libretas de calificaciones, también pueden ser muy informativas. Un examen físico y la historia médica sobre el año anterior deben realizarse para descartar cualquier síntoma físico que pueden estar contribuyendo a la presentación clínica.

Neuroimagenes (tomografía computarizada, resonancia magnética, imágenes por resonancia magnética funcional) o pruebas electroencefalografías no se recomiendan para diagnosticar el TDAH.

Un diagnóstico diferencial debe considerar el trastorno oposicional desafiante y trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, trastorno de apego reactivo, trastornos del aprendizaje, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, y Trastorno del Espectro Autista.

Deben considerarse otros factores, tales como el estrés, una situación de vida caótica, o expectativas poco realistas por parte de los padres.

Pruebas de funcionamiento intelectual deben administrarse sólo si existe la preocupación de que el coeficiente intelectual o la presencia de una discapacidad de aprendizaje este contribuyendo a la presentación clínica. Cabe señalar que el funcionamiento académico es a menudo afectado por el TDAH.

Comorbilidad

Existen muchos trastornos que se dan al mismo tiempo que el TDAH, incluyendo el trastorno oposicionista desafiante, trastornos del aprendizaje, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Los trastornos del habla y del lenguaje y trastornos motores también se producen con frecuencia conjuntamente con TDAH. En el DSM-5, un individuo puede ser diagnosticado con trastorno del espectro autista y el TDAH. Casi la mitad de las personas con TEA también cumplen con criterios para el diagnóstico de TDAH, correlación entre ambos diagnósticos, será estudiada en la presente tesis.

Curso y Pronóstico

El abuso de sustancias es más común en las personas con TDAH que en los sujetos control. ⁽⁴⁰⁾

Los adultos con una historia en la infancia de TDAH tienen mayor riesgo de comportamiento antisocial, lesiones y accidentes, dificultades en el empleo y maritales, problemas de salud, embarazos no deseados y niños fuera del matrimonio. Se realizó un estudio prospectivo de 135 niños con TDAH y sujetos control, encontraron 15 muertes en el grupo TDAH comparados a 5 en el grupo de control. Diez de las 15 muertes en el grupo TDAH fueron por suicidio, homicidio o accidente. Se encontró que relaciones sexuales de riesgo, papeletas de tránsito, accidentes eran más frecuentes en el grupo de TDAH. ⁽⁴¹⁾

Tratamiento

Las guías indican que el diagnóstico del TDAH se hace a través de la evaluación clínica y debe de llevarse a cabo por un profesional sanitario con formación y experiencia en el trastorno. El tratamiento multimodal es el ideal para el manejo integral del TDAH. La farmacoterapia permanece como tratamiento de primera elección para el tratamiento del TDAH a lo largo de la vida, en concreto la medicación estimulante y entre ella, destacando el tratamiento con metilfenidato.

A pesar de su heterogeneidad, todas las guías están de acuerdo en que el tratamiento más efectivo para tratar los síntomas del TDAH es el tratamiento farmacológico. Todas ellas además resaltan la importancia de acompañar la farmacoterapia con psicoterapia individual o psicoeducación sobre el trastorno para aliviar el malestar social, académico, laboral o familiar que pueden haber causado la presencia de síntomas del TDAH. ⁽⁴²⁾

Ninguna de las guías revisadas desaconseja la utilización de fármacos para el tratamiento del TDAH. Tampoco ninguna de ellas excluye el uso de psicoestimulantes, siendo para todas ellas fármacos de primera línea. Destaca que la guía NICE, es la única que no recomienda tratamiento farmacológico como primera línea si el TDAH es leve o moderado y el deterioro es leve o moderado.

⁽⁴³⁾

i.3 Definiciones de términos básicos

Trastorno del espectro autista (TEA): los trastornos del espectro autista (trastornos generalizados del desarrollo) engloban un grupo de enfermedades que tienen en común las siguientes características: afectación de la interacción social, escasa actividad imaginativa, alteración de la comunicación verbal y no verbal, y comportamientos estereotipados y repetitivos.⁽⁴⁴⁾

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDHA): el TDAH se caracteriza por un persistente patrón de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo. Los síntomas principales del TDAH son el déficit atencional, la hiperactividad o excesiva actividad motora y la impulsividad. Es el más frecuente de los trastornos del neurodesarrollo iniciados en la infancia y diagnosticados en atención primaria. Los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo de compañeros y en su familia.⁽⁴⁵⁾

Comorbilidad: es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades o trastornos médicos en una misma persona.⁽⁴⁶⁾

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

II.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio es un estudio Cuantitativo Observacional Descriptivo Transversal Retrospectivo.

Diseño No Experimental.

II.2 Diseño muestral

Población:

La población de estudio estuvo compuesta por todos los pacientes menores de 18 años que fueron atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil durante los meses de Julio a Diciembre del 2015 que cumplan con los siguientes criterios de selección:

- **Criterios de inclusión**
Paciente menor de 18 años que presente diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista definido por Psiquiatra Infanto Juvenil.
- **Criterios de exclusión**
Pacientes cuya historia clínica se encuentre incompleta o extraviada del archivo del hospital.

Muestra:

Para el objeto de este estudio la población absoluta de pacientes atendidos entre los meses de Julio a Diciembre con el diagnóstico de trastorno del espectro autista fue tomada como muestra.

II.3 Características del lugar donde se realizó la investigación

El estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, servicio que cuenta con más de 20 años de

funcionamiento, atiende pacientes menores de 18 años con diversos trastornos psiquiátricos, posee las áreas de hospitalización diferenciada para pacientes mujeres y varones adolescentes, cada una con 5 camas disponibles, además de 3 consultorios externos y área de terapias grupales compartida con psiquiatría general tanto para padres, pacientes y en específico terapia para pacientes con el diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, así como trastorno del espectro autista, realizada por psiquiatras del servicio, con el apoyo del servicio de psicología en el caso de la terapia para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad

El Servicio cuenta con 4 Psiquiatras de niños y adolescentes, así como 4 residentes de la sub especialidad correspondiente, permitiendo realizar rotaciones a residentes del segundo y tercer año de psiquiatría general.

El presente estudio se llevó a cabo con los pacientes atendidos en consulta externa, que tienen en primer lugar las atenciones por trastorno de déficit de atención e hiperactividad y en segundo lugar atenciones por trastorno del espectro autista, al ser ambas las patologías más prevalentes en consulta externa de este servicio radica aún más la importancia del presente estudio.

II.4 Técnicas de recolección de datos

Para el presente estudio se diseñó una ficha de recolección de datos estructurada (Anexo) para recoger los datos de interés del estudio en forma estandarizada y completa. Se tomó como fuente primaria la historia clínica de cada paciente

II.5 Procesamiento y análisis de datos

- Toda la información registrada en las fichas de recolección de datos fue digitada, haciendo uso del software SPSS v22 en una PC I6, con el objeto de evitar errores de digitación.
- Una vez controlada la calidad de los datos se procedió a realizar un análisis descriptivo de los resultados resumiendo las variables cualitativas según su frecuencia relativa y frecuencia absoluta, y las variables cuantitativas según su media y desviación estándar.

- Para la mejor apreciación de los resultados de nuestro estudio se confeccionó gráficos y tablas

II.6 Aspectos éticos

De acuerdo a las normas internacionales de investigación todas las identidades de los sujetos fueron codificadas para salvaguardar el anonimato de los casos estudiados.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

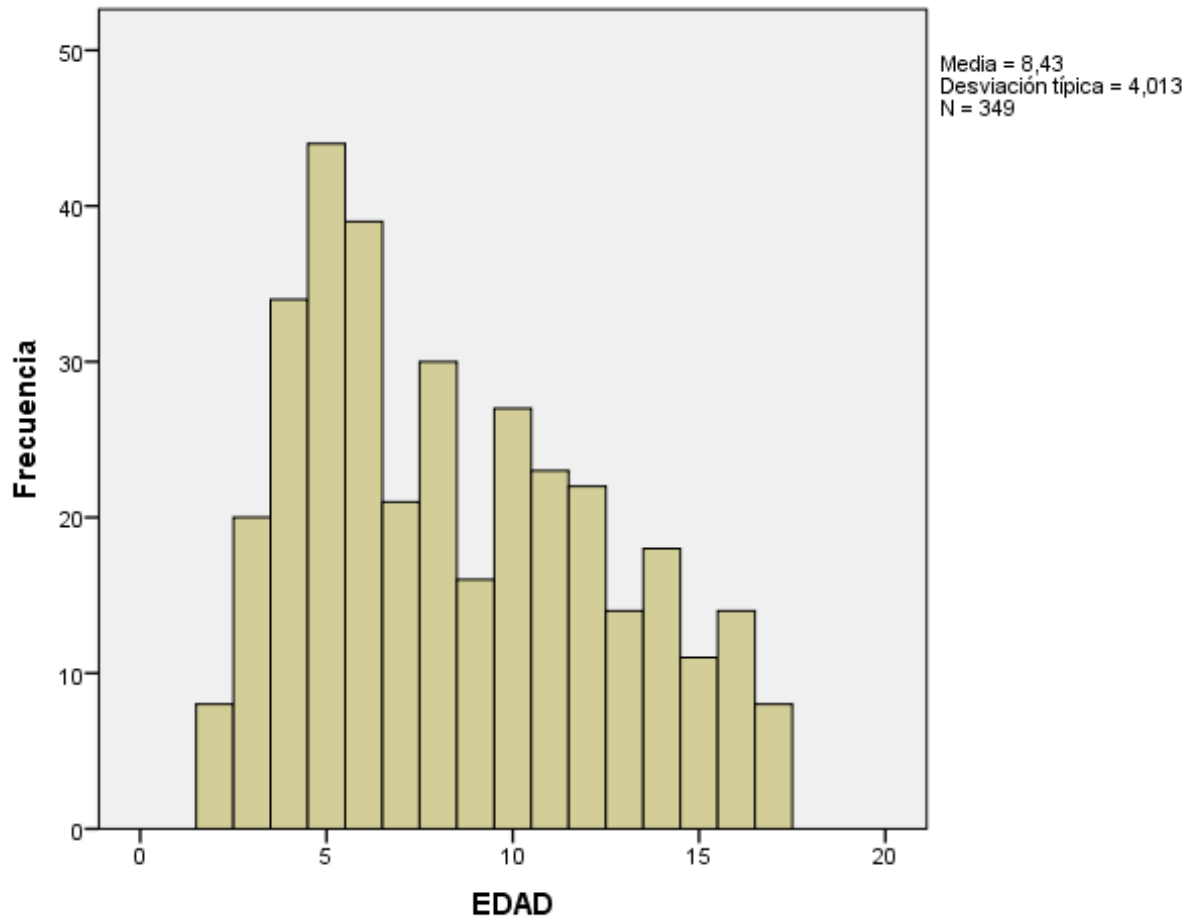
Se hizo la revisión de historias clínicas de 349 pacientes con el diagnóstico de Trastorno del espectro autista atendidos en consulta externa del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de Julio a Diciembre del 2015 que cumplieran con los criterios de inclusión.

Tabla N° 1: Distribución de los pacientes con diagnóstico de TEA según sexo- Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	317	90.8	90.8
MUJER	32	9.2	100.0
TOTAL	349	100.0	

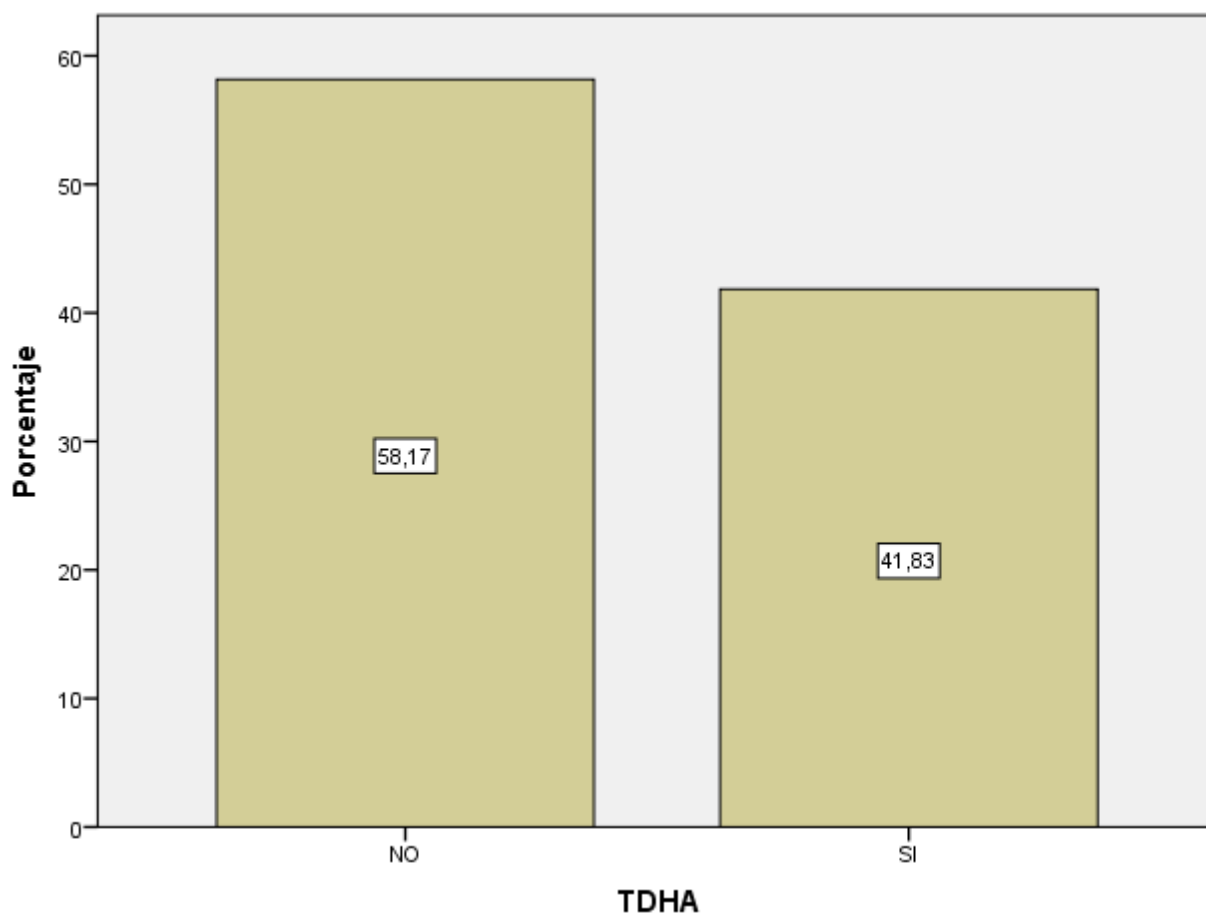
La población de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista predominantemente se encontró constituida por varones en un 90.8%, el sexo femenino represento el 9.2% de los pacientes.

Gráfico N° 1: Edad media de los pacientes con diagnóstico de TEA Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2015.



Se encontró una edad media dentro de los 349 pacientes con TEA de 8.43, una desviación típica con respecto a la media de 4,013.

Gráfico N° 2: Comorbilidad TDHA – TEA. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2015.



Dentro de los 349 pacientes con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, se encontró que el 41,83% (146 pacientes) presentaba a su vez el diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad. Mientras que un 58,17% (203 pacientes) solo presentaba el diagnóstico de TEA.

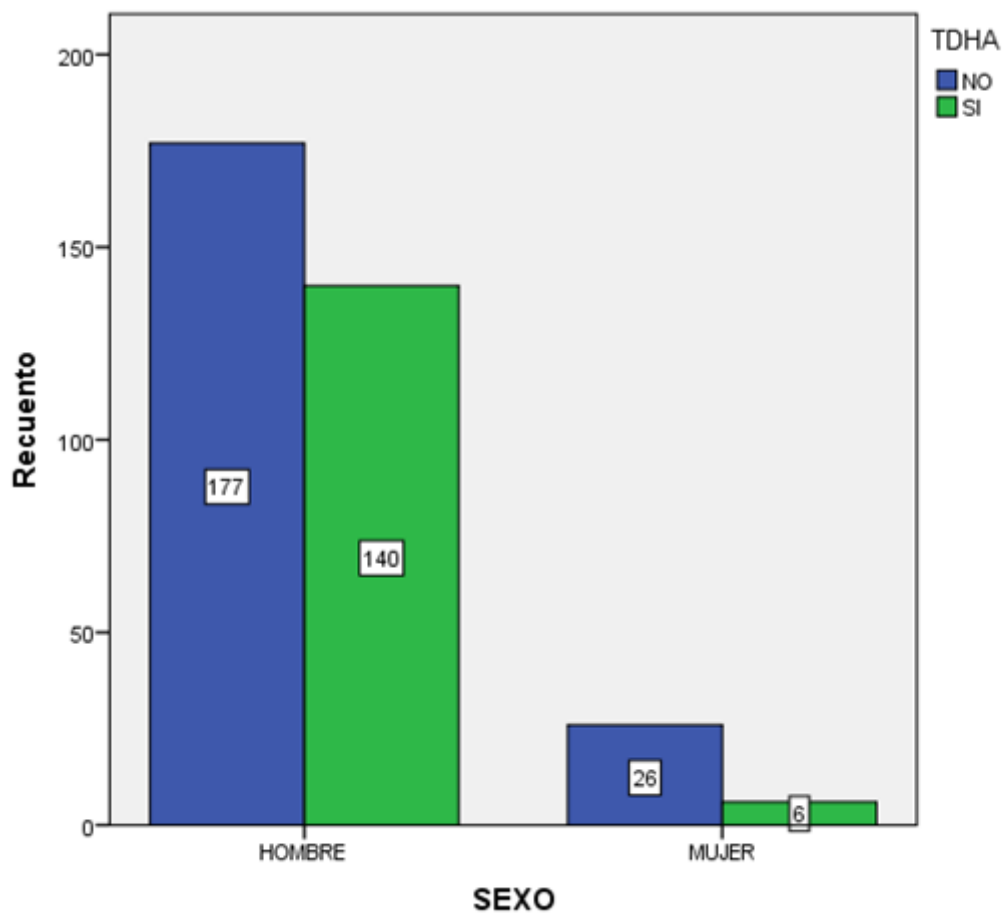
Tabla No 2: Porcentajes de comorbilidad TEA- TDHA según grupos etarios- Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2015.

		Edad rangos			Total	
		0-5	6-11	12-17		
	NO	Recuento	71	71	61	203
TDHA		% dentro de TDHA	35.0%	35.0%	30.0%	100.0%
	SI	Recuento	34	85	27	146
		% dentro de TDHA	23.3%	58.2%	18.5%	100.0%
Total		Recuento	105	156	88	349
		% dentro de TDHA	30.1%	44.7%	25.2%	100.0%

Se dividió a los 349 pacientes con diagnóstico de TEA en tres grupos según edad. El grupo etario de pacientes con TEA que tuvo mayor comorbilidad con TDHA fue el grupo de pacientes comprendido entre las edades de 6 a 11 años (85 pacientes), comparado con el grupo etario de 0-5 años (34 pacientes), y el de 12 a 17 años (27 pacientes).

El grupo Etario de 6-11 años represento el 58.2% dentro de los pacientes que presentaban tanto TEA como TDAH, el grupo etario de 0-5 años 23.3% y el grupo etario de 12-17 años un 18.5%.

Gráfico No 3: Pacientes con diagnóstico de TEA que presentan TDHA según sexo
- Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2015.



Se encontró una comorbilidad TEA y TDHA mayor en el grupo de sexo masculino, ya que dentro de los pacientes que presentaban Trastorno del espectro autista, el porcentaje de pacientes dentro del sexo masculino que presentaban un diagnóstico comorbido de TDAH era de 44.2% (140 pacientes de 317 pacientes varones), mientras que en el sexo femenino era un 18.8% (6 de 32 pacientes).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La población de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista predominantemente se encontró constituida por varones en un 90.8%, el sexo femenino represento el 9.2% de los pacientes, concordando con la literatura revisada en la cual la relación hombre/ mujer es de 4 a 1, Sin embargo en el presente estudio se encontró una relación aun mayor a favor de los varones en comparación con las mujeres en casi 9 a 1. ⁽¹⁹⁾

Se encontró en el estudio una edad media dentro de los 349 pacientes diagnosticados de Trastorno del espectro autista de 8.43, con una desviación típica con respecto a la media de 4,013, esto concuerda con la edad promedio de diagnóstico realizado según la literatura revisada en la cual se retrasa el diagnóstico del trastorno del espectro autista hasta los 4 a 5 años de edad por la dificultad al presentarse diversos diagnósticos diferenciales, al ser el diagnostico básicamente clínico, Además de la demora en ser referidos estos pacientes a una consulta con un especialista indicado. ⁽²⁴⁾

Como se sabe El Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su Quinta Edición (DSM - 5) da un cambio y engloba el síndrome de Asperger, autismo y otros trastornos afines dentro del trastorno del espectro autista y a su vez permite diagnosticar al mismo tiempo el trastorno del espectro autista y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. ⁽⁴⁾

El autor del presente estudio al realizar la búsqueda de trabajos a nivel nacional que estudiaran la relación y prevalencia entre estos dos diagnósticos no encontró trabajos similares, por lo que se motivó y procedió a realizar el mismo encontrándose dentro de los 349 pacientes con el diagnóstico de trastorno del espectro autista, que el 41,83% (146 pacientes) presentaba a su vez el diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Mientras que un 58,17% (203 pacientes) solo presentaba el diagnóstico de TEA.

Asemejándose a estudios extranjeros revisados por el autor, como el publicado

en Noviembre del 2010, en el cual se entrevistó a los padres de gemelos nacidos en Suecia entre 1992 y 2000 (N = 10.895) con respecto a los trastornos del espectro del autismo y otras condiciones, se encontró que el 51% de pacientes diagnosticados de TEA también cumplían criterios de TDAH, además se encontró que en gemelos monocigotos de los niños con trastornos del espectro autista, la probabilidad de tener un diagnóstico de TDAH fue del 44%, en comparación con 15% para los gemelos dicigotos.⁽⁵⁾

Tanto como el estudio del 2011 en el cual se estimó la prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, así como la relación de la comorbilidad y déficit en funcionamiento cognitivo, en una muestra de 60 niños (37 hombres y 23 mujeres), con trastornos del espectro autista (TEA) reclutados en tres países árabes (Egipto, Arabia Saudita y Jordania). El diagnóstico comórbido se estableció por medio de una entrevista clínica y una entrevista clínica semiestructurada para los niños y adolescentes. Además, para todos los pacientes la evaluación cognitiva se midió dado el rango de edades y el nivel de habilidad. Encontrándose hasta un 63% de trastorno comórbido al TEA. Los trastornos comórbidos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (58,3%), TDAH (31.6%), trastornos de conducta (23,3%) y el trastorno depresivo mayor (13,3%).⁽⁶⁾

Dentro de los pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista, que al mismo tiempo presentaban trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el grupo de sexo masculino fue el más numeroso, ya que dentro de los pacientes que presentaban trastorno del espectro autista, El porcentaje de pacientes dentro del sexo masculino que presentaban un diagnóstico comórbido de TDAH era de 44.2% (140 pacientes de 317 pacientes varones), mientras que en el sexo femenino era un 18.8% (6 de 32 pacientes).

Esta prevalencia mayor de TDHA en varones encontrada es semejante a la revisada en la literatura encontrada a nivel nacional e internacional, como la encontrada según el artículo El TDAH como comorbilidad en el autismo y síndrome de Asperger del año 2012 donde señalan una relación de 2,4 a 5 varones con TDHA por cada mujer que lo presenta.⁽⁴⁷⁾

Se dividió a los 349 pacientes con diagnóstico de TEA en tres grupos según edad. El grupo etario de pacientes con TEA que tuvo mayor comorbilidad con TDHA fue el grupo de pacientes comprendido entre las edades de 6 a 11 años (85 pacientes), comparado con el grupo etario de 0-5 años (34 pacientes), y el de 12 a 17 años (27 pacientes).

El grupo Etario de 6-11 años representó el 58.2% dentro de los pacientes que presentaban tanto TEA como TDAH, el grupo etario de 0-5 años 23.3% y el grupo etario de 12-17 años un 18.5%. Como se mencionó anteriormente igual que en el caso del trastorno del espectro autista, el diagnóstico en pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad suele retrasarse, ya que es en la etapa escolar donde estos pacientes tienen mayores dificultades tanto en la escuela, como en el hogar, dando como resultado un mayor diagnóstico de TDHA en este grupo etario.

El criterio B del diagnóstico del TDHA cambia en el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta edición, teniendo que presentarse algunos síntomas de hiperactividad o inatención antes de los 12 años a diferencia de la cuarta edición donde algunos de los síntomas debían presentarse antes de los 7 años, justamente basándose esta modificación en que muchas veces se aprecia y aparecen los síntomas de TDHA en la edad escolar. Recordemos que para realizarse el diagnóstico debe de presentarse según el criterio C, en dos o más contextos y al estar en la fase de escolaridad, se puede con mayor certeza y facilidad realizar el diagnóstico. ⁽⁴⁾

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1 CONCLUSIONES

La población de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista predominantemente se encontró constituida por varones en una relación 9 a 1 comparado con mujeres.

Se encontró en el estudio una edad media dentro de los 349 pacientes diagnosticados de trastorno del espectro autista de 8.43, con una desviación típica con respecto a la media de 4,013.

Se encontró que el 41,83% de pacientes que tenían el diagnóstico de trastorno del espectro autista presentaba a su vez el diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Dentro de los pacientes que tenían tanto el diagnóstico de TEA como el de TDAH, fue el grupo de pacientes comprendido entre las edades de 6 a 11 años, el que presentó mayor cantidad de pacientes con un 58.2%, dejando en un segundo lugar al grupo etario de 0-5 años con un 23.3%, para dejar en un tercer lugar al comprendido entre los 12 a 17 años con un 18.5%.

Dentro de los pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista, que al mismo tiempo presentaban trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el grupo de sexo masculino fue el más numeroso con un 44.2% (140 pacientes de 317 pacientes varones), mientras que en el sexo femenino era un 18.8% (6 de 32 pacientes).

V.2 RECOMENDACIONES

El presente trabajo al ser único en su tipo puede ser usado como base de estudios epidemiológicos para delinear políticas de Salud.

Además al ser único a nivel nacional podrá servir como referencia para futuras investigaciones de comorbilidad entre ambas patologías.

Pudiendo realizarse trabajos con otras variables además de edad y sexo, como pueden ser factores de riesgo, relación con otros trastornos comórbidos importantes como trastorno de conducta, depresión.

Se podrían utilizar los datos obtenidos y realizar un seguimiento a estos pacientes, para un futuro estudio sobre diversos tipos de tratamientos en pacientes con ambos diagnósticos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Autismo es un trastorno de predisposición genética y los síntomas suelen identificarse en los tres primeros años de vida de los infantes. Nota de Prensa N° 012(31/03/2014).<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/012.html> (accesed 30 Noviembre 2015)
2. Mazzeti P. Genética y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. I Congreso Internacional de Psicología; Intervenciones Psicológicas para el Bienestar Humano; 29-31 de Octubre 2013. Lima.
<http://www.ucvlima.edu.pe/docs/ICongresoInternacionalPsicologia/Gen%C3%A9tica%20y%20tdah%20octubre%202013%20p.%20Mazzetti.pdf> (accesed 30 Noviembre 2015)
3. Estudio Epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes 2007. Anales de Salud Mental Volumen XXVIII, 2012. Suplemento 1.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
5. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1357-63.
6. Amr M, Raddad D, El-Mehesh F, Bakr A, Sallam K, Amin T. Comorbid psychiatric disorders in Arab children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spec Disord* 2012; 6: 240-8.
7. Carlsson LH, Norrelgen F, Kjellmer L, Westerlund J, Gillberg C, Fernell E. Coexisting disorders and problems in preschool children with autism spectrum disorders. *Sci World J* 2013; 2013: 213979.
8. Kantzer AK, Fernell E, Gillberg C, Miniscalco C. Autism in community preschoolers: developmental profiles. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 2900-8

9. Russell G, Rodgers LR, Ukoumunne OC, Ford T. Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. *J Autism Dev Disord* 2014; 44: 31-40.
10. Memari AH, Ziaee V, Mirfazeli F, Kordi R. Investigation of autism comorbidities and associations in a school-based community sample. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2012; 25: 84-90
11. Andersen PN, Hovik KT, Skogli EW, Egeland J, Oie M. Symptoms of ADHD in children with high-functioning autism are related to impaired verbal working memory and verbal delayed recall. *PLoS One* 2013; 8: e64842.
12. Van der Meer JMJ, Oerlemans AM, Van Steijn DJ, Lappenschaar MGA, Sonnevile LM, Buitelaar JK, et al. Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 1160-72.
13. Bühler E, Bachmann C, Goyert H, Heinzl-Gutenbrunner M, Kamp-Becker I. Differential diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder by means of inhibitory control and 'theory of mind'. *J Autism Dev Disord* 2011; 41: 1
14. Sprenger L, Buhler E, Poustka L, Bach C, Heinzl-Gutenbrunner M. Impact of ADHD symptoms on autism spectrum disorder symptom severity. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 3545-52.718-26.
15. Rao PA, Landa RJ. Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism* 2014; 18: 272-80.
16. Joshi G, Faraone SV, Wozniak J, Tarko L, Fried R, Galdo M, et al. Symptom profile of ADHD in youth with high-functioning autism spectrum disorder: A comparative study in psychiatrically referred populations. *J Attent Disord* 2014; Aug 1.

17. Goldin RL, Matson JL, Tureck K, Cervantes PE, Jang J. A comparison of tantrum behavior profiles in children with ASD, ADHD and comorbid ASD and ADHD. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 2669-75.
18. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*; March 2015, Volume 7, pp 27-38.
19. Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría. Décima Edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2009. p.10.
20. Soutullo Esperón C, Mardomingo J. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Primera Edición. Madrid. Editorial Med Panamericana. 2011. p.10.
21. Artigas-Pallarés J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012; 32(115):567-87.
22. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*. 2013; 57 (Supl 1):S185-91.
23. EspectroAutista.Info. EspectroAutista.Info – Trastorno del Espectro Autista según el borrador del DSM-5 2014. <http://espectroautista.info/criteriosdiagn%C3%B3sticos/DSM-V-TEA>. (Accesed 30 noviembre 2015)
24. Klin A, Klaiman C, Jones W. Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Revista de Neurología*, 2015. 60(s01), 3-S11.
25. Sampedro-Tobón M. E, González-González M, Vélez-Vieira S, Lemos-Hoyos M. Detección temprana en trastornos del espectro autista: una

decisión responsable para un mejor pronóstico. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2013, 70(6), 456-466.

26. Castro. J. *Psiquiatría de niños y adolescentes*. Primera Edición. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2009. p.13
27. Canal Bedia R, García Primo P, Santos Borbujo J, Bueno Carrera G, Posada De la Paz M. Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*, 2014. 123, 7.
28. Pérez P, Artigas J. El autismo en el primer año. *Revista de Neurología*, 2014, vol. 58, núm. Supl 1, p. 117-121.
29. Ronald A, Hoekstra RA. Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *Am J Med Gen*. 2011, 15:255–274.
30. Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*. 2011, 128:e488–e495.
31. Pinto-Martin J, Levy SE, Feldman J, Lorenz JM, Paneth N, Whitaker AH. Prevalence of autism spectrum disorder in adolescents born weighing < 2000 grams. *Pediatrics*. 2011, 128:883–891.
32. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry* advance online publication, June 9, 2015; doi:10.1038/mp.2015.70.
33. Moyano MB, Alonso M, Aspirtart A, Brío M, Cleffi, V, Cukier S, et al. *Guía para el tratamiento de los trastornos del espectro autista*. 2013.
34. Cunill R, Castells X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina Clínica*, 2015, 144(8), 370-375.
35. Román, AC. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2011, 1(03), 95-131.

36. Herrán ME, Ortiz R, Herrán MA, Rodríguez-Díaz A, García AK. Narrative review of scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Medwave* 2014;14(1):e5887 doi: 10.5867/medwave.2014.01.5887.
37. Halmoy A, Klungsoyr k, Skjaerven R, Haavik J. Pre- and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 2012; Volume 71 , Issue 5 , 474 – 481
38. De Cock M, Maas Y.G.H , van de Bor, M. Does perinatal exposure to endocrine disruptors induce autism spectrum and attention deficit hyperactivity disorders? Review: exposure to EDCs and neurodevelopmental disorders. *Acta Paediatr*. 2012;101:811–818.
39. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998 Aug;26(4):257-91.
40. Molina BS, Hinshaw SP, Eugene Arnold L, Swanson JM, Pelham WE, Hetchman L, et al .Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013, 52(3):250–263
41. Ramos MA, Klein RG, Mannuzza S, Roizen E, Hutchison J, Lashua-Shriffman E, et al. Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013,52(2):153–162.
42. Rabito-Alcón M, Correias-Laufer J. Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014,42 (6), 315-24.
43. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guía de referencia rápida. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Diagnóstico y

manejo del TDAH en niños, adolescentes y adultos. Londres, 2008.

44. Martín D, Fernández-Perrone A, Fernández-Jaén A. Trastornos del espectro autista. Puesta al día (II): diagnóstico y tratamiento. Acta Pediatr Esp. 2013; 71(9): e261-e266
45. Ramírez M. Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 2. Nº. 1 - Enero 2015 - pp 45-54
46. Ávila D. ¿Qué es la comorbilidad? Revista Chilena de Epilepsia. Año 8 Nº. 1. Diciembre 2007.
47. El TDAH como comorbilidad en el Autismo y Síndrome de Asperger. Comin. D
<http://autismodiario.org/2012/01/27/el-tdah-como-comorbilidad-en-el-autismo-y-sindrome-de-asperger/> (Accesed 30 Mayo 2016)



ANEXOS



