LiminaR. Estudios sociales y humanísticos, vol. XXIV, núm. 1, enero-junio, 2026, e1102, eISSN 2007-8900.

Incidencia de Trastorno del Espectro Autista en menores referidos con problemas de lenguaje

Incidence of Autism Spectrum Disorder in Minors Referred with Language Problems

Eduardo Gómez García *
Guadalupe Acle Tomasini **
Judith Salvador Cruz ***

10.29043/liminar.v24i1.1102

Resumen: La Asociación Americana de Psiquiatría define al Trastorno de Espectro Autista (TEA) como un desorden del neurodesarrollo. En México no se tiene un panorama claro sobre su incidencia, debido, en parte, a las dificultades en el diagnóstico y el grado de severidad del TEA. Los objetivos de este estudio fueron evaluar el nivel de incidencia de autismo en una población de menores referidos con problemas de lenguaje e identificar sus características diferenciales. Participaron 84 diadas cuidador(a)-niño(a), a quienes se entrevistó con la escala CRIDI-TEA. Se obtuvo una incidencia de TEA en los menores de 51.2%. Se discute este hallazgo.

Palabras clave: autismo, incidencia, evaluación, diagnóstico.

Abstract: The American Psychiatric Association defines Autism Spectrum Disorder (ASD) as a neurodevelopmental disorder. In Mexico, there is no clear picture of its incidence, due in part, to the difficulties in diagnosis and the varying degrees of severity of ASD. For this reason, the objectives of this study were to evaluate the level of autism incidence in a population of minors with language problems, as well as to identify their differential characteristics. Eighty-four caregiver-child dyads participated in the protocol, who were interviewed using the CRIDI-TEA screening scale. An incidence of ASD in children of 51.2% was obtained. This finding is discussed.

Keywords: autism, incidence, evaluation, diagnostic.

* Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza, Temas de especialización: Autismo.
psic.eduardogomez_zaragoza@hotmail.com
0009-0002-7883-2424

** Doctora en Antropología Social, Universidad Iberoamericana. Temas de especialización: Educación especial.
gaclet@servidor.unam.mx
0000-0002-7292-3870

*** Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza. Temas de especialización: Neuropsicología.
neuroinv.lab@gmail.com
0000-0003-1902-1525

Recibido: 14 de julio de 2024
Aprobación: 3 de diciembre de 2025
Publicación: 19 de enero de 2026

Revista de investigación científica del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Introducción

La *American Psychiatric Association* (APA) (2022, p. 57) define al Trastorno de Espectro Autista (TEA) como un desorden del neurodesarrollo en el que se manifiestan déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, además de la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades,

Es importante resaltar que, frente a algún diagnóstico de alteraciones en el desarrollo, se generan en los padres sentimientos como la ansiedad, pena e ira (Luna y Farfán, 2022, p. 3). Así pues, el nacimiento de un hijo con TEA provoca una crisis caracterizada por: a) una alteración emocional y psicológica; b) un proceso de adaptación y modificación de la función familiar; c) modificaciones en la dinámica de pareja; y d) la necesidad de apoyo y guía o asesoría (Baña, 2015, p. 324). Así pues, al no observarse alteraciones físicas evidentes en su hijo(a), les es difícil tomar conciencia de lo que le sucede al o a la menor en su desarrollo (Martínez y Bilbao, 2008 p. 217). En 1943 un psiquiatra del Hospital John Hopkins fue quien identificó por primera vez los síntomas que caracterizan al autismo. Él describió a once niños señalando que mostraban una "incapacidad para relacionarse de manera ordinaria con las personas o las situaciones" (Gargiulo y Bouck, 2021 p. 246) y empleó el término "autista" que significa "que escapa de la realidad" para describir esta condición. Antes de que se estableciera esta definición, a los individuos con Trastorno del Espectro Autista se les catalogaba con esquizofrenia infantil, debilidad mental, retraso mental o imbecilidad.

Importantes cambios se han dado desde 1943, de tal manera que el término "autismo" apareció por primera vez en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en 1980 como "autismo infantil" y se le reconoció como un trastorno con sus propias características (APA, 1980, p. 87). A través de los años se continuó con la revisión teórica que, con el apoyo de las investigaciones que se fueron haciendo a lo largo del tiempo, permitieron establecer la distinción entre el autismo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo en la infancia. Posteriormente, en el "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" DSM-V (APA, 2013, p. 50) se formaliza una nueva clasificación del concepto Trastorno del Espectro Autista (TEA) y se llega a la definición mencionada en este manual y escrita al principio de este texto, en la que se enfatiza que las personas con este trastorno muestran déficits persistentes en la comunicación social e interacción en múltiples contextos, se incluyen las dificultades en reciprocidad social, comunicación no verbal y en la habilidad para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Se enfatiza, asimismo, que para el diagnóstico del TEA se requiere la presencia de patrones repetitivos de conductas, intereses o actividades (Gargiulo y Bouck, 2021, p. 246).

Varios estudios realizados tanto en los Estados Unidos como en Europa informan de una utilización cada vez mayor de este tipo de diagnóstico diferencial en los últimos veinte años (Russell et al., 2022, p. 1). Si bien, las diferencias metodológicas hacen difícil establecer comparaciones entre los estudios, la mejor estimación actual en diversos países de la prevalencia del diagnóstico de población con TEA ubica alrededor de 58.7 personas por cada 10,000 habitantes, es decir, uno por cada 170 individuos (Sampedro et al., 2013, p. 457). En Estados Unidos, en el 2020 se informó que uno de cada 36 niños de ocho años (el 2.8 %) tenía TEA con base en el monitoreo

de 11 comunidades en los Estados Unidos (Purisaca y Colán, 2024, p. 572). En este sentido, cabe señalar que en México no se cuenta con un panorama claro sobre la prevalencia de población con TEA, así pues, en México la prevalencia de TEA antes de 2013 era de 30 a 116 casos por cada 10,000 habitantes (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017, p. 215). Sin embargo, la investigación más utilizada como referencia es el estudio realizado en León, Guanajuato, en el cual se mostró que la prevalencia estimada de TEA en niños es de 0.87 %, es decir, entre un 0.62 % a un 1.1% de la población infantil (Fombonne et al., 2016, p. 1679). La carencia de datos fiables respecto a la prevalencia de la población con TEA surge, en parte, por las dificultades existentes en el diagnóstico diferencial y en la evaluación del grado de severidad, que además limitan el pronóstico, el uso y planeación de servicios médicos, educativos y programas de intervención apropiados (Albores et al., 2008, p. 40). Así pues, las personas con discapacidad por sus limitaciones suelen tener una vida improductiva, dependiendo de la medicina o tratamientos disponibles, predisponiéndolos a una dependencia médica y terapéutica (Varela et al., 2011, p. 74).

Ahora bien, al utilizar el término incidencia nos referimos a la magnitud que cuantifica la ocurrencia de un determinado evento en una población dada (Tapia, 1994, p. 140), lo cual tiene que ver con el hecho de que en la actualidad se detectan en poblaciones específicas más casos de personas con un diagnóstico de TEA, por lo que ha emergido como una preocupación de salud pública (Sampedro et al., 2013, p. 457). Respecto a la edad de detección de población infantil con TEA, actualmente se sabe que la edad media global en el momento del diagnóstico es de 60.48 meses de acuerdo con un metaanálisis realizado por Van 't Hof y colaboradores en 2021 (p. 5).

Otro aspecto relevante para considerar en el diagnóstico es que la existencia de comorbilidades asociadas en una persona con TEA dificulta y retrasa el diagnóstico, por lo que es necesario detectarlas o descartarlas. De aquí que sea fundamental utilizar los instrumentos reconocidos para la evaluación del TEA, de entre los que se recomiendan la *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI/R) (Rutter et al., 2003) y la *Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition* (ADOS-2) (Lord et al., 2012) los cuales sin embargo aún no han sido validados para población mexicana, lo que podría dificultar la evaluación y el diagnóstico temprano (Albores et al., 2008, p. 40). No obstante, es importante indicar que en México se cuenta con el *Manual de la Entrevista basada en los Criterios Diagnósticos de los Trastornos del Espectro Autista* (CRIDI-TEA), validado en nuestra población por Albores y colaboradores en 2019, lo que permite establecer los índices de incidencia en la población de estudio, esto es, de un grupo de menores referidos con problemas de lenguaje, así como establecer las características diferenciales, que brindarán información para abordar las diversas problemáticas que se presentan en la población infantil con TEA: tales como incidencia de antecedentes psiquiátricos en las ramas familiares y características sociodemográficas.

Aunado a lo anteriormente señalado, se puede enfatizar que un reto primordial en nuestro país se refiere a la edad en que se lleve a cabo el diagnóstico del TEA de manera precisa; pues de no ser así, en el caso de los infantes no diagnosticados tempranamente, se pierde tiempo para lograr una mejor y adecuada intervención. Lo anterior además puede derivar en el desarrollo de diversas problemáticas en población infantil con TEA (Hervás, 2022, p. 39).

Además, cabe señalar que en México existe una falta de acceso a los servicios médicos especializados, así como una formación profesional certificada para atender población con TEA (Albores et al., 2008, p. 40). En consecuencia, el error en el diagnóstico es muy común y provoca

costos elevados a los familiares, retardando el tiempo en el que los niños son evaluados y diagnosticados de manera correcta entre los dos y cuatro años; todo ello supone un retraso en el inicio del tratamiento apropiado y posibles avances de los menores (Mandell, Novak y Zubritsky, 2005, p. 1480; Zavaleta, 2017, p. 6).

En síntesis, al considerar la importancia de contar con información respecto a la incidencia de población infantil con TEA en un grupo específico, los objetivos del presente estudio fueron determinar el nivel de incidencia de población con TEA en un grupo de menores que fueron referidos con problemas de lenguaje, provenientes de diversos municipios del estado de Guanajuato. Así como conocer sus características diferenciales respecto a la comunicación social, lenguaje y conductas repetitivas e intereses restringidos y el contexto sociodemográfico en que se desenvolvían.

Desarrollo

Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con un muestreo no aleatorio intencional debido a la difícil accesibilidad a la población. Participaron 84 diadas cuidador–niño, provenientes de los municipios de Apaseo el Alto, Apaseo el Grande, Celaya, Comonfort, Cortazar, Juventino Rosas, Tarimoro y Villagrán, del estado de Guanajuato. Las edades de los menores fluctuaron entre un año con seis meses a los 18 años, con una media de edad de 6.42 años *(DE 3.11)*, 23 fueron mujeres y 61 hombres. Respecto a los cuidadores principales, 73 fueron mujeres y 11 hombres, con una edad de entre 25 y 73 años y una edad media de 30.7 años (*DE 5.25).*

Instrumentos

Se utilizó la entrevista CRIDI-TEA (Albores et al., 2019) que es una herramienta de evaluación clínica para el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en niños y adolescentes de México, validada para población mexicana que indaga sobre antecedentes psiquiátricos familiares, así como datos sociodemográficos que ayudan a contextualizar la situación de cada individuo evaluado. La entrevista cuenta con un índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.91, un coeficiente Kappa entre el diagnóstico de TEA mediante ADI-R y/o K-SADS y/o CRIDI-TEA/DSM-5 de k=0.82, con sensibilidad del 92 % y especificidad del 95 %. Está conformada por 29 reactivos organizados en tres factores: 1) lenguaje; 2) comunicación social; y 3) conductas repetitivas e intereses restringidos. Las respuestas proporcionadas por los cuidadores se evaluaron con base en las hojas de algoritmo del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision* (DSM-5 TR).

Procedimiento

Se presentó el proyecto ante un comité de ética en investigación perteneciente a la Secretaría de Salud del estado de Guanajuato, en específico, el Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Infantil de Celaya con la clave de registro en CONBIOETICA: CONBIOETICA-

11-CEI-007-20191209. Dicho comité es el encargado de la jurisdicción sanitaria 3, a la cual pertenece el Hospital Comunitario de Villagrán, en el cual fue llevado a cabo el presente trabajo, obteniendo la clave de aprobación CEIHMC-30-2025. Posteriormente, se acudió a una entrevista con los directivos del Hospital Comunitario de Villagrán para solicitar apoyo y autorización para usar las instalaciones e identificar menores que presentaran problemas de lenguaje y, de entre ellos, aquellos que manifestaran síntomas de Trastorno del Espectro Autista. Al dar la autorización, se brindaron las facilidades para poder hacer uso de sus instalaciones y realizar las actividades de difusión.

Para aquellos cuidadores principales interesados se agendó una cita presencial, en las que se les informó los objetivos del proyecto con el fin de obtener el consentimiento informado. Se les solicitó que leyeran detenidamente cada uno de los aspectos que se describían en este. Se resolvieron las dudas que tenían al respecto y se les enfatizó la confidencialidad y el anonimato de la información recabada, así como también se les informó que, si deseaban retirarse antes de finalizar la evaluación, podrían hacerlo con total libertad. Asimismo, se les mencionó que las actividades que se llevarían a cabo con sus hijos no implicaban riesgos para ellos. Quienes estuvieron de acuerdo con las características del proyecto firmaron el consentimiento.

Al iniciar cada entrevista se les mencionó que la actividad que se realizaría no era un examen, por lo cual no había respuestas correctas o incorrectas. Posteriormente, se les dieron las instrucciones y se comenzó con las preguntas correspondientes al tamizaje. Se les reiteró que sus respuestas serían anotadas, pero que no serían compartidas con nadie y solo se utilizarían para los fines de la investigación. Esta entrevista tuvo una duración promedio de dos horas. Al final de la evaluación se les agradeció su participación y se les informaron los resultados en ese momento. Se elaboró una base de datos en SPSS versión 25 con la información proporcionada por los cuidadores principales en la hoja de datos.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos en la primera fase (Evaluación de menores con TEA), con la evaluación del CRIDI-TEA se utilizaron las hojas de algoritmo DSM-5 TR. La evaluación consiste en la asignación de puntos crudos y recodificados a cada reactivo de la entrevista (basándose en los criterios del manual de diagnóstico al que pertenece cada hoja de algoritmo), el puntaje final se calcula sumando el valor de los reactivos recodificados: 0=0, 1=1, y 2=1 y se coteja con la columna del punto de corte (PC) en donde se observa el número de criterios requeridos para cumplir con el punto de corte. En el caso de la hoja de algoritmo CRIDI DSM-5 TR, el punto de corte es de 5 criterios cumplidos.

Resultados

De los 84 menores evaluados, la incidencia obtenida fue del 51.2 %. Lo cual muestra que 43 niños(as) se ubicaron en el diagnóstico con TEA alcanzando o rebasando el punto de corte (PC) que es de cinco criterios cumplidos y los otros 41 menores, es decir el 48.8 % se ubicaron en el grupo de menores con problemas de lenguaje (Tabla1).

Tabla 1 Incidencia de menores con características de TEA

Evaluación	N	Porcentaje
Autismo PC = 5 SÍ	43	51.2 %
Autismo PC = 5 NO	41	48.8 %

Fuente: elaboración propia.

De particular interés es establecer las características diferenciales en el comportamiento en las áreas evaluadas en ambos grupos, al considerar su importancia para el establecimiento de programas de intervención acordes a sus características y necesidades educativas especiales. A continuación, en las Tablas 2 y 3 se presentan los datos, características y puntajes obtenidos en la entrevista de tamizaje CRIDI TEA en ambos grupos: los menores que se ubicaron dentro del espectro y los que manifestaban diversas dificultades en el lenguaje sin que se tratase de TEA. Los puntos de corte de la Tabla 2 muestran que estos menores que manifestaban problemas de lenguaje no presentaron los criterios mínimos para ser considerados dentro del trastorno; no obstante, las características descritas por sus cuidadores pusieron de manifiesto que los menores sí presentaban problemas de lenguaje y otras características que deberían atenderse.

Tabla 2 Características de comunicación social y lenguaje y Conductas repetitivas e intereses restringidos de la muestra con problemas de lenguaje (n=41)

Criterios de CRIDI-TEA	Puntaje	Características principales
Comunicación social y lenguaje (A)	μ= 1.85 DE= 1.10	31.7 % comenzó a hablar al año, 26.8 % lo hizo al año y medio, 29.2 % a los dos años y el 12.2 % comenzó a hablar a los dos años y medio o después. 70.7 % si pudo decir más de 5 palabras además de mamá y papá al empezar a hablar, el otro 29.3 % no. El 39 % presentó retraso en el lenguaje El 39 % dejó de emitir palabras que ya conocían. El 24.4 % perdió gestos con intención comunicativa. Al momento de la evaluación 9.8 % decía menos de 25 palabras, 7.3 % decía más de 25 palabras, pero menos de 50 y 82.9 % podía decir más de 50 palabras.
Conductas repetitivas e intereses restringidos (B)	μ= 1.71 DE= 1.10	El 41.5 % perdió habilidades motoras.
Puntaje sumatorio total (A + B)	μ= 3.56 DE= 1.20	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3 Características de comunicación social y lenguaje y Conductas repetitivas e intereses restringidos de la muestra que si calificó con TEA (n=43)

Criterios de CRIDI-TEA	Puntaje	Características principales
Comunicación social y lenguaje (A)	μ= 4.65 *DE*= 2.21	2.3 % comenzó a hablar antes del año, 25.6 % lo hizo al año, 9.3 % al año y medio, 18.6 % a los dos años y el 44.1 % comenzó a hablar a los dos años y medio o después. 39.5 % si pudo decir más de 5 palabras además de mamá y papá al empezar a hablar, el otro 60.5 % no. El 69.8 % presentaron retraso en el lenguaje. El 55.8 % dejaron de emitir palabras que ya conocían. El 41.9 % perdieron gestos con intención comunicativa. Al momento de la evaluación 34.9 % decía menos de 25 palabras, 14 % decía más de 25 palabras, pero menos de 50 y 51.2 % podía decir más de 50 palabras.
Conductas repetitivas e intereses restringidos (B)	μ= 4.56 *DE*= 1.57	El 51.2 % perdieron habilidades motoras.
Puntaje sumatorio total (A + B)	μ= 9.09 *DE*= 2.97	

Fuente: elaboración propia.

En la tabla anterior se muestra el grupo cuya sintomatología es acorde a los criterios establecidos por el CRIDI-TEA. Así pues, se aprecian diferencias en todas las características principales en ambos grupos, siendo sobresaliente la diferencia del porcentaje de atraso en el lenguaje entre los niños que no calificaron con TEA (39 %) y los que sí (69.8 %). Es importante observar las diferencias claras en los puntajes entre ambos grupos: por un lado, la mayoría (44.1 %) de los menores con TEA inició a hablar a los dos años y medio, por el otro lado, la mayoría (31.7 %) de los menores con problemas de lenguaje comenzó a hablar al año. En el grupo de los menores con TEA, 39.5 % sí pudo decir más de cinco palabras además de mamá y papá al empezar a hablar, y en el grupo de menores con problemas de lenguaje, fue el 70.7 % el que también pudo decir más de cinco palabras además de mamá y papá. El 24.4 % de los menores con problemas de lenguaje perdieron gestos con intención comunicativa, pero del grupo de menores evaluados con TEA el 41.9 % también perdieron gestos con intención comunicativa, una característica más marcada en el TEA.

Características de los cuidadores principales de los niños

Al tomar en cuenta que la muestra provenía de diversas poblaciones del estado de Guanajuato, se consideró relevante registrar los datos sociodemográficos a fin de contextualizar la muestra y conocer el ambiente familiar de cada grupo (Tabla 4).

Tabla 4 Características sociodemográficas de los niños evaluados con TEA y con problemas de lenguaje

Grupo	Cuidador principal	Edad	Sexo	Vive Con	Hermanos	Grado Escolar
Diagnóstico Autismo	Mamá = 93 % Abuela = 4.65 % Papá = 2.32 %	μ=5.93	Hombre = 76.7 % Mujer = 23.3 %	Mamá = 6.97 Papá = 2.32 % Familia Nuclear = 53.48 % Familia Extensa = 34.88 %	0= 53.48 % 1= 30.23 % 2=16.27 % 3 o más= 0 %	No asiste= 9.57 % Preescolar= 48.83 % Primaria= 37.30 % Secundaria= 0 % Bachillerato= 2.32 % Lic.= 2.32 %
Problemas de lenguaje	Mamá= 70.73 % Abuela= 19.51 % Papá= 0 % Tíos= 7.31 %	μ= 6.93	Hombre= 68.29 % Mujer= 31.7 %	Mamá= 14.63 % Papá= 0 % Familia Nuclear = 43.90 % Familia Extensa = 41.46 %	0= 39.02 % 1= 36.58 % 2=17.07 % 3 o más = 7.31 %	No asiste= 7.31 % Preescolar= 26.82 % Primaria= 60.97 %

Fuente: Elaboración propia.

En términos generales se encontró que el 93 % de los cuidadores principales de los menores con TEA de la muestra eran las madres, el 2.3 % los padres y el 4.7 % las abuelas. La media de edad de las mujeres fue de 30.7 años *(DE 5.25)* años, mientras que la de los padres fue de 35.7 años *(DE 9.13).* Mientras que, en el grupo de menores con problemas diversos de lenguaje*,* el 92.5 % eran las madres, el 1.5 % los padres y el 6 % las abuelas. La media de edad de las mujeres fue de 33.5 años (*DE 6.15)*, mientras que la de los padres fue de 37 años *(DE 11.25).*

Como se pudo observar, casi la totalidad de los cuidadores principales eran mujeres, por lo que la información sociodemográfica genera mayor interés. Así pues, en la Tabla 5 se comparan los grupos en cuanto a su situación socioeconómica (escolaridad, estado civil, trabajo e ingresos mensuales).

Tabla 5 Comparación de situación socioeconómica de cuidadoras principales

Grupo	Estado civil	Escolaridad	Trabajo	Ingresos
Diagnóstico de autismo	Casada= 86 % Unión libre= 2.4 % Divorciada= 2.3 % Madre soltera= 9.3 %	Preescolar = 0 % Primaria = 6.7 % Secundaria = 32.6 % Bachillerato = 20.9 % Licenciatura = 27.9 % Posgrado = 11.9 %	Empleada = 32.6 % Ama de casa = 48.5 % Comerciante = 7 % Independiente = 11.9 %	Sin ingresos = 50.8 % Menos de 5 mil = 7 % Entre 5 y 10 mil = 34.9 % Entre 10 y 15 mil = 7.3 %
Problemas de lenguaje	Casada= 58.6 % Unión libre= 14.6 % Divorciada= 12.2 % Madre soltera= 14.6 %	Preescolar = 2.4 % Primaria = 0 % Secundaria = 41.5 % Bachillerato = 24.4 % Licenciatura = 24.4 % Posgrado = 7.3 %	Empleada = 48.8 % Ama de casa = 41.5 % Comerciante = 7.3 % Independiente = 2.4 %	Sin ingresos = 41.5 % Menos de 5 mil = 19.5 % Entre 5 y 10 mil = 26.8 % Entre 10 y 15 mil = 12.2 %

Fuente: Elaboración propia.

Es de interés que, en ambos grupos, además de su trabajo como cuidadoras principales, la mayoría ejerce alguna actividad económica y, aun así, prácticamente la mitad de las cuidadoras no percibe un ingreso económico, situación que las deja en vulnerabilidad tal como lo reportado por Ramírez et al. (2020). Además, se genera un mayor malestar en los cuidadores, sobre todo si los menores están diagnosticados con TEA, ya que en estos casos se produce un desajuste en la vida de la familia y se puede presentar incertidumbre, miedo, ansiedad y expectativas que se producen a la hora de tratar de comprender el diagnóstico. Ser el padre de un niño con alguna discapacidad es un papel que la mayoría no buscaría tener y para lo cual nunca están preparados ante tremenda responsabilidad que cambia la ecología de la familia en sus interacciones, por ser un trabajo difícil, demandante y confuso (Gargiulo y Bouck, 2021).

Adicionalmente, se observa que, en la mayoría de los casos, se trata de una familia nuclear tradicional en la cual la madre es la cuidadora principal y, aunque en muchos casos también las madres trabajan, perciben un ingreso económico menor a cinco mil pesos o no lo perciben. Esto indica una situación complicada para los cuidadores principales, tanto de los menores con TEA, como con problemas de lenguaje, ya que el acceso a tratamientos especializados es en general limitado y caro y esta población tendría dificultades para acceder a la atención necesaria para su niño(a). Esta situación no es diferente a la reportada en todo el país, ya que como ya se mencionó anteriormente, existen limitaciones en el acceso a los servicios médicos especializados e instrumentos de evaluación diagnóstica del TEA validados para la población mexicana.

Así pues, también resultó de particular interés, lo reportado con respecto a la incidencia de antecedentes psiquiátricos en los familiares de la rama materna que se presentan en la Tabla número 6 en la que se observa una alta incidencia de depresión en ambos grupos.

Tabla 6 Incidencia de antecedentes psiquiátricos de los familiares de la rama materna de niños calificados con TEA y con problemas de lenguaje

Grupos	Depresión	Esquizofrenia	Bipolaridad	Autismo	Discapacidad intelectual	Demencia	Otro
TEA	27.9 %	4.7 %	0 %	7 %	11.6 %	9.3 %	6.3 %
PL	25.4 %	3.7 %	1.2 %	3 %	15 %	10 %	2.4 %

Fuente: elaboración propia. PL= Problemas de lenguaje.

Respecto a los padres varones, es relevante remarcar que solo uno de ellos era el cuidador principal de un menor con TEA y también era el caso de un menor con dificultad en el lenguaje. No obstante, de lo reportado en las entrevistas respecto a los antecedentes psiquiátricos de los familiares de la rama paterna (Tabla 7), se destaca que la depresión está presente en ambos grupos, siendo mayor en el caso de los problemas de lenguaje.

Tabla 7 Incidencia de antecedentes psiquiátricos de la rama paterna de niños calificados con TEA y con problemas de lenguaje

	Depresión	Esquizofrenia	Bipolaridad	Autismo	Discapacidad intelectual	Demencia	Otro
TEA	23.3 %	7 %	4.7 %	1.6 %	9.3 %	9.3 %	0 %
PL	27.4 %	1.2 %	3.5 %	0 %	2.4 %	7.5 %	1.2 %

Fuente: elaboración propia. PL=Problemas de lenguaje.

Las tablas anteriores muestran una coincidencia con un estudio de Martínez y Piqueras (2017, p. 203) en el que se afirma que la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y la prescripción de tratamientos psicofarmacológico están relacionados con la presencia del TEA en algún miembro de la familia.

Conclusiones

Se ha señalado que la incidencia del TEA a nivel mundial es de entre tres a seis menores por cada mil, existiendo cuatro veces más probabilidades en hombres, sin importar el grupo étnico o nivel socioeconómico (Martínez y Cruz, 2020, p. 47). De acuerdo con André et al., (2020, p. 2), las variaciones en los resultados de la prevalencia del TEA son motivo de discusión constante. Algunos estudios apuntan a que el TEA constituye un trastorno que presenta una incidencia creciente, ya que cada estudio realizado obtiene niveles de incidencia cada vez mayores; otros resaltan que esto puede deberse a la metodología, cambios de los criterios diagnósticos o más información y conocimiento acerca del trastorno o, incluso, a que contamos cada vez más con mejores métodos de detección (Sánchez et al., 2015, p. 5)

En este estudio es importante resaltar que se encontró en una muestra de 84 menores referidos con problemas de lenguaje, que el 51.2 % presentaba las características correspondientes al Trastorno del Espectro Autista. Relevante es señalar que los menores pertenecían a ocho comunidades del estado de Guanajuato, lo que coincide en cierto modo por lo encontrado por Fombonne y colaboradores (2016) en relación con que en este estado se encuentra una alta incidencia de población con TEA.

Por otro lado, Alcalá y Ochoa (2022, p. 10) afirman que los factores de riesgo ambiental podrían formar parte del origen en el TEA junto con factores genéticos bien conocidos, algo con lo que el metaanálisis de Gaona (2024) coincide. En este sentido cabe señalar que las ocho comunidades en las que se llevó a cabo el presente estudio son consideradas semi rurales, y en ellas existen dificultades para su población de acceso a servicios de atención y salud, además, debido a las actividades económicas que se llevan a cabo en estos sitios, estos factores de riesgo se presentan con mayor frecuencia, ya que a estos municipios en conjunto se les conoce como "el corredor industrial de Guanajuato", y los riesgos ambientales que menciona Gaona son: la exposición a la contaminación del aire con partículas que puede tener un efecto sobre el sistema inmunológico generando neuro inflamación relacionada con el TEA, los pesticidas

y disruptores endocrinos y productos industriales y agrícolas presentes en un gran número de hogares rurales y semi rurales. También existe una posible asociación entre la cercanía de las casas a pesticidas agrícolas durante la gestación y el TEA. Así pues, el habitar cerca de organofosforados y clorpirifos en algún momento durante el embarazo se asoció con un 60 % más de riesgo de TEA. Para finalizar, la presencia de zinc en el ambiente se asoció con alteraciones en la morfología y la función sináptica relacionada con el TEA, destacando que el zinc se usa como agroquímico esencial que se aplica a los cultivos para corregir deficiencias y mejorar el crecimiento, rendimiento y calidad en los sembradíos.

La utilización de la escala de tamizaje CRIDI TEA permitió no solo realizar una evaluación estandarizada precisa disminuyendo los potenciales sesgos en la evaluación, sino también establecer las características diferenciales que permitieron identificar con mayor precisión entre los menores que presentaban TEA y los que presentaban problemas de lenguaje. De hecho, se pudo determinar esta diferencia en términos de las características de lenguaje, interacción social y conductas repetitivas e intereses restringidos en ambos grupos, todo esto demuestra el nivel de especificidad de la prueba aplicada y su importancia para discernir entre la presencia del TEA y algún otro problema de lenguaje.

Respecto a los datos socio demográficos, se destaca que en el grupo con los menores con TEA es la madre la cuidadora principal, no obstante, también se encontró que hay casos en los que el cuidador principal es la abuela o el padre. La mayoría de los menores evaluados fueron hombres, lo que coincide con lo establecido en la literatura en la que se ha descrito una proporción de cuatro hombres por cada mujer con TEA (Martínez y Cruz, 2020, p. 47). Los menores vivían en su mayoría con la familia nuclear y otros con la familia extensa, la mitad de ellos era hijo único y el resto tenía uno o dos hermanos, la mayor parte asistía a diferentes niveles escolares, solo un 9.57 % no asistía a la escuela.

Respecto a los cuidadores principales de estos menores con TEA, la mayor parte contaba con distintos niveles de escolaridad de primaria a posgrado, cabe señalar que la mitad de ellos no contaba con ingresos económicos propios. Por otro lado, destaca la elevada incidencia de antecedentes de depresión tanto en la rama paterna como materna de la muestra, encontrando que hay una tendencia en ambas ramas familiares a que los menores evaluados con TEA presenten un mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos familiares.

Finalmente, conocer los datos de incidencia de menores con TEA en diversas poblaciones, así como sus características particulares en términos de comunicación, lenguaje, interacción social y conductas repetitivas e intereses restringidos en conjunto con los datos de sus contextos socio demográficos, serán útiles para orientar programas educativos hacia los menores y promover intervenciones mediadas por cuidadores principales como lo señalan Gengoux et al. (2015, p. 2), Schrott et al. (2019, p. 2) y García (2020, p. 45).

Referencias

Albores, L., Escoto, J., Torres, G., Carmona, B., Solís, M., Tapia, L., Vargas, T., Sarmiento, E., Villareal, G., Rojas, F., Castro, K., Suárez, P., Borrayo, E., Hernández, A., Catalán, A., Escudero, R., Gatica, A., Flores, Y., Navarro, E., Chávez, J., Moreno, M., Aguirre, R., Alonzo, J., Arce, S., González, W., Moreno, J., Guerra, L., Valencia, L., Constanza, M., y Suárez, J. (2019). Validity of the Diagnostic

Interview "CRIDI Autism Spectrum Disorders" as a Gold Standard for the Assessment of Autism in Latinos and Mexicans. *Neuropsychiatry*, vol. 9 (no. 1), 2047-2045. https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/validity-of-the-diagnostic-interview-cridi-autism-spectrum-disorders-as-a-gold-standard-for-the-assessment-of-autism-in-latinos-an-12916.html

Albores, L., Hernández, L., Díaz, J. y Cortés, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental,* 31(1), 37-44. de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S018533252008000100006&lng=es&tlng=es

Alcalá, G. y Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). Revista de la Facultad de Medicina, 65(1), 7-200 https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text. rev.). American Psychiatric Association.

André T., Valdez C., Ortiz, R. y Gámez, M. (2020). Prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura. Jóvenes en la ciencia, 7. https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204

Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. Recuperado en 20 de febrero de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php

Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A. C., Bruno, R., Diaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K., y Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of autism and developmental disorders,* 46(5), 1669–1685. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2696-6

Gaona, V. (2024). *Etiología del autismo.* Medicina (Buenos Aires), 84 (Supl. 1), 31-36. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=scicarttext&pid=S0025768020240002 0031&lng=es&tlng=es.

García, G. (2020). Familias de niños con TEA. Programa de psicoeducación emocional y apoyo mutuo. Madrid, CEPE Editorial, 111 pp. *Estudios Sobre Educación,* 41, 257-259. https://doi.org/10.15581/004.41.41293

Gargiulo R., y Bouck, E. (2021). *Special education in contemporary society: an introduction to Exceptionality.* los Angles: Editorial SAGE.

Gengoux, G., Berquist, K., Salzman, E., Schapp, S., Phillips, J., Frazier, T., Minjarez, M. y Hardan, A. (2015). Pivotal Response Treatment Parent Training for Autism: Findings from a 3-Month Follow-Up Evaluation. *Journal of autism and developmental disorders,* 45(9), 2889–2898. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2452-3

Hervás, A. (2022). Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina*, 82(1), 37-42. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025768020220 00200037&lng=es&tlng=.

Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Segunda ediciòn (ADOS-2).* Western Psycholgical Services.

Luna, G. y Farfán, O. (2022). Emociones y sentimientos de padres que recibieron diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en sus hijos. *PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes, 1 (Edición especial septiembre 2022)*, 1-14 DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.7047175

Mandell, D., Novak, M., y Zubritsky, C. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics,* 116(6), 1480–1486. https://doi.org/10.1542/peds.2005-0185

Martínez, A., y Piqueras, J. (2017) Conductas repetitivas en personas con trastorno del espectro autista: relación con los antecedentes familiares y el tratamiento farmacológico. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva,* 10(1) https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/295/0

Martínez, L. y Cruz, A. (2020) *Descripción de población pediátrica con trastorno del espectro autista en el Centro Médico Naval*. Rev Mex Med Fis Rehab, 32(3-4), 46-51. https://www.medigraphiac.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101970

Martínez, M. y Bilbao, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention,* 17(2), 215-230. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592008000200009&lng=es&tlng=es.

Ramírez, B., Nava, I., Granados, A. y Badillo, G. (2020). La desigual participación de las mujeres mexicanas en el acceso y en los beneficios de la seguridad social. *Revista latinoamericana de derecho social,* (30), 95-122. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2020.30.14073

Reynoso, C., Rangel, M. y Melgar, V. (2017) El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc,* 55(2), 214-222. https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71938

Russell, G., Stapley, S., Newlove, T., Salmon, A., White, R., Warren, F., Pearson, A. y Ford, T. (2022). Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines,* 63(6), 674–682. https://doi.org/10.1111/jcpp.13505

Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2003). ADI-R: A*utism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R). Western Psychological Services.

Sampedro, M., González, M., Vélez, S. y Lemos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México,* 70(6), 456-466. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000600006&lng=es&tlng=es.

Sánchez, M., Martínez, E., Moriana, J., Luque, B. y Alós, F. (2015) La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA), *Psicología Educativa*, Volume 21, Issue 1, 55(63). https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.04.001.

Schrott, B., Kasperzack, D. y Weber, L. (2019). Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program as an Additional Intervention in the Treatment of Autism Spectrum Disorders: Effects on Parenting Variables. *J Autism Dev Disord,* 49, 913-923. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3764-x

Tapia, J. (1994). Incidencia concepto, terminología y análisis dimensional (1994). *Medicina clínica,* 103(4), 140-142. https://www.academia.edu/12694215/Incidenciaconceptoterminolog%C3%ADa_y_an%C3%A1lisisdimensional?auto=download

Van 't Hof, M., Tisseur, C., Van Berckelear, I., Van Nieuwenhuyzen, A., Daniels, A., Deen, M., Hoek, H. y Ester, W. (2021). Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. Autism, 25(4), 862-873. https://doi.org/10.1177/1362361320971107

Varela, D., Ruiz, M., Vela, M., Munive, L. y Hernández, B. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediátrica de México, 32(4)*, 213-222. https://doi.org/10.18233/APM32No4pp213-222

Zavaleta, P. (2017). *Trayectoria de búsqueda de atención y demora diagnóstica de familias mexicanas con trastornos del espectro autista* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio UNAM https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB-UNAM/TES01000761075