SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Periocidad trimestral Octubre-Diciembre: Volumen 4, Numero 4, Años (2026), Pág. 414 - 437

Recibido: 2026-10-08

Aceptado: 2026-10-29

Publicado:2026-11-12

Detección temprana del trastorno del espectro autista y riesgo de sobrediagnóstico: revisión crítica de la evidencia clínica y metodológica

Early Detection of Autism Spectrum Disorder and the Risk of Overdiagnosis: A Critical Review of Clinical and Methodological Evidence

Autores

Carlos Antonio Escobar Suárez[1]
caes2050@hotmail.com
https://orcid.org/0000-0002-9280-1555
Universidad Regional Autónoma de Los Andes – UNIANDES
Ambato – Ecuador

María José Teran Bejarano[2]
dra.esp.mjteran@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-3818-0284
Hospital General Docente Ambato
Ambato – Ecuador

Rothman Adrián Sánchez Paredes[3]
rothmansan2015@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-1434-4598
Centro de Salud de Patate tipo B
Patate – Ecuador

Silvia Carolina Villacres Gavilanes[4]
carolinavillacres@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-5858-4120
Universidad Técnica de Ambato
Ambato – Ecuador

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Resumen

La detección temprana del trastorno del espectro autista (TEA) permite identificar señales del desarrollo que requieren evaluación especializada; sin embargo, su aplicación plantea desafíos relacionados con la precisión diagnóstica y el posible sobrediagnóstico. El objetivo de esta revisión fue analizar críticamente la evidencia científica sobre la detección temprana del TEA, los instrumentos de tamizaje y evaluación diagnóstica, y los factores asociados al diagnóstico erróneo y al posible sobrediagnóstico. Se realizó una revisión sistemática cualitativa, para esta finalidad Se realizó la búsqueda en bases como Google académico, SciELO, Web of Science, Redalyc y repositorios universitarios. Se utilizó el método PRISMA 2020 para depurar los registros y eliminar duplicados y seleccionar artículos que nos ayudarán con los objetivos propuestos. Posteriormente, la información se organizó en una matriz comparativa por autor, tipo de estudio, anatomía, fisiología, diagnóstico, etc. En el trabajo, se subraya que el tamizaje temprano, aunque se cuenta con herramientas como el M-CHAT-R/F, el SACS-R, el ADOS-2 o el CARS, que puede contribuir a derivaciones (o sesgos) tempranas y orientaciones familiares y favorecer apoyos comunicativos educativos y terapéuticos en el ámbito latinoamericano ya que se cuenta con un amplio marco conceptual de estas prácticas en la experiencia argentina. Se concluye que hay un gran subregistro, impedimentos en las vías diagnósticas que subsiste en los contextos latinoamericanos y el uso considerablemente diferenciado y fragmentado de estas herramientas. No obstante, se evidenció que estas escalas no substituyen el juicio clínico ni la evaluación interdisciplinaria, pues hay falsos positivos y sesgos culturales, diferencias por sexo y síntomas compartidos con ansiedad, TDAH, trastornos del lenguaje o alteraciones sensoriales. La idea principal es que el problema no se presenta por los diagnósticos que se dan antes ni por la reducción artificial por parte de los servicios de diagnóstico, sino por la construcción de unos procesos exigentes, progresivos y contextualizados, que permitan ayudar a quienes lo necesitan sin someterles a un diagnóstico prescriptivo, estigmatizador y clínicamente poco justificado.

Palabras clave: Diagnóstico clínico, Sobrediagnóstico, Tamizaje, Trastorno del espectro autista.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Abstract

Early detection of autism spectrum disorder (ASD) enables the identification of developmental signs that warrant specialized assessment. However, its implementation poses challenges related to diagnostic accuracy and the potential risk of overdiagnosis. The aim of this review was to critically analyze the scientific evidence on early ASD detection, screening and diagnostic assessment tools, and factors associated with misdiagnosis and potential overdiagnosis. A qualitative systematic review was conducted for this purpose. Searches were performed in databases and academic sources, including Google Scholar, SciELO, Web of Science, Redalyc, and university repositories. The PRISMA 2020 guidelines were used to screen records, remove duplicates, and select articles relevant to the research objectives. Subsequently, the retrieved information was organized into a comparative matrix according to authorship, study design, anatomy, physiology, diagnostic approaches, and other relevant characteristics.

The review highlights that early screening tools, including the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F), the Social Attention and Communication Surveillance–Revised (SACS-R), the Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2), and the Childhood Autism Rating Scale (CARS), may facilitate early referrals and family guidance, as well as support access to communication, educational, and therapeutic interventions. This is particularly relevant in Latin American settings, where Argentina provides a substantial conceptual framework and practical experience in these approaches.

The findings suggest persistent underdiagnosis, barriers to diagnostic pathways across Latin American contexts, and considerable variability and fragmentation in the use of these assessment tools. Nevertheless, these instruments do not replace clinical judgment or multidisciplinary assessment, as diagnostic challenges may involve false-positive results, cultural biases, sex-related differences, and symptom overlap with anxiety disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), language disorders, and sensory processing difficulties.

The central conclusion is that the challenge does not lie in establishing diagnoses at an earlier age or artificially restricting diagnostic services, but rather in developing rigorous, progressive, and context-sensitive diagnostic pathways that ensure appropriate support for individuals who need it, while avoiding premature, stigmatizing, and clinically insufficiently substantiated diagnoses.

Keywords: Clinical diagnosis; Overdiagnosis; Screening; Autism spectrum disorder.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

BY NC SA

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Introducción

El trastorno del espectro autista es una condición del neurodesarrollo que afecta la comunicación social, la interacción y la presencia de conductas repetitivas o intereses restringidos, aunque su expresión clínica es muy variable entre una persona y otra. En los últimos años, su identificación ha cobrado mayor visibilidad por el aumento de diagnósticos reportados en distintos países; por ejemplo, el CDC señaló que en una muestra de 2022 fue identificado en 1 de cada 31 niños de 8 años, mientras que la OMS estimó una prevalencia global de 1 de cada 127 personas en 2021. Esta diferencia no solo refleja la carga del problema, también muestra que el tema sigue siendo un reto para los sistemas de salud, la escuela y la familia.

Dicha actualidad podría explicarse por el hecho de que el reconocimiento anticipado podría favorecer la detección de apoyos eventuales, pero que un diagnóstico anticipado podría derivar en etiquetas innecesarias y en caminos clínicos poco precisos. La American Academy of Pediatricians, por ejemplo, aconseja un screening universal del autismo a los 18 y a los 24 meses junto con el seguimiento del desarrollo del niño en el control periódico, precisamente porque son muchos los signos que pueden aparecer en los primeros años de vida. A la vez, los mismos organismos clínicos advierten que algunos rasgos pueden confundirse con otros problemas del desarrollo, lo que hace aún más delicada la decisión diagnóstica. Este es el punto en el cual se mueve este debate: detectar antes sí, pero sin perder rigor, revisiones recientes indican que los primeros signos pueden verse en los dos primeros años de vida, con transformaciones en el lenguaje, la respuesta social y la forma de utilizar gestos, aunque no necesariamente de la misma manera en todos los niños. También se ha documentado que herramientas como el M-CHAT-R/F se utilizan mucho en la práctica clínica para orientar la sospecha inicial, lo que indica que el tamizaje tiene incluso un lugar importante en la atención pediátrica.

De todos modos, la historia también dice que el diagnóstico no está distribuido de una manera equilibrada. Las niñas y las mujeres son diagnosticadas de forma más tardía, pues sus manifestaciones pasan más desapercibidas o porque aprenden a enmascarar sus rasgos en los distintos contextos sociales. La evidencia sobre el “female autism phenotype”, el estudio del camuflaje o los review sobre barreras diagnósticas en las niñas jóvenes nos muestran que es un problema que permanece, y por lo tanto, obliga a observar la cuestión con cuidado, dado que la discusión no se encuentra solamente la de mirarse para un lado por un exceso de diagnóstico, sino la de las personas que llegan tarde o que nunca llegan a ser diagnosticadas.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Al mismo tiempo, permanece presente el riesgo de sobrediagnóstico o de diagnóstico equivocado también en el ámbito de la discusión científica. Una revisión sistemática muy reciente sobre diagnóstico temprano de autismo menciona precisamente el riesgo de sobrediagnóstico y de confusión diagnóstica y sus consecuencias, tales como, intervención sin necesidad o trayectorias clínicas inadecuadas. Este punto se convierte en más sensible a considerar, ya que algunos de los síntomas del espectro pueden encontrarse en relación de superposición con otros trastornos del neurodesarrollo o de salud mental. Por eso, no se debe plantear si la elección es entre sospechar que hay autismo de forma temprana o no ser excesivamente imprudente, sino si se ha considerado los criterios de los que se hace uso en el proceso de decisión que va sosteniendo cada decisión.

A pesar de estos avances, todavía hay vacíos significativos en la literatura. Por un lado, los instrumentos de tamizaje no son perfectos y pueden dar positivos y negativos falsos; en los estudios clásicos del M-CHAT se ha encontrado una sensibilidad y un valor predictivo positivo limitados, aunque el seguimiento estructurado sí mejoraría su rendimiento. Las revisiones más antiguas de las herramientas de screening y diagnóstico también muestran que la evidencia no es siempre homogénea y que la calidad de los estudios varía mucho. En otras palabras, existen ciertas informaciones útiles, pero aún no hay un consenso claro acerca del peso que hay que dar a cada herramienta en diversos contextos clínicos.

Un vacío adicional que se presenta es que buena parte de los trabajos analizan la detección precoz, por un lado, y el sobrediagnóstico, por el otro, como si de temas independientes se tratase, cuando lo que sucede en la práctica es que se encuentran enredados. Aún queda por resolver la literatura respecto a qué parte del aumento de casos identificados se deriva de una mejor pesquisa, qué parte de criterios clínicos que han mudado y qué parte se debe a diferencias de acceso, sexo, edad o condiciones sociales. Asimismo, la tensión que existe entre detectar de manera anterior a aquellos que sí requieren auxilio y no etiquetar a los niños que podrían dar pie a otras explicativas diagnósticas no queda zanjada con firmeza. Tal falta de integración abre un espacio claro para una revisión sistemática centrada en la comparación crítica entre ambas visiones.

Se determina la necesidad de realizar esta revisión sistemática dado que la evidencia hasta el momento está dispersa entre estudios de prevalencia, trabajos de tamizaje, revisiones clínicas y sesgos diagnósticos, pero muchas veces no existe un diálogo entre ellos. Adicionalmente, en la actualidad las propuestas de recomendaciones de tamizaje universal se realizan de forma

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

temprana y con derivación inmediata de las familias con probabilidad elevada, aunque no se posea aún confirmación definitiva, lo que incrementa el interés por la diferenciación entre una sospecha de ajustada a tiempo con respecto a una etiqueta clínica incorrecta. En un entorno donde cohabitan lo urgente por no retrasar la atención con respecto a lo perjudicial de no sobrediagnosticar, se hace necesario ordenar la evidencia de acuerdo a unos criterios claros.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En América Latina, la información disponible es aún fragmentaria; los registros comparables son todavía limitados en la mayoría de los países de América Latina. La OPS alerta que, a nivel de la región, persiste el desconocimiento sobre la prevalencia de los trastornos del desarrollo. Asimismo, en el marco del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, Unicef señala que sigue habiendo importantes brechas en la generación de datos sobre discapacidad en la infancia y la adolescencia. Esto afecta la lectura epidemiológica de esta temática. Por ello, referirse al diagnóstico de autismo en nuestra región implica reconocer que muchas veces se trabaja a partir de información parcial, con coberturas desiguales y con servicios que no siempre cuentan con personal entrenado para una identificación oportuna y precisa. Esa realidad deja un margen amplio para que se detecten tarde unos niños y se clasifiquen demasiado pronto otros, sin que siempre haya suficiente confirmación clínica.

La zona afronta también una tensión concreta entre acceso y oportunidad. La primera sospecha suele aparecer en la escuela o en el primer nivel de atención, pero no siempre ocurre la derivación especializada y cuando esto sucede no siempre hay rapidez ni criterios similares. En distintos contextos latinoamericanos la familia tiene que hacer itinerarios largos de evaluación, y en los otros la falta de instrumentos homogeneizados favorece diagnósticos muy precoces y que más allá no siempre son sostenidos por una valoración integral; en resumen, se produce una situación en la que la prevalencia real sigue sin clarificarse en buena parte de los países y arribar a conclusiones sobre cuánto del crecimiento en la identificación se debe a mejor pesquisa y cuanto a cambios en la práctica clínica se torna difícil. El problema regional no es sólo de “subregistro”, sino de “calidad diagnóstica” y esto justificaría una revisión de la evidencia disponible con una mirada que contraste los beneficios, límites y sesgos de la detección precoz.

En el Ecuador, el tema ha ganado peso en la agenda sanitaria puesto que el Ministerio de Salud Pública menciona q existe pocas guias y rutas más claras sobre la detección, diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. En su guía clínica, la

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

entidad indica que la falta de un instrumento normativo unificado ha permitido diagnósticos tardíos y hasta inadecuados, lo que da cuenta de una debilidad estructural de la atención. El Estado mismo, a su vez ha manifestado que entre los años 2017 y 2023 se registraron 6.620 niños de 0 a 6 años con discapacidad. Y de ellos, 5.738 tenían diagnósticos dentro del espectro autista. Indicador que muestra la presencia del problema a muy tempranas edades. A la par que hace más urgente la discusión acerca de la calidad de la identificación. En este sentido, el país no sólo requiere más acceso sino criterios más sólidos para evitar que la ampliación diagnóstica termine convirtiéndose en sobrediagnóstico.

En Ambato, se observa la existencia de una demanda real de atención y una respuesta institucional en construcción, ya que en el 2023 el Ministerio de Salud hizo el primer consultorio de la zona centro para el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo infantil en el Centro de Salud Totoras. Más tarde supo que se habían diagnosticado un total de 346 niños con trastornos del neurodesarrollo en ese espacio, por lo que existe un número importante de casos asistidos en la ciudad y su área de influencia. Por otro lado, la información pública que está a disposición se centra más en prestaciones y diagnósticos que en prevalencias de carácter local ya consolidada.

4.- **OBJETIVO**

Analizar la relación entre la detección precoz y el sobrediagnóstico de los trastornos del espectro autista.

Metodología

Se propone desarrollar una revisión de alcance orientada a identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la detección temprana del trastorno del espectro autista, la utilización de instrumentos de tamizaje y evaluación diagnóstica, y los factores relacionados con el diagnóstico erróneo y el posible sobrediagnóstico. La revisión deberá seguir un procedimiento explícito y reproducible de búsqueda, selección, extracción y síntesis de la información, con criterios de elegibilidad previamente definidos y un diagrama de flujo que documente cada etapa del proceso.

La selección definitiva de los estudios se realizará a partir de su pertinencia respecto de los objetivos de investigación y de la información que aporten sobre los procesos de detección y diagnóstico del TEA.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Diseño:

La investigación se plantea como una revisión de alcance (scoping review), orientada a identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la detección temprana del trastorno del espectro autista, los instrumentos de tamizaje y evaluación diagnóstica, y los factores relacionados con el diagnóstico erróneo y el posible sobrediagnóstico. El procedimiento comprenderá la búsqueda bibliográfica, la aplicación de criterios de elegibilidad, la selección de publicaciones, la extracción de información y la síntesis descriptiva de los hallazgos. La presentación del proceso de selección se realizará conforme a las recomendaciones PRISMA-ScR.

Población y muestra:

La población estuvo conformada por estudios científicos que abordaron el trastorno del espectro autista en pacientes comprendidos entre los 0 y 18 años de edad, etapa en la que la detección precoz resulta más relevante por la aparición temprana de signos del desarrollo y por la posibilidad de intervención oportuna. La muestra final fue de 15 investigaciones elegidas de entre aquellas que cumplían los criterios de inclusión preestablecidos que tenían relación directa con la detección precoz, con el proceso diagnóstico y con el riesgo de sobrediagnóstico en la población infantil y adolescente (Taramuel et al., 2025). Se han antepuesto al análisis los estudios con acceso al texto completo y que tuviesen respaldo metodológico y del tópico. Esto se hace para garantizar orden y que vaya a ser útil para el análisis comparativo. En consecuencia, la unidad de análisis no fueron pacientes individuales, sino artículos científicos que aportaran evidencia clara y consistente sobre el tema de estudio.

Instrumentos o técnicas de recopilación de datos:

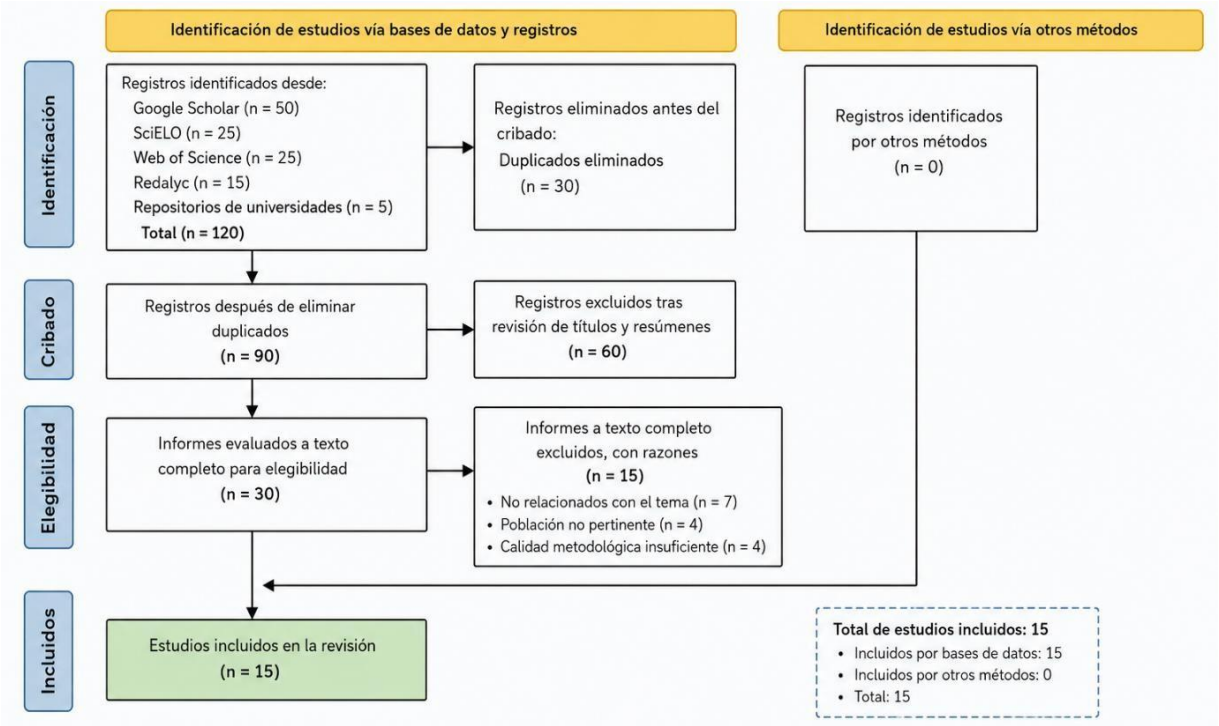
La recopilación de información se realizó mediante un enfoque sistémico-literario, orientado a la búsqueda, organización y evaluación crítica de literatura científica relacionada con el tema. Se consultaron bases de datos académicas confiables como Google Scholar, SciELO, Web of Science, Redalyc y repositorios universitarios, con el fin de recuperar publicaciones relevantes y con sustento metodológico. Para depurar la información se aplicó el método PRISMA 2020, que permitió identificar registros, eliminar duplicados, revisar títulos y resúmenes, evaluar textos completos y establecer la selección final (Tarrillo et al., 2024). En un primer momento se localizaron 120 registros, luego se eliminaron 30 duplicados, quedaron 90 para lectura preliminar, se excluyeron 60 por no cumplir criterios, 30 pasaron a revisión a texto completo, 15 fueron descartados por falta de pertinencia o calidad metodológica y finalmente se incluyeron 15 artículos. Este proceso aseguró trazabilidad y orden en la selección. La técnica

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

permitió obtener información confiable y relevante para el análisis comparativo, como se muestra en la figura 1.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA 2020



Nota. La figura muestra el diagrama de flujo PRISMA 2020

Análisis de los datos:

El análisis de los datos se desarrolló mediante una matriz de doble entrada, construida para organizar cada artículo según autor, año, país, diseño del estudio, población, instrumento empleado, principales hallazgos y aportes al problema de investigación. Esta matriz posibilitó comparaciones entre trabajos y ubicar patrones comunes, o diferencias metodológicas y coincidencias conceptuales sobre detección precoz y sobrediagnóstico (Tasayco y Bermeo, 2025). La lectura crítica se realizó de forma secuencial, esto implica que verificamos la calidad de cada fuente y su pertinencia respecto del objetivo general. Después se agruparon los hallazgos de forma tal de interpretar la evidencia sin desestimar el orden de procedencia. Este procedimiento ayudó a sostener una síntesis coherente y verificable. La organización de la información respondió al carácter sistemático de la revisión.

Consideraciones éticas:

Al tratarse de una revisión sistemática basada en documentos ya publicados, no se trabajó con intervención directa en personas ni con recolección de datos sensibles de participantes. Por ello,

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

no fue necesario aplicar consentimiento informado ni procedimientos clínicos de riesgo. Se respetó el hecho de que cada fuente es de autoría de alguien, se citó de forma adecuada y no se practicó el plagio ni el mal uso. Los autores también intentaron elegir estudios con respaldo académico y transparencia en su metodología, para no generar distorsiones en los resultados de la revisión (Vizcaíno et al., 2023). La interpretación de la evidencia se llevó a cabo de manera objetiva y no se alteraron los hallazgos originales. De este modo, la investigación conservó un criterio ético riguroso y coherente con la naturaleza documental del estudio.

Marco Teórico y Desarrollo

El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que está íntimamente asociado a diferencias en la manera en la que se organiza funcionalmente el cerebro en red, específicamente del conectoma mismo, en redes relacionadas con la comunicación social, la atención conjunta, el procesamiento sensorial, la flexibilidad cognitiva y la regulación conductual (Velásquez et al., 2024). De forma fisiológica, las diferencias en el TEA se producen en la forma en que el niño procesa información social, sensorial y comunicativa representándose de forma diferente en el responder a la mirada, a la voz humana, a los gestos, al juego simbólico, a algún cambio de rutina, a la información visual, auditiva o táctil y en la intencionalidad entre la intención comunicativa, la forma de comunicarse y la respuesta social en la comunicación (Martí et al., 2022).

Clasificación:

Trastorno del espectro autista según criterios clínicos actuales: El TEA se clasifica como una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restringidos, repetitivos o sensoriales de comportamiento, intereses o actividades.

Clasificación según nivel de apoyo requerido: El DSM-5 define 3 niveles de apoyo, el nivel 1, que requiere apoyo; el nivel 2, apoyo sustancial; y el nivel 3, que requiere apoyo muy sustancial, pero las investigaciones más recientes evidencian el hecho de que estos niveles no son utilizados de manera uniforme en los diferentes servicios clínicos y educativos, por lo que deben ser entendidos como una guía funcional y no como una definición pronóstica y/o de capacidad (Velarde et al., 2021).

Diagnóstico:

El diagnóstico del TEA es clínico, interdisciplinario y debe integrar historia del desarrollo, entrevista con cuidadores, observación directa, información escolar, evaluación del lenguaje, conducta adaptativa, desarrollo cognitivo, comunicación social y presencia de patrones

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

restringidos o repetitivos. Los criterios actuales exigen dificultades persistentes en comunicación e interacción social, además de al menos dos manifestaciones relacionadas con comportamientos restringidos, repetitivos o sensoriales. A pesar de que se dispone de instrumentos de soporte como el M-CHAT-R/F, el ADOS-2, el ADI-R, el CARS, el SRS, el GARS y el ASRS, estos, repito no le pueden reemplazar en sus juicios clínicos ni deben ser empleados como si fueran independientes; de esta forma la vigilancia del desarrollo y el tamizaje, son instrumentos de detección de certezas para la detección de las señales tempranas, pero un positivo en una escala debe ser signo para la evaluación general, no para la evaluación directa de una etiqueta diagnóstica (Torres et al., 2024).

Escalas de severidad:

- Niveles de severidad del DSM-5.
- ADOS-2 y puntajes de severidad calibrada.
- CARS-2L.
- SRS-2
- Escalas complementarias de comorbilidad

Tratamiento no farmacológico: Las intervenciones de tipo conductual, evolutivo, educativo y con mediación de cuidadores son los ejes de este tratamiento. Incluye programas naturalistas del desarrollo, intervención muy precoz, terapia de lenguaje, para la comunicación social, para el apoyo escolar, para el entrenamiento a padres y la adaptación del entorno (Torres et al., 2024).

Pronóstico y complicaciones:

El pronóstico del TEA es variable y depende de factores como edad de detección, acceso a intervención, nivel de lenguaje, funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, comorbilidades, apoyo familiar, inclusión escolar y continuidad terapéutica. La detección precoz puede favorecer mejores oportunidades de desarrollo, especialmente cuando permite iniciar apoyos antes de la edad escolar y cuando se acompaña de intervención familiar. No obstante, la detección temprana no debe entenderse como la construcción de un diagnóstico prematuro, dado que la sobre diagnosis puede conllevar estigmatización, ansiedad familiar, consumo no necesario de recursos y colapsos de los servicios (Zeidan et al., 2022). La clínica es lograr el hallazgo de los signos de alerta de una manera temprana, realizando la confirmación del diagnóstico con los criterios estrictos ponderados, con el seguimiento evolutivo y la evaluación diferencial.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Entre las complicaciones derivados del autismo encontramos dificultades en el lenguaje, problemas de sueño, ansiedad, TDAH, irritabilidad, epilepsia, problemas gastrointestinales, selectividad alimentaria, dificultades en la visión, torpeza motora, aislamiento social, acoso escolar, depresión en etapas posteriores o sobrecarga familiar, pero también pueden presentarse problemas que proceden del diagnóstico erróneo, como: todo problema de comportamiento atribuirlo solo al autismo, pasar por alto discapacidad auditiva o visual, ignorar trauma, ansiedad o trastornos del lenguaje o aplicar formas de tratamientos intensivos sin necesidad real (Barbaro et al., 2022). Por ello, una revisión sistemática sobre detección precoz y sobrediagnóstico debe valorar no solo la frecuencia de diagnósticos, sino la calidad de los procesos de evaluación, la utilidad de las escalas, la pertinencia de las intervenciones y el impacto del diagnóstico en la vida del niño y su familia.

7.- DESARROLLO

La tabla 1 muestra los resultados de la revisión bibliográfica sobre los Trastornos del Espectro Autista, en la detección precoz versus sobrediagnóstico.

Tabla 1.

Resultados de los Trastornos del Espectro Autista, en la detección precoz versus sobrediagnóstico

Autor	Tipo de estudio	Anatomía y fisiología	Clasificación	Etiología	Diagnóstico	Escalas de severidad	Tratamiento	Pronóstico y complicaciones

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Hirota y King (2023)	Examen clínico narrativo	Presenta el TEA como una condición del desarrollo de carácter neurobiológico heterogéneo.	Integra las manifestaciones sociales, comunicativas y conductuales que están dentro del espectro.	Reconoce la interacción de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.	Resalta el diagnóstico clínico basado en criterios y/o en una evaluación exhaustiva.	Considera la severidad de acuerdo con el impacto funcional.	Aporta que los fármacos transforman los síntomas asociados, pero no la propia esencia del TEA.	Advierte comorbilidades psiquiátricas, conductuales y funcionales.
Lord et al. (2022)	Comisión internacional / revisión de consenso	Presenta el TEA como condición del neurodesarrollo con trayectorias diversas.	Propone comprender el espectro según necesidades de apoyo.	Enfatiza heterogeneidad biológica y clínica.	Defiende evaluación individualizada y longitudinal.	Recomienda valorar funcionamiento adaptativo, no solo síntomas.	Impulsa otros apoyos no institucionales que necesiten.	Indica desigualdad en acceso, diagnóstico tardío y necesidad de apoyos permanentes.
Okoye et al. (2023)	Revisión sobre diagnóstico precoz	Vínculos entre signos tempranos y diferencias en desarrollo social y comunicativo.	Diferenciar entre detección temprana y confirmación diagnóstica.	Señala factores de riesgo tanto genéticos como ambientales.	Analizar beneficios y riesgos de la detección temprana.	Recomienda uso prudente de instrumentos estandarizados.	Destaca intervención temprana como oportunidad clínica.	Advierte riesgos de ansiedad familiar y diagnósticos incorrectos si no hay evaluación completa.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Grigore et al. (2024)	Revisión sistemática de cribado	No se centra en anatomía, pero analiza signos tempranos observables.	Evalúa población infantil con sospecha o riesgo de TEA.	No aborda etiología de forma principal.	Se encontró débil evidencia sobre cribado universal y variabilidad en sensibilidad de herramientas.	Identifica limitaciones metodológicas en estabilidad del diagnóstico.	Sugerir que este cribaje debe estar conectado a la evaluación.	Toma parte en el debate sobre falsos positivos, sobrediagnóstico y calidad del diagnóstico.
Barbaro et al. (2022)	Análisis de sensibilidad diagnóstica	Estudia signos sociales, e indicativos comunicativos manifestados en la primera infancia	Comprende a los niños muy pequeños, considerados bajo vigilancia del desarrollo.	No estudia etiología o causas.	Estudia la sensibilidad y especificidad diagnóstica del SACS-R y del instrumento preescolar para detección precisa del primer diagnóstico.	Contribuye a clasificar riesgo y necesidad de evaluación.	Facilita la derivación anticipada a apoyos	Proporciona elementos para reducir el subdiagnóstico, aunque necesita validación clínica.
Vivanti et al. (2025)	Ensayo/implementación clínica con M-CHAT-R/F	Incluye señales tempranas en comunicación social y atención.	Permite identificar casos con presentaciones muy sutiles.	No centra su interés en la etiología	La aplicación del cribado estandarizado en visitas a la pediatría, derivó a niños más jóvenes y con rasgos menos evidentes.	Permite diferenciar la intensidad clínica inicial.	Pone de manifiesto el acceso precoz a evaluación e intervención.	Reafirma los beneficios de la detección precoz, pero exige no hacer una lectura automática de los cribados

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Whitehouse et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorio de la intervención iBASIS-VIPP	Realiza el trabajo con lactantes con signos muy tempranos de alteración comunicativa y social.	Se enfoca en el riesgo temprano, antes del diagnóstico definitivo.	No investiga la causa, sino la intervención preventiva.	Demuestra la utilidad de poder identificar señales muy tempranas.	Utiliza medidas sintomáticas y de desarrollo para el seguimiento.	Pone de manifiesto que la intervención iBASIS-VIPP reduzca la severidad sintomática y la probabilidad diagnóstica a los 3 años.	Demuestra que la intervención temprana puede modificar las trayectorias del desarrollo.
Zeidan et al. (2022)	Revisión sistemática de prevalencia global	No se fija en la anatomía, sino más bien en la magnitud epidemiológica	Puede estimar las diferentes diferencias diagnósticas entre regiones y sistemas.	Indica que la prevalencia depende de factores sociales, metodológicos y de atención.	Récord de que los cambios en la identificación de TEA afectan a las cifras.	No evalúa escalas clínicas específicas.	Implicaciones para la planificación de servicios.	Ofrece una base para discutir el aumento real, una mejor detección y un posible sobrediagnóstico.
Russell et al. (2022)	Grupo de personas en el Reino Unido.	No está centrado en fisiología.	Analiza cambios en diagnósticos por edad, sexo y grupos sociales.	No estudia etiología biológica.	Evidencia aumento de diagnósticos en 20 años.	No profundiza en escalas de severidad.	Implica necesidad de ajustar servicios a nuevas demandas.	Ayuda a interpretar si el aumento responde a mejor reconocimiento, ampliación de criterios o

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

								sobrediagnóstico.
Castro et al. (2026)	Revisión crítica	Reconoce ausencia de biomarcadores únicos.	Analiza el TEA como categoría diagnóstica en expansión.	Relaciona aumento de prevalencia con criterios, conciencia, acceso y posibles diagnósticos excesivos.	Advierte dificultades por comorbilidades y variabilidad profesional.	Señala límites de clasificaciones rígidas.	Propone fortalecer prácticas diagnósticas y terapéuticas.	Es central para el eje "sobrediagnóstico o nueva pandemia".
Havdahl et al. (2021)	Revisión genética	Relaciona TEA con desarrollo cerebral, conectividad sináptica y regulación génica.	Caracterizan a los neoplasmas ifosfamidicos.	Describir la variante común, rara y de nuevo de riesgo.	La genética, por sí misma, no puede sustituir un diagnóstico clínico.	La severidad no depende de un solo gen o vía biológica.	Ayuda a la medicina personalizada y a la comprensión de la etiología.	Muestra que la heterogeneidad genética complica el pronóstico y la clasificación.
Love et al. (2024)	Revisión sobre los factores prenatales	Conecta el desarrollo fetal y mecanismos inmunes, metabólicos y neurobiológicos.	No clasifica los grupos.	Analiza infección gestacional, diabetes y obesidad materna y los mecanismos	Sugiere que los antecedentes prenatales se consideren, pero que no sean el único criterio en la decisión.	No evalúa escalas de severidad.	Tiene una implicación en la prevención y en la salud, tanto materna como infantil.	Recuerda que los factores de riesgo no son deterministas, lo que debe llevar a tener mucha cautela en su interpretación.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

				que podrían explicarlas.				
Zhuang et al. (2024)	Revisión sobre patogénesis, biomarcadores e intervención	Integra mecanismos moleculares, neurobiológicos y de conectividad.	Resalta heterogeneidad clínica del TEA.	Describe vías genéticas, moleculares y neuro inmunes.	Revisa biomarcadores potenciales, pero reconoce retos de traslación clínica.	La heterogeneidad limita una escala única de severidad biológica.	Revisa intervenciones conductuales, educativas, tecnológicas y médicas.	Señala que la diversidad biológica dificulta la predicción uniforme del pronóstico.
Reynolds y Culican (2023)	Estudio sobre problemas de visión en el TEA.	Estudia visión, movimientos oculares, fallas en la vista, estrabismo y ambliopía.	Sugerimos considerar los subgrupos con comorbilidades visuales.	No plantea etiología causal del TEA.	Recomienda no confundir problemas visuales con rasgos autistas o conductas sociales.	La severidad funcional puede aumentar si hay alteraciones visuales no tratadas.	Fundamenta el manejo ocular y adaptaciones visuales.	Advierte que dificultades visuales pueden afectar aprendizaje, conducta y evaluación diagnóstica.
Tinker et al. (2026)	Estudio poblacional ADDM sobre niveles DSM-5	No analiza anatomía.	Evalúa uso real de niveles de severidad DSM-5.	No aborda etiología.	Muestra variabilidad en registro clínico de severidad.	Menos de la mitad de los casos tenía nivel de severidad documentado; su uso varió entre sitios.	Tiene implicaciones para asignación de servicios y apoyos.	Advierte que los niveles de severidad pueden limitarse si no se usan de forma consistente.

Nota. La tabla muestra los resultados sobre el Trastorno del espectro autista: detección precoz vs sobrediagnóstico

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Discusión

El análisis de los estudios revisados permite identificar que la detección precoz del trastorno del espectro autista representa una oportunidad clínica importante, pero también un punto de tensión cuando los procesos de evaluación no son suficientemente rigurosos. En este sentido, los hallazgos muestran que el diagnóstico temprano puede favorecer el acceso oportuno a intervenciones psicoeducativas, familiares y comunicativas, especialmente durante los primeros años de vida, etapa en la que la plasticidad cerebral permite mejores respuestas al acompañamiento terapéutico. Sin embargo, es necesario tomar con pinzas esta ventaja, pues identificar iniciales no equivale a ser un diagnóstico confirmatorio. El TEA es una condición heterogénea que requiere valoración clínica integral (Hirota y King, 2023). Para Lord et al. (2022) el diagnóstico tiene que estar ligado a necesidades reales de apoyo y no se puede vincular a la presencia aislada de rasgos conductuales.

Al contrastar los estudios centrados en cribado temprano, se aprecia una diferencia relevante entre detectar riesgo y establecer diagnóstico. Estudios sobre herramientas como M-CHAT-R/F y sistemas de vigilancia del desarrollo muestran utilidad para identificar niños que requieren evaluación especializada, a la vez que un resultado positivo puede incluir falsos positivos o casos que después no cumplen criterios completos de TEA. Como consecuencia, la detección anticipada debe concebirse como una puerta de acceso al seguimiento clínico, pero no como una sentencia diagnóstica inmediata. Grigore et al. (2024) advierten que existe todavía evidencia con limitaciones metodológicas sobre cribado universal, mientras que Barbaro et al. (2022) muestra que los instrumentos de vigilancia pueden acentuar la identificación temprana cuando se han utilizado de forma estructurado y con seguimiento profesional.

Una de las controversias más importantes es que ha aumentado la prevalencia del TEA en las últimas décadas. Este crecimiento puede comprenderse como el resultado de mayor conciencia de la población, de criterios de diagnóstico más amplios, de mejor acceso a los servicios y de la visibilización de casos antes invisibilizados, sobre todo en niñas, adolescentes y personas con lenguaje funcional conservado. Sin embargo, cabe la existencia de que algunos de los presentes diagnósticos respondan a una interpretación muy amplia del espectro, dado que ciertas dificultades de lenguaje, ansiedad, TDAH, inmadurez social, problemas adaptativos, etc., se clasifican como TEA sin suficiente diferenciación clínica. En el mundo, el diagnóstico puede ser distinto según el método, región o sistema de identificación (Zeidan et al., 2022). Según Russell et al. (2022) ha habido un aumento continuo de diagnósticos en Reino Unido. La melhor

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

detecção, uma mudança social ou um sobrediagnóstico parcial: este último achado obrigou a discutir.

Desde una mirada crítica, el concepto de sobrediagnóstico no debe ser entendido como una negación del TEA o bien una devaluación de las experiencias de las personas autistas. Sin embargo, sí debe ser útil como señal de alerta ante procesos diagnósticos que sean incompletos, apresurados o exageradamente dependientes de escalas. El problema no es diagnosticar temprano, sino diagnosticar sin suficiente evaluación diferencial, sin seguimiento evolutivo y sin tomar en cuenta toda la información que puede obtenerse de la familia, la escuela, la comunicación, lo sensorial y lo adaptativo. El aumento de casos con diagnóstico de Accidentes Cerebrovasculares (ACV) argumenta Castro et al. (2026) que requiere una revisión minuciosa de la expansión de la categoría diagnóstica. Por su parte, Okoye et al. (2023) sostienen que la detección precoz presenta evidentes beneficios, pero también riesgos cuando no se acompaña de una valoración experta y contextualizada.

Las restricciones de la evidencia examinada son relevantes para interpretar los resultados. Hay muchos estudios que se llevan a cabo en contextos de mayores recursos sanitarios, con posibilidad de especialistas y sistemas de seguimiento, los cuales no son siempre comparables a la realidad latinoamericana o a comunidades con menos cobertura en salud mental infantil. Los instrumentos de diagnóstico también pueden presentar sesgos culturales, lingüísticos y socioeconómicos que inciden sobre la detección de falsos negativos y falsos positivos. Havdahl et al. (2021) muestran que la heterogeneidad genética del autismo impide una explicación biológica única, en tanto que Love et al. (2024) advierten que los factores prenatales y ambientales deben leerse como asociaciones de riesgo y no como causas por sí mismas para evitar conclusiones absolutas en términos etiológicos.

Cuando se habla de la aplicación en el ámbito clínico, hay consenso en que la detección precoz solo vale la pena si se traduce en apoyos concretos en el momento adecuado y personalizados. La falta de intervención en la detección genera frustración en las familias, listas de espera y un diagnóstico con poca virtualidad positiva. Por el contrario, si el screening se relaciona con orientación a las familias o con terapia del lenguaje, intervención naturalista en el aula, refuerzo escolar y seguimiento interdisciplinario, el diagnóstico precoz puede ser una medida de prevención secundaria y de mejora funcional. La investigación de Whitehouse et al. (2021) indica que se puede influir en el desarrollo de los infantes con intervenciones oportunas. En

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

otro trabajo, Vivanti et al. (2025) describen que la M-CHAT-R/F estandarizada puede disminuir la edad de identificación y favorecer una derivación precoz.

Otro aspecto importante es que la grave categoría de TEA no debe percibirse como un tipo fijo porque las necesidades de apoyo son dinámicas, cambian con la edad, el contexto, las comorbilidades y las oportunidades educativas. Las escalas de severidad son instrumentos útiles para ordenar información clínica, pero si se usan de forma aislada o se interpretan como medida o capacidad absoluta son insuficientes. El mismo nivel de severidad puede implicar en la práctica un nivel de necesidad muy diferente, en comunicación, autonomía, conducta adaptativa, sueño, alimentación, aprendizaje, salud visual. Tinker et al. (2026) muestran que los niveles de severidad del DSM-5 no siempre se recogen de forma consistente. Reynolds y Culican (2023) recuerdan que las dificultades visuales pueden alterar la conducta y el desempeño del niño, por lo que deben ser considerados en la valoración integral.

A partir del análisis que se ha realizado, se podría afirmar que el equilibrio entre detección precoz y sobrediagnóstico depende del ajuste del proceso clínico. La detección temprana hay que promoverla pues favorece un mejor acompañamiento del desarrollo infantil. Lo que se debe evitar es que el diagnóstico sirva de respuesta automática ante las distintas dificultades sociales, lingüísticas o conductuales. Se argumenta que para una buena práctica clínica se requiere realizar tres condiciones: tamizaje oportuno, evaluación interdisciplinaria y seguimiento evolutivo. Así, se protege al niño de dos riesgos opuestos: quedar sin diagnóstico cuando necesita acceso al apoyo o ser mal diagnosticado, diagnosticado con algo que no le explica. La gran complejidad neurobiológica del TEA exige un modelo diagnóstico e interventivo integral, Zhuang et al (2024) y que más que concentrarse en la etiqueta diagnóstica, como se realizó el diagnóstico, se concentre en las necesidades funcionales, comorbilidades y calidad de vida, (Hirota y King, 2023).

Conclusiones

La detección temprana del trastorno del espectro autista permite identificar señales de alerta en el desarrollo infantil y facilitar el acceso oportuno a una evaluación especializada. Sin embargo, los instrumentos de tamizaje, como el M-CHAT-R/F, cumplen una función de identificación de riesgo y no constituyen herramientas diagnósticas definitivas. Por tanto, la confirmación del TEA requiere una valoración clínica integral que considere la historia del desarrollo, la observación profesional y la evaluación de las características individuales de cada niño.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

El riesgo de diagnóstico erróneo y posible sobrediagnóstico debe analizarse considerando factores clínicos, metodológicos y contextuales. Entre ellos se encuentran las limitaciones de los instrumentos de tamizaje, la presencia de manifestaciones similares en otros trastornos del neurodesarrollo y la ausencia de una evaluación diferencial suficientemente rigurosa. No obstante, un resultado positivo en una prueba de tamizaje o el incremento de los diagnósticos registrados no constituyen, por sí solos, evidencia de sobrediagnóstico clínico.

Finalmente, al contrastar los beneficios y límites que presenta la detección precoz frente a la consideración del riesgo en cuanto al sobrediagnóstico se llega a la conclusión de que la detección precoz es clínicamente significativa porque permite iniciar apoyos en el momento adecuado, orientar a la familia, mejorar la comunicación, fortalecer la autonomía y prevenir formas escolares, sociales y emocionales posteriores, aunque los beneficios solo se consolidan cuando el diagnóstico es prudente, se lleva a cabo un seguimiento evolutivo y se realiza una especialización confirmativa. La idea principal de esta revisión es que el reto no es diagnosticar antes que el resto ni reducir artificialmente los diagnósticos, sino diagnosticar como es debido, y por lo que la importancia clínica radica en un equilibrio entre detectar de manera precoz a las personas que necesitan apoyo y no etiquetar de manera apresurada, sin mayor pausa, lo que puede generar tratamientos irreales, estigmatizaciones o un uso inadecuado de los recursos.

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer los procesos de detección temprana del TEA mediante instrumentos de tamizaje adecuados para la edad y las características de la población evaluada. Los resultados positivos deben conducir a una valoración clínica especializada que integre la historia del desarrollo, la observación profesional, la información familiar y el diagnóstico diferencial.

Asimismo, se recomienda desarrollar investigaciones longitudinales y multicéntricas que evalúen la precisión de los instrumentos diagnósticos en diferentes contextos socioculturales. Estas investigaciones permitirán identificar posibles sesgos relacionados con la edad, el sexo y las condiciones de acceso a los servicios de salud, así como diferenciar una mayor identificación del TEA de los posibles errores de clasificación diagnóstica.

Es necesario estimular futuras investigaciones que midan qué herramientas de detección temprana son más eficaces para qué poblaciones en función de la edad, el sexo, el nivel

e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

socioeconómico, el contexto cultural, el acceso a servicios o la presencia de comorbilidades. Es conveniente, igual, llevar a cabo estudios que sean longitudinales que sean capaces de diferenciar entre las señales tempranas persistentes de TEA retrasos transitorios del desarrollo y condiciones clínicas que generan síntomas similares. Esta línea de investigación podría colaborar a formular criterios más precisos, culturalmente relevantes y clínicamente útiles, favoreciendo una simetría entre la detección temprana y la prevención del sobrediagnóstico.

Revisión Bibliográfica

Barbaro, J., Sadka, N., y Gilbert, M. (2022). Diagnostic Accuracy of the Social Attention and Communication Surveillance–Revised With Preschool Tool for Early Autism Detection in Very Young Children. *Journal JAMA Network Open, V*(3), 25-72. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46415

Castro, K., Riesgo, R., y Gadia, C. (2026). Autism spectrum disorder: overdiagnosis or a new pandemic? *Jornal de Pediatria, CII*(1), 113-138. https://doi.org/10.1016/j.jped.2025.101439

Grigore, B., Peters, J., y Hyde, C. (2024). Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: Still Not Enough Evidence. *Journal of Primary Care & Community Health, XV*(3), 241-268. https://doi.org/10.1177/21501319241263223

Havdahl, A., Niarchou, M., Starnawska, A., Uddin, M., y Warrier, V. (2021). Genetic contributions to autism spectrum disorder. *Psychological Medicine Journal, LI*(12), 2260-2273. https://doi.org/10.1017/S0033291721000192

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (14 de Abril de 2014). *Metodología de la Investigación.* UNICLA: https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/254857_DOC_2023-03-01_18:46:18.pdf

Hirota, T., y King, B. (2023). Autism Spectrum Disorder: A Review. *Jama Journal, CCXXIX*(16), 157-168. https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661

Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., y Boyd, B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet Journal, LXI*(103), 271-334. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5

Love, C., Sominsky, L., O'Hely, M., Berk, M., y Vuillermin, P. (2024). Prenatal environmental risk factors for autism spectrum disorder and their potential mechanisms. *BMC*

BY NC SA

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Medicine Journal, XXII(394), 1-42. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03617-3

Martí, D., Aranda, W., y Eblen, A. (2022). Detección de trastornos del espectro autista mediante el cuestionario M-CHATR/F: necesidad de considerar aspectos socio-culturales y de lenguaje. *Revista Archivos de Neurociencias, XXVII*(1), 216-247. https://doi.org/10.31157/an.v27i1.304

Okoye, C., Obialo, C., Obajeun, O., Sarwar, S., Tawfik, C., Ullah, A., y Subhan, M. (2023). Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Review and Analysis of the Risks and Benefits. *Cureus Journal of Medical Science, XV*(8), 43-77. https://doi.org/10.7759/cureus.43226

Reynolds, M., y Culican, S. (2023). Visual Autism. *Children Journal, X*(IV), 606-629. https://doi.org/10.3390/children10040606

Russell, G., Stapley, S., Newlove, T., Salmon, A., White, R., y Warren, F. (2022). Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study. *THe Journal of Child Psychology and Psychiatry, XVI*(5), 141-176. https://doi.org/10.1111/jcpp.13505

Tarrillo, O., Mejía, J., Dávila, J., Pintado, C., Tapia, C., y Chilón, W. (29 de Noviembre de 2024). *Metodología de la Investigación una mirada global: Ejemplos prácticos.* Centro de Investigación y Desarrollo: https://biblioteca.ciencialatina.org/wp-content/uploads/2024/07/Metodologia-de-la-investigacion-una-mirada-global.pdf

Tinker, S., Rusell, L., Shaw, K., Maenner, M., y Dirienzo, M. (2026). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Severity Levels From the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5) in the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Journal of Autism and Developmental Disorders, LXIV*(6), 122-156. https://doi.org/10.1007/s10803-026-07292-6

Torres, Y., Cerrón, H., y Lescano, G. (2024). Técnicas e instrumentos para evaluar el Trastorno del Espectro Autista (TEA): una revisión sistemática. *Revista de Investigación en Salud Vive, VIII*(22), 171-193. https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.375

Velarde, M., Ignacio, M., y Cárdenas, A. (2021). Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista TEA, adaptándonos a la nueva realidad Telesalud. *Revista Neuropsiquiatría, LXXXIV*(3), 175-182. https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034

Velásquez, M., Reyes, E., Bravo, R., y Mera, M. (2024). La inteligencia emocional: Habilidad blanda indispensable para el personal de salud. Revisión sistemática. *Revista Salud y Ciencias Médicas, III*(5), 94-117. https://doi.org/10.56124/saludcm.v3i5.011

e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/kx3te892

Vivanti, G., Algur, Y., Ryan, V., Stahmer, A., y Robins, D. (2025). The Impact of Using Standardized Autism Screening on Referral to Specialist Evaluation for Young Children on the Autism Spectrum: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, LXIV*(6), 686-698. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.08.502

Vizcaíno, P., Cedeño, R., y Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Revista Multidisciplinar Ciencia Latina, VII*(4), 9723-9762. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

Whitehouse, A., Varcin, K., y Pillar, S. (2021). Outcomes Among Infants Showing Early Signs of Autism. *JAMA Pediatrics Journal, CLXXV*(11), 263-288. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.3298

Yánez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M., Troncoso, L., y López, C. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Revista Andes Pediatrica, XCII*(4), 410-435. https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503

Zhuang, H., Liang, Z., Ma, G., Qureshi, A., Ran, X., y Feng, C. (2024). Autism spectrum disorder: pathogenesis, biomarker, and intervention therapy. *MedComm Journal, V*(3), 497-520. https://doi.org/10.1002/mco2.497

Contribuciones de los autores:

Carlos Antonio Escobar Suárez[1]: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

María José Teran Bejarano[2]: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Rothman Adrián Sánchez Paredes[3]: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Silvia Carolina Villacres Gavilanes[4]: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés