

Preocupaciones parentales iniciales frente a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo

Viviana M. Enseñat^{1,2}, María G. Morell¹ , Daiana Tribouley¹, María P. Graziani³,
María L. Fernie³, Glenda Ernst⁴ , Sebastián Chapela⁴ 

RESUMEN

Introducción. Los trastornos del desarrollo (TD) constituyen un grupo de condiciones crónicas de inicio durante el desarrollo cerebral, que habitualmente se manifiestan durante la infancia. La exploración de las preocupaciones parentales sobre el desarrollo forma parte central de la vigilancia del desarrollo.

Objetivo. Analizar la relación entre las preocupaciones iniciales expresadas por las familias y los diagnósticos del desarrollo obtenidos en una unidad especializada.

Población y métodos. Estudio transversal, retrospectivo, observacional y analítico. Se revisaron evaluaciones diagnósticas transdisciplinarias realizadas entre el 1 de abril de 2017 y el 29 de febrero de 2024 en una Unidad de Pediatría del Desarrollo. Se incluyeron pacientes de 4 meses a 19 años derivados por sospecha de TD. Se analizaron las asociaciones entre perfiles de preocupaciones parentales y diagnósticos mediante análisis bivariados y regresión logística multivariada.

Resultados. Se analizaron 570 pacientes. Las preocupaciones familiares mostraron asociaciones estadísticamente significativas y específicas según el diagnóstico. En los trastornos del espectro autista, las preocupaciones en lenguaje y sociales se asociaron de manera coherente con el diagnóstico. En la discapacidad intelectual y en el trastorno del aprendizaje, las preocupaciones académicas mostraron la asociación más relevante, con perfiles diferenciales respecto de otras áreas. Asimismo, se observaron asociaciones entre sexo masculino y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y entre síndrome genético y discapacidad intelectual.

Conclusión. Las preocupaciones parentales constituyen una herramienta descriptiva clínicamente relevante con patrones específicos vinculados a los diagnósticos del desarrollo. Su reconocimiento sistemático puede orientar la evaluación inicial y priorizar derivaciones.

Palabras clave: trastornos del neurodesarrollo; diagnóstico precoz; desarrollo infantil.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11042>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11042.eng>

Cómo citar: Enseñat VM, Morell MG, Tribouley D, Graziani MP, Fernie ML, Ernst G, et al. Preocupaciones parentales iniciales frente a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo. *Arch Argent Pediatr*. 2026;e202611042. Primero en Internet 17-SEP -2026.

¹ Unidad de Pediatría del Desarrollo, Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ² Pontificia Universidad Católica Argentina; ³ Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁴ Comité de Docencia e Investigación, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia a: Viviana M. Enseñat: vivianaensenat@gmail.com

Financiamiento: Ninguno

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 16-3-2026

Aceptado: 23-6-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del desarrollo (TD) constituyen un grupo de condiciones crónicas que se originan durante el desarrollo cerebral y se manifiestan clínicamente en la infancia temprana. Se caracterizan por dificultades en una o más áreas del desarrollo —conducta, lenguaje, cognición, motricidad y/o interacción social— con diferente grado de impacto funcional según factores personales, familiares y contextuales.¹

En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-5), estas condiciones se agrupan bajo la denominación de “Trastornos del neurodesarrollo” e incluyen el trastorno del desarrollo intelectual (DI), el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), los trastornos de la comunicación, los trastornos específicos del aprendizaje y los trastornos motores.² En la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), se encuentran comprendidas dentro del capítulo de “Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo”.³

Durante la primera infancia, la formulación diagnóstica presenta desafíos debido al carácter dinámico del desarrollo, por lo que se han utilizado marcos conceptuales complementarios como la Clasificación Diagnóstica de los Trastornos de la Salud Mental y del Desarrollo de la Infancia y la Primera Infancia (DC:0-5).⁴

La prevalencia mundial de los TD se estima entre el 8 % y el 16 %, con variaciones según región, nivel socioeconómico y criterios diagnósticos.⁵⁻⁸ En Argentina, la prevalencia estimada se sitúa entre el 9 % y el 20 % de la población infantil, con variabilidad según el tipo de trastorno, el contexto y el método de evaluación.⁹⁻¹¹

Los pediatras y médicos de atención primaria desempeñan un papel clave en la detección temprana de los TD. Sin embargo, se han descrito demoras significativas entre las primeras preocupaciones parentales y el acceso al diagnóstico, agravadas por desigualdades en el acceso a servicios especializados.¹²⁻¹⁴

Las preocupaciones parentales (PP) sobre el desarrollo se definen como las inquietudes expresadas por los cuidadores en relación con el progreso del niño en áreas como el lenguaje, la motricidad, la conducta, la interacción social y el rendimiento académico. Estudios prospectivos de base poblacional han demostrado que constituyen un indicador independiente de riesgo para TD,

con valor diagnóstico más allá de la falla en hitos del desarrollo. Integrar la perspectiva parental a la evaluación pediátrica aumenta la sensibilidad para detectar señales de alerta temprana, siendo especialmente relevante en el primer y segundo año de vida.^{15,16} En línea con esta evidencia, el Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría establece que el primer paso de la historia clínica del desarrollo es indagar sistemáticamente estas preocupaciones.¹⁷

Las evaluaciones del desarrollo pueden realizarse bajo distintos modelos. En las interdisciplinarias, cada profesional evalúa de manera independiente y el equipo integra los resultados; en las multidisciplinarias, las evaluaciones son también independientes, con escasa interacción entre disciplinas; en las transdisciplinarias, un miembro del equipo conduce el proceso con aportes del resto y de la familia, integrando distintas miradas en un proceso coordinado orientado a una comprensión funcional e integral del niño.^{18,19}

Las PP iniciales suelen constituir el primer indicador de alteraciones del desarrollo y pueden aportar información clínica relevante sobre perfiles de funcionamiento y diagnósticos subyacentes. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen sistemáticamente la relación entre tipos de preocupaciones parentales y diagnósticos obtenidos en contextos de evaluación transdisciplinaria.^{20,21}

El objetivo principal fue analizar la asociación entre los tipos de preocupaciones parentales iniciales y los diagnósticos del neurodesarrollo obtenidos mediante evaluación transdisciplinaria. Como objetivo secundario, se buscó identificar perfiles de preocupaciones parentales específicos asociados a cada diagnóstico.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de corte transversal, retrospectivo, observacional y analítico en la Unidad de Pediatría del Desarrollo del Hospital Británico de Buenos Aires.

Población

Pacientes entre 4 meses y 19 años evaluados entre el 1 de abril de 2017 y el 29 de febrero de 2024 a partir del registro clínico habitual. Se incluyeron primeras evaluaciones de pacientes derivados por sospecha de alteraciones del desarrollo con registro completo de entrevista

inicial, cuestionarios familiares y diagnóstico final. Se excluyeron evaluaciones incompletas.

Fuentes de datos

Cuestionario preentrevista completado por el padre, la madre o el cuidador principal previo a la consulta. Durante la mayor parte del período de estudio ($n = 500$), se utilizó una pregunta abierta administrada por correo electrónico (¿Qué les preocupa del desarrollo de su hijo/a?); posteriormente ($n = 70$), se implementó un formulario con dimensiones preestablecidas (motora, lenguaje, social, conducta, académica o combinación). En ambos casos, las respuestas fueron confirmadas y ampliadas durante la entrevista inicial, y categorizadas según las dimensiones mencionadas, registrándose la presencia o ausencia de preocupación en cada área. Asimismo, se recolectaron datos del informe realizado y de historia clínica electrónica.

Procedimiento de evaluación

Equipo integrado por pediatra del desarrollo, becario de perfeccionamiento, terapeuta ocupacional, psicopedagoga y fonoaudióloga. Las evaluaciones se realizaron de manera transdisciplinaria, habitualmente en dos jornadas, con participación de tres o cuatro profesionales. El pediatra del desarrollo lideró la evaluación y participó en todas las instancias. Se utilizaron escalas estandarizadas habituales (*Material suplementario*) y criterios diagnósticos DSM-5. En presentaciones clínicas incipientes o heterogéneas, donde los síntomas no alcanzaban los umbrales diagnósticos del DSM-5, se utilizó el DC:0-5 por su mayor sensibilidad para la detección temprana y su adecuación a poblaciones de 0 a 5 años.

Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, nivel educativo materno, preocupación parental inicial y tipo de preocupación (motora, conducta, lenguaje, social, académica o combinación de dos o más), edad de inicio de las preocupaciones, presencia de preocupaciones escolares, antecedentes personales (prematuridad <37 semanas, técnicas de reproducción asistida, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedades neurológicas, cardiológicas o genéticas), antecedentes familiares de TD en primer grado y presencia de Certificado Único de Discapacidad (CUD). La variable de resultado fue el diagnóstico final según criterios DSM-5 o DC:0-5.

Análisis estadístico

Base de datos en Microsoft Excel 2018 y análisis en R versión 4.5.2. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana e intervalo intercuartílico según distribución. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes. Se realizaron análisis bivariados en cada diagnóstico con las siguientes variables: tipo de preocupación parental inicial (lenguaje, conducta, social, motora y académica), edad al diagnóstico, edad al inicio de la preocupación parental, nivel educativo materno, sexo y antecedentes personales y familiares de TD. Posteriormente, se construyeron modelos de regresión logística multivariados que incluyeron como variables independientes todas las categorías de preocupaciones parentales iniciales y los diagnósticos coexistentes con el diagnóstico de interés, a fin de ajustar por diagnósticos concomitantes y reducir el potencial efecto de confusión por superposición diagnóstica. Se consideró significativo $p < 0,05$ y las asociaciones se expresaron como *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza del 95 %.

Consideraciones éticas

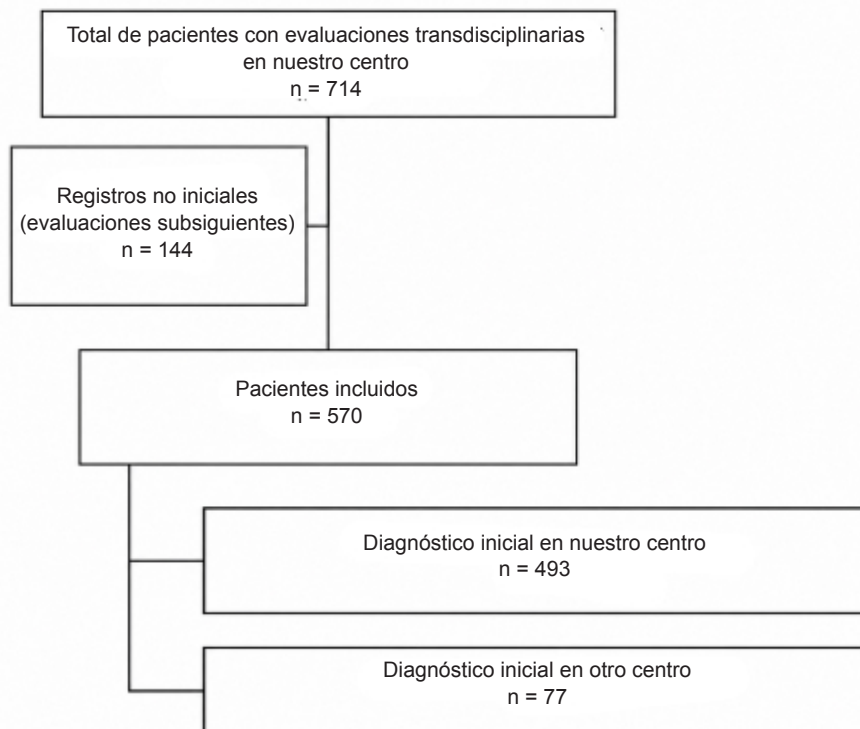
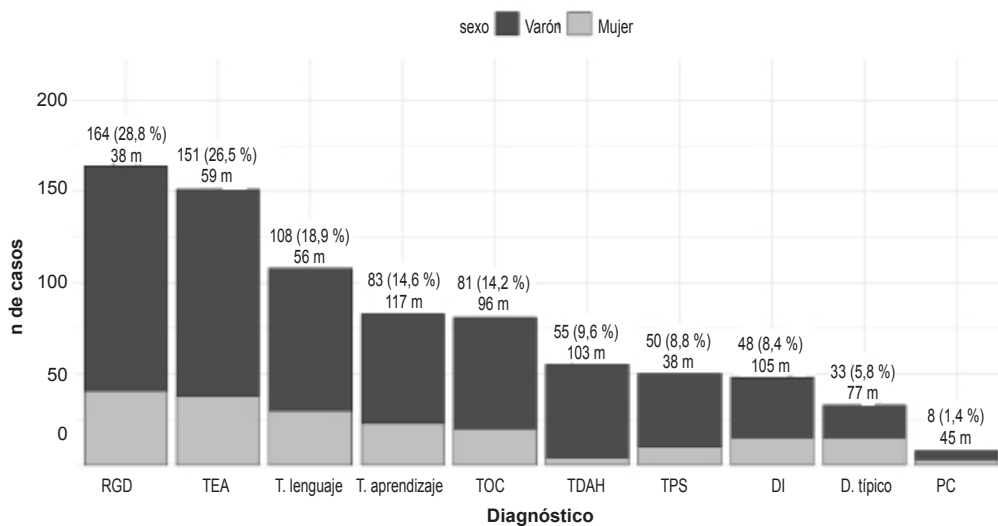
El estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional del Hospital Británico de Buenos Aires (fecha de aprobación: 26/7/2024, código PRIISA BA: 13084). Por tratarse de un estudio retrospectivo, se eximió del consentimiento informado. Se garantizó confidencialidad y anonimato según normativas vigentes.

RESULTADOS

Entre abril de 2017 y febrero de 2024, se evaluaron 714 pacientes (*Figura 1*). Se consideró la primera evaluación para el análisis ($n = 570$). En la *Figura 2*, se encuentran detallados los diagnósticos encontrados. La mediana de la edad al diagnóstico fue de 63 meses (RIC 39-103). El 72 % correspondió a sexo masculino ($n = 414$) y el 64,4 % ($n = 360$) presentó antecedentes familiares de TD (*Tabla 1*).

Preocupaciones familiares y escolares

El 99,1 % de las familias ($n = 565$) refirió al menos una preocupación previa a la consulta. Las escuelas reportaron preocupaciones en el 75,1 % de los casos ($n = 365$). Las preocupaciones familiares más frecuentes fueron lenguaje (47,2 %; $n = 269$) y conducta (45,4 %; $n = 259$).

FIGURA 1. Diagrama de flujo de las evaluaciones transdisciplinarias incluidas en el análisis**FIGURA 2. Distribución de diagnósticos en la primera evaluación**

m: meses; RGD: retraso global del desarrollo, TEA: trastorno del espectro autista, T. lenguaje: trastorno del lenguaje, T. aprendizaje: trastorno del aprendizaje, TDC: trastorno del desarrollo de la coordinación, TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TPS: trastorno del procesamiento sensorial, DI: discapacidad intelectual, D. típico: desarrollo típico, PC: parálisis cerebral.

En el 41,4 % de los pacientes ($n = 236$), se registraron dos o más preocupaciones parentales iniciales.

Asociaciones entre preocupaciones parentales y diagnósticos

En el análisis multivariado, se observaron asociaciones significativas entre tipos de

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población evaluada (n = 570)

Variable	n (%)
Edad en meses (mediana, RIC 25-75)	63 (39-103)
Sexo	
Mujeres	156 (27,4)
Varones	414 (72,6)
Preocupación familiar	
Sí	565 (99,1)
No	5 (0,9)
Preocupación escolar	
Sí	365 (75,1)
No	121 (24,9)
Preocupación inicial	
Lenguaje	269 (47,2)
Conducta	259 (45,4)
Motor	80 (14)
Social	134 (23,5)
Académico	113 (19,8)
≥2 preocupaciones iniciales	236 (41,4)
Antecedentes médicos	
Neurológico	49 (8,6)
Cardiológico	14 (2,5)
Genético	22 (3,9)
Prematuridad	97 (17)
Reproducción asistida	27 (4,7)
RCIU	39 (6,9)
Antecedentes familiares de trastornos del desarrollo	360 (64,4)
Certificado Único de Discapacidad	79 (13,9)

RIC: rango intercuartílico; PI: preocupación inicial; RCIU: restricción del crecimiento intrauterino.

preocupaciones parentales y diagnósticos específicos (Tabla 2). En TEA, se encontraron asociaciones con preocupaciones en el área social (OR = 7,2; IC95%: 4,2-12,5) y en lenguaje

(OR = 3,4; IC95%: 1,96-5,9). En retraso global del desarrollo (RGD), se asociaron preocupaciones en lenguaje (OR = 5,9; IC95%: 3,6-9,7) y desarrollo motor (OR = 3,5; IC95%: 1,9-6,6). En

TABLA 2. Asociación entre las preocupaciones iniciales y los diagnósticos del desarrollo (modelos de regresión logística multivariada)

Preocupación inicial	TEA OR (IC95%)	RGD OR (IC95%)	TDAH OR (IC95%)	TDC OR (IC95%)	DI OR (IC95%)	T. aprendizaje OR (IC95%)	TPS OR (IC95%)	TL OR (IC95%)
Lenguaje	3,37 (1,96-5,92)	5,88 (3,63-9,74)	0,18 (0,07-0,41)	1,25 (0,67-2,34)	0,67 (0,33-1,35)	0,26 (0,10-0,62)	0,88 (0,43-1,79)	7,63 (4,10-14,64)
Conducta	1,18 (0,72-1,93)	0,97 (0,61-1,55)	2,16 (1,06-4,50)	1,10 (0,63-1,93)	0,97 (0,48-1,92)	0,56 (0,27-1,17)	2,11 (1,07-4,22)	1,19 (0,65-2,21)
Motor	1,15 (0,56-2,33)	3,47 (1,87-6,56)	0,33 (0,07-1,05)	1,09 (0,43-2,48)	0,62 (0,18-1,72)	0,24 (0,05-0,84)	1,48 (0,58-3,53)	1,15 (0,44-2,92)
Social	7,17 (4,22-12,49)	1,27 (0,74-2,19)	0,43 (0,15-1,04)	2,38 (1,21-4,68)	0,64 (0,24-1,54)	0,28 (0,08-0,79)	2,90 (1,39-5,97)	1,31 (0,58-2,92)
Académico	0,42 (0,18-0,92)	0,11 (0,04-0,25)	2,06 (0,84-4,95)	1,47 (0,66-3,17)	10,70 (4,96-23,35)	15,36 (7,23-33,63)	-	0,24 (0,09-0,59)

Modelos de regresión logística multivariada ajustados por la presencia de otros diagnósticos del desarrollo coexistentes. Solo se muestran las asociaciones correspondientes a las preocupaciones iniciales; los coeficientes de los diagnósticos coexistentes no se presentan en la tabla.

La estimación correspondiente a la preocupación académica en TPS presentó separación cuasicompleta y no se reporta.

TEA: trastorno del espectro autista; RGD: retraso global del desarrollo; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDC: trastorno del desarrollo de la coordinación; DI: discapacidad intelectual; T. aprendizaje: trastorno del aprendizaje; TPS: trastorno del procesamiento sensorial; TL: trastorno del lenguaje.

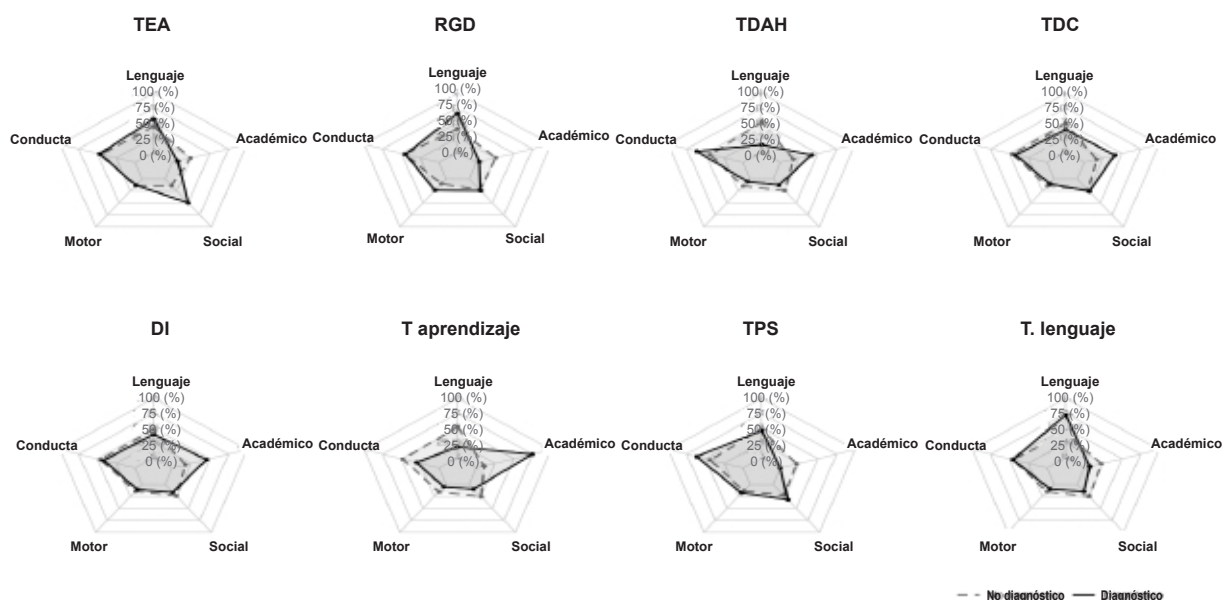
TDAH, la preocupación inicial por conducta se asoció significativamente (OR = 2,2; IC95%: 1,1-4,5). En discapacidad intelectual y trastornos del aprendizaje, las preocupaciones por rendimiento académico mostraron asociaciones significativas (OR = 10,7; IC95%: 5,0-23,3 y OR = 15,4; IC95%: 7,2-33,6 respectivamente). La *Figura 3* muestra

los perfiles de preocupaciones familiares según el diagnóstico encontrado.

Edad de inicio de las preocupaciones

Las edades de inicio de las preocupaciones parentales mostraron una distribución heterogénea según el diagnóstico (*Tabla 3*).

FIGURA 3. Perfil promedio de preocupaciones parentales iniciales según diagnóstico del desarrollo



TEA: trastorno del espectro autista; RGD: retraso global del desarrollo; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDC: trastorno del desarrollo de la coordinación; DI: discapacidad intelectual; T. aprendizaje: trastorno del aprendizaje; TPS: trastorno del procesamiento sensorial; T. lenguaje: trastorno del lenguaje.

TABLA 3. Edad de inicio de las preocupaciones parentales según diagnóstico

Diagnóstico	Edad (años) de inicio de PP mediana (RIC)	p-valor
RGD	1 (RIC 1-2)	<0,001
TEA	2 (RIC 1-3)	<0,001
TDAH	5 (RIC 3-6)	<0,001
TDC	3 (RIC 2-6)	0,004
DI	4 (RIC 2-6)	0,016
Trastornos del aprendizaje	6 (RIC 4-7)	<0,001
TPS	1 (RIC 1-2)	0,037
TL	2 (RIC 1-3)	0,824
PC	0 (RIC 0-0)	0,034
Desarrollo típico	2,5 (RIC 1-4,75)	0,459

PP: preocupaciones parentales; RIC: rango intercuartílico; RGD: retraso global del desarrollo; TEA: trastorno del espectro autista; TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad; TDC: trastorno del desarrollo de la coordinación; DI: discapacidad intelectual; TPS: trastorno del procesamiento sensorial; TL: trastorno del lenguaje, PC: parálisis cerebral. El p-valor corresponde a la prueba de Wilcoxon comparando la edad de inicio de preocupaciones parentales entre pacientes con y sin cada diagnóstico.

Antecedentes clínicos y diagnósticos

Se observó asociación positiva entre sexo masculino y TDAH (OR = 5,8; IC95%: 2,3-19,6), y entre síndrome genético y discapacidad intelectual (OR = 6,1; IC95%: 2,3-15,7).

Certificado Único de Discapacidad

En pacientes con CUD al momento de la evaluación, más de la mitad había sido evaluado previamente en otro centro.

DISCUSIÓN

Este estudio describe la población pediátrica derivada a una unidad especializada de desarrollo y analiza la relación entre preocupaciones iniciales familiares y diagnósticos obtenidos. Los hallazgos principales muestran alta frecuencia de preocupaciones parentales y escolares, con predominio de lenguaje y conducta, y asociaciones diferenciales entre perfiles de preocupaciones y diagnósticos específicos del neurodesarrollo.

La alta frecuencia de preocupaciones en lenguaje y conducta es compatible con lo reportado en distintos contextos. Yimgang y cols. describieron en una clínica de tercer nivel que aproximadamente la mitad de las preocupaciones se vinculaban con lenguaje y una quinta parte con conducta, aunque sin capacidad predictiva directa sobre diagnósticos finales.²² Una revisión sistemática sobre preocupaciones previas a evaluación por sospecha de TEA encontró que el lenguaje, la socialización y la conducta fueron las más frecuentes, funcionando como disparadores de consulta.²³ Kusumoto y col. mostraron a lo largo de 10 años que el lenguaje fue la principal preocupación, seguida por dificultades conductuales y atencionales.²⁴ Esta evidencia respalda que estas preocupaciones constituyen señales tempranas relevantes para guiar el proceso diagnóstico más que para anticipar diagnósticos específicos.

En TEA, las preocupaciones sociales y de lenguaje mostraron las asociaciones más intensas, reportándose a edades más tempranas que en otros diagnósticos. Estudios de cohorte prospectivos han mostrado que preocupaciones parentales durante el primer año de vida son más frecuentes en niños que luego reciben diagnóstico de autismo, y que preocupaciones sobre lenguaje, desarrollo social y motor constituyen un factor de riesgo independiente.²⁵ Leach *et al.*, en una cohorte de 853 padres de

niños de 3 a 5 años, hallaron que una edad más temprana de la primera preocupación y la presencia de inquietudes específicas se asociaron con diagnóstico más temprano, y que un mayor número de preocupaciones se vinculó con diagnóstico más tardío, lo que sugiere influencia del contenido y de la interpretación clínica en el recorrido diagnóstico.²⁶

En RGD, las preocupaciones en lenguaje y desarrollo motor se asociaron significativamente, coincidiendo con estudios previos.^{24,26} En Latinoamérica, se reportan perfiles semejantes, con predominio de preocupaciones en lenguaje, desarrollo motor, interacción social y adaptación escolar.^{27,28} En contextos de mayor vulnerabilidad, también se expresan preocupaciones relacionadas con el entorno familiar, la nutrición y el acceso a salud, evidenciando la influencia del contexto sociocultural.^{29,30} Las preocupaciones se reportaron a edades tempranas, probablemente por mayor visibilidad clínica y por tratarse de un diagnóstico realizable exclusivamente en menores de cinco años.

En TDAH, la preocupación por conducta se asoció significativamente, en concordancia con la literatura que identifica los problemas conductuales como síntoma principal frecuente, especialmente en edad preescolar y escolar.³¹

Las asociaciones más intensas correspondieron a preocupaciones por rendimiento académico en DI y trastornos del aprendizaje (TA), destacando el rol del ámbito escolar como escenario de detección. Por el diseño transversal, estas asociaciones reflejan coexistencia entre motivo de consulta y diagnóstico más que una relación temporal directa.

Casi dos tercios de los pacientes reportaron antecedentes familiares de TD en primer grado, resaltando la relevancia de la historia familiar en la evaluación inicial, coherente con lo reportado por Xie y cols. en una cohorte sueca de 567 436 niños.³² La asociación entre sexo masculino y TDAH, y entre síndrome genético y DI es concordante con patrones ampliamente descriptos.^{33,34} La asociación negativa entre antecedentes neurológicos y trastorno específico del lenguaje debe interpretarse con cautela. Que más de la mitad de los pacientes con CUD hubiera sido evaluada previamente en otros centros sugiere trayectorias diagnósticas complejas, aunque no analizables longitudinalmente en este estudio.

Limitaciones y consideraciones metodológicas

Si bien la parálisis cerebral no constituye un diagnóstico incluido en el DSM-5, fue incorporada dentro del grupo de TD en consonancia con modelos conceptuales que consideran estas condiciones como parte de un continuo del neurodesarrollo, como el propuesto por Capute y Accardo.

El diseño transversal, retrospectivo y de centro único limita establecer una secuencia temporal clara entre las preocupaciones iniciales y los diagnósticos asignados, y restringe la generalización de los resultados. La población corresponde a niños derivados a una unidad especializada de un hospital de comunidad, que refleja el perfil de quienes acceden a evaluación diagnóstica.

La dependencia de registros clínicos y cuestionarios pudo introducir sesgos de clasificación. La variable “preocupación inicial parental” se registró mediante pregunta abierta durante gran parte del período y posteriormente mediante selección múltiple, lo que podría introducir diferencias en la forma de captura del dato. La edad de inicio de las preocupaciones se basó en el recuerdo de los cuidadores, y variables como el género y la edad de los informantes no fueron sistematizadas prospectivamente. Si bien el análisis se centró en las preocupaciones parentales iniciales, la alta frecuencia de preocupaciones reportadas por las escuelas y su coincidencia con las señaladas por las familias sugieren una concordancia relevante entre informantes.

A pesar de estas limitaciones, la recolección sistemática de preocupaciones familiares y escolares permitió describir perfiles de consulta asociados a diagnósticos del neurodesarrollo y podría contribuir a orientar la evaluación transdisciplinaria en contextos de alta demanda asistencial.

CONCLUSIÓN

En este estudio transversal de evaluaciones diagnósticas transdisciplinarias, las preocupaciones familiares fueron altamente frecuentes y se asociaron de manera diferencial con diagnósticos del neurodesarrollo. La recopilación estructurada de estas preocupaciones constituye una herramienta clínica relevante dentro del proceso diagnóstico y justifica su incorporación sistemática en la consulta médica. ■

Agradecimientos

Al Servicio de Pediatría del Hospital Británico, Lic. Jessica Carboni, Lic. Fernanda Guerrero, Lic. Verónica Maristany, Dra. Valeria Muro, Dra. Ana Bernard, Lic. Sofía Perissé y Dra. Lucila Bucich.

El material complementario que acompaña este artículo se presenta tal como ha sido remitido por los autores. Se encuentra disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2027/11042_AO_Ensenat_Anexo.pdf

REFERENCIAS

- Shapiro BK. The evolution of neurodevelopmental disabilities: an updated view of the spectrum. In: Shapiro BK, Ismail FY, Accardo PJ (eds). *Capute and Accardo's Neurodevelopmental Disabilities in Infancy and Childhood*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025:3-11.
- American Psychiatric Association. Neurodevelopmental disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022:31.
- World Health Organization. Neurodevelopmental disorders. In: *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. 11th rev. [Internet]. Geneva: WHO; 2019. [Consulta: 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1516623224>
- Zero to Three. Neurodevelopmental disorders. In: *DC:0-5: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington (DC): Zero to Three; 2016.
- Jia T, Kong Y, Zhao G, Wang Y. Trends and cross-country inequalities in the global burden of neurodevelopmental disorders among children aged 0–14 from 1990 to 2021. *Front Public Health*. 2025;13:1609254. doi:10.3389/fpubh.2025.1609254.
- Olusanya BO, Smythe T, Ogbo FA, Nair MKC, Scher M, Davis AC. Global prevalence of developmental disabilities in children and adolescents: a systematic umbrella review. *Front Public Health*. 2023;11:1122009. doi:10.3389/fpubh.2023.1122009.
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1100-21. doi:10.1016/S2214-109X(18)30309-7.
- Mehari A, Zeleke S. Prevalence, trends in, and factors associated with neurodevelopmental disorders (NDDs) in low- and low-middle-income countries (LLMICs): a systematic review and meta-analysis. *Res Dev Disabil*. 2026;168:105186. doi:10.1016/j.ridd.2025.105186.
- Lejarraga H, Menéndez AM, Menzano E, Guerra L, Biancato S, Pianelli P, et al. Screening for developmental problems at primary care level: a field programme in San Isidro, Argentina. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008;22(2):180-7. doi:10.1111/j.1365-3016.2007.00897.x.
- Montenegro MC, Bernal E, Cukier S, Valdez D, Rattazzi A, Garrido G, et al. Age of diagnosis, service access, and rights of autistic individuals in Argentina: caregivers' reports of changes and similarities across time. *Front Psychiatry*. 2022;13:915380. doi:10.3389/fpsy.2022.915380.

11. Montiel-Nava C, Montenegro MC, Ramírez AC, Valdez D, Rosoli A, García R, et al. Age of autism diagnosis in Latin American and Caribbean countries. *Autism*. 2024;28(1):58-72. doi:10.1177/13623613221147345.
12. Paula CS, Cukier S, Cunha GR, Irrázaval M, Montiel-Nava C, García R, et al. Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: similarities and differences among six Latin American countries. *Autism*. 2020;24(8):2228-42. doi:10.1177/1362361320940073.
13. MacKenzie KT, Mazefsky CA, Eack SM. Obtaining a first diagnosis of autism spectrum disorder: descriptions of the diagnostic process and correlates of parent satisfaction from a national sample. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(10):3799-812. doi:10.1007/s10803-022-05673-1.
14. Boulton KA, Hodge MA, Jewell A, Ong N, Silove N, Guastella AJ. Diagnostic delay in children with neurodevelopmental conditions attending a publicly funded developmental assessment service: findings from the Sydney Child Neurodevelopment Research Registry. *BMJ Open*. 2023;13(2):e069500. doi:10.1136/bmjopen-2022-069500.
15. Hirai AH, Kogan MD, Kandasamy V, Reuland C, Bethell C. Prevalence and Variation of Developmental Screening and Surveillance in Early Childhood. *JAMA Pediatr*. 2018;172(9):857-66. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.1524.
16. Lung FW, Chen PF, Shen LJ, Shu BC. Families with high-risk characteristics and diagnoses of attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, intellectual disability, and learning disability in children: a national birth cohort study. *Front Psychol*. 2022;13:758032. doi:10.3389/fpsyg.2022.758032.
17. Comité de Crecimiento y Desarrollo. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(Supl 3):S53-62. doi:10.5546/aap.2017.s53.
18. Shahidullah J, Hostutler C, Baum R. Interprofessional team-based care. In: Feldman HM, Roy Elias E, Blum NJ, Jimenez M, Stancin T (eds). *Developmental-Behavioral Pediatrics*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022:3980-4004.
19. Williams-Arya P, Anixt J, Kuan L, Johnson H, Kent B, Bing N, et al. Improving access to diagnostic assessments for autism spectrum disorder using an arena model. *J Dev Behav Pediatr*. 2019;40(3):161-9. doi:10.1097/DBP.0000000000000648.
20. Segre G, Clavenna A, Roberti E, Scarpellini F, Cartabia M, Pandolfini C, et al. Pediatrician and parental evaluation of child neurodevelopment at 2 years of age. *BMC Pediatr*. 2024;24(1):137. doi: 10.1186/s12887-024-04616-2.
21. Stephenson KG, Vargo KC, Cacciato NM, Albright CM, Kryszak EM. Developmental assessment in children at higher likelihood for developmental delays: comparison of parent report and direct assessment. *J Autism Dev Disord*. 2025;55(9):3118-28. doi: 10.1007/s10803-024-06420-4.
22. Yimgang DP, Albury RA, Leppert ML. Do parental concerns predict developmental and behavioral diagnoses in a developmental clinic? *Clin Pediatr (Phila)*. 2017;56(3):263-7. doi:10.1177/0009922816648289.
23. Solia D, Albarqouni L, Stehlik P, Conroy A, Thomas R. Parent concerns prior to an assessment of autism spectrum disorder: a systematic review. *Autism*. 2025;29(4):838-49. doi:10.1177/13623613241287573.
24. Kusumoto Y, Takahashi E, Takaki K, Matsuda T, Nitta O. Main complaints identified by parents of children with developmental delays during the initial consultation: a 10-year all-case study. *PeerJ*. 2025;13:e19044. doi:10.7717/peerj.19044.
25. Kerub O, Alhozyel E, Blaauw R, Elbedour L, Meiri G, Zigdon D, et al. Parental concerns about their child's development during the first year of life and a subsequent autism spectrum disorder diagnosis. *J Autism Dev Disord*. 2025. doi:10.1007/s10803-025-06923-8.
26. Leach M, Mazefsky CA, Northrup JB. Parents' early concerns about their child with autism: relation to age of diagnosis. *J Autism Dev Disord*. 2025;56(5):2009-22. doi:10.1007/s10803-024-06699-3.
27. Correia LL, Rocha HAL, Sudfeld CR, Rocha SGMO, Leite ÁJM, Campos JS, et al. Prevalence and socioeconomic determinants of development delay among children in Ceará, Brazil: a population-based study. *PLoS One*. 2019;14(11):e0215343. doi:10.1371/journal.pone.0215343.
28. Velez van Meerbeke A, Talero-Gutierrez C, Gonzalez-Reyes R. Prevalence of delayed neurodevelopment in children from Bogotá, Colombia, South America. *Neuroepidemiology*. 2007;29(1-2):74-7. doi:10.1159/000109499.
29. Westgard C, Alnasser Y. Developmental delay in the Amazon: the social determinants and prevalence among rural communities in Peru. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186263. doi:10.1371/journal.pone.0186263.
30. Serván-Mori E, Fuentes-Rivera E, Quezada AD, Pineda-Antunez C, Del Carmen Hernández-Chávez M, García-Martínez A, et al. Early neurological development and nutritional status in Mexican socially deprived contexts. *PLoS One*. 2022;17(6):e0270085. doi:10.1371/journal.pone.0270085.
31. Michanie C, Kunst G, Margulies DS, Yakhkind A. Symptom prevalence of ADHD and ODD in a pediatric population in Argentina. *J Atten Disord*. 2007;11(3):363-7. doi:10.1177/1087054707299406.
32. Xie S, Karlsson H, Dalman C, Widman L, Rai D, Gardner RM, et al. Family history of mental and neurological disorders and risk of autism. *JAMA Netw Open*. 2019;2(3):e190154. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.0154.
33. Davies W. Sex differences in attention deficit hyperactivity disorder: candidate genetic and endocrine mechanisms. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35(3):331-46. doi:10.1016/j.yfrne.2014.03.003.
34. Siegel M, McGuire K, Veenstra-VanderWeele J, Stratigos K, King B, Bellonci C, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with intellectual disability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(4):468-96. doi:10.1016/j.jaac.2019.11.018.