

Guía para la
atención de niños con
Trastornos del
Espectro Autista



en Atención Primaria

Guía para la atención de
niños con Trastornos del
Espectro Autista en
Atención Primaria

© Junta de Castilla y León
Gerencia Regional de Salud

Realización editorial: Gerencia Regional de Salud

Guía para la atención de niños con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria

AUTORES

Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León

Dolores Sánchez Díaz

Pediatra, Centro de Salud Parquesol. Valladolid

Soledad Estébanez Ruiz

Pediatra, Centro de Salud Los Cubos. Burgos

Carlos Varela Prieto

Pediatra, Centro de Salud Los Cubos. Burgos

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Lucas Hernández Corral

Pediatra, Centro de Salud Peñaranda de Bracamonte. Salamanca

COLABORADORES

Ricardo Canal Bedia

Patricia García Primo

Universidad de Salamanca. Facultad de Educación

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

COORDINACIÓN

Siro Lleras Muñoz

Ana Cordovilla Rodríguez

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección Técnica de Atención Primaria.

Servicio de Programas Asistenciales.

Agradecemos a la Federación Autismo Castilla y León la participación en la elaboración de esta guía y especialmente a su gerente, Nathalie Esteban Heras y al psicólogo Javier Arnáiz Sancho.

PRESENTACIÓN

En nuestros centros sanitarios, los profesionales deben afrontar problemas que, si bien no se ven "todos los días", tienen un gran impacto en el paciente, en su familia y en la sociedad en general. Se trata de pacientes que plantean al Sistema Sanitario en su conjunto un reto importante y que se encuadran en alguno de los colectivos vulnerables. Se trata de colectivos que por sus características clínicas, sociodemográficas o culturales requieren un abordaje específico.

Los niños con Trastornos del Espectro Autista se incluyen claramente en estos grupos y plantean exigencias importantes a las que, con una frecuencia cada vez mayor si tenemos en cuenta las cifras de prevalencia, el profesional y el conjunto del Sistema Sanitario debe dar respuesta. Por ello es importante sistematizar y protocolizar, de acuerdo a las actuales evidencias científicas, las actuaciones clínicas relacionadas con el diagnóstico precoz, las alternativas terapéuticas y el plan de seguimiento.

Este es el objetivo de esta guía que, ante todo, se dirige a los profesionales de Atención Primaria, fundamentalmente a los pediatras, y que pretende ser una herramienta de ayuda y de orientación clínica frente a un problema para el que, además, resulta necesaria la colaboración activa de otros sectores, como el medio educativo y social.

Es este enfoque multifactorial el que caracteriza la guía que se presenta, aún cuando su objetivo explícito sea prestar al profesional la información y las pautas precisas que permitan una detección precoz del problema que, a su vez, mejora sensiblemente el pronóstico y las posibilidades de tratamiento, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.

Esta guía es el fruto de una estrategia de colaboración activa con las Sociedades Científicas, en este caso con la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria y con la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León, cuya aportación y compromiso queremos agradecer expresamente desde la Gerencia Regional de Salud, así como resaltar la participación de la Federación Autismo de Castilla y León. Se trata de una fórmula de cooperación social continuada y consolidada que genera sinergias importantes de las que se benefician, en último término, los ciudadanos castellanos y leoneses.

Con el agradecimiento a todos los autores y colaboradores, y con la esperanza de que esta guía sea ante todo útil para los profesionales, estamos seguros de que representa un paso más en un camino que hemos de recorrer con todos los sectores empeñados en mejorar la salud de los ciudadanos.

Carmen Ruiz Alonso
Directora Gerente Regional de Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
1. ¿QUÉ SON LOS TEA?	11
Definición.....	11
Características básicas.....	12
Etiología.....	14
Prevalencia.....	14
2. ¿CÓMO SE DETECTAN?.....	15
Signos de alarma.....	16
Qué hace/qué no hace.....	17
Niveles para la detección y derivación adecuada.....	18
3. ¿CUÁLES SON LAS IMPLICACIONES SOCIOSANITARIAS?.....	23
4. ¿CÓMO SE TRATAN LOS TEA?	25
5. ¿DÓNDE ENCONTRAR AYUDA?	29
6. INFORMACIÓN ADICIONAL	33
Web en español/inglés.....	33
Libros en español/inglés.....	33
Referencias.....	34
7. ANEXOS: M-CHAT Y BATERÍA OBSERVACIONAL.....	36

INTRODUCCIÓN

El objetivo prioritario de esta guía es facilitar la tarea de los médicos pediatras y en general, de toda persona que se dedica a la atención de la infancia, para una mejor detección precoz de los niños con sospecha de presentar un Trastorno de Espectro Autista (TEA).

El Grupo de Estudio de los TEA (GETEA) del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, integrado en el Instituto de Salud Carlos III, en su *Informe sobre Demora Diagnóstica en los TEA* de 2004, pone de manifiesto el alarmante retraso que se produce en los procesos de detección y diagnóstico de estos trastornos. Como conclusiones el mencionado informe indica:

1. Los primeros en detectar señales de alarma en el desarrollo de su hijo son los padres.
2. Desde que se produce la alarma hasta el momento en que se confirma o no el diagnóstico de un TEA pasan, por término medio, más de dos años.
3. Sólo el 5% de las familias encuestadas identificaron a su pediatra como la persona que inició el proceso de diagnóstico.
4. La edad media del diagnóstico de TEA es casi a los 5 años de edad.
5. En la actualidad las familias acuden principalmente a consultar a servicios públicos de salud, pero la mayoría de los diagnósticos más específicos se realizan en servicios privados (incluyéndose en esta categoría las propias asociaciones de familias de personas con autismo).

También se observó que la edad media de sospecha se sitúa en torno a los 22 meses (aunque algunas familias señalaban anomalías detectables en los primeros 12-18 meses de vida).

En los últimos años se ha llevado a cabo un importante esfuerzo para protocolizar las señales de alarma que, ya desde edades tempranas, podrían informar al profesional de Atención Primaria de la existencia de un riesgo de estar ante un niño con TEA. La toma en consideración de estas señales reduciría la demora diagnóstica, lo cual mejoraría el pronóstico y beneficiaría al paciente. Por tanto, es imprescindible incluir dentro de las revisiones de salud del niño, el reconocimiento de dichas señales de alerta o indicadores de riesgo para la detección precoz del autismo. Así mismo, es conveniente la coordinación con los servicios especiales de referencia a los que derivar a los niños de parecer un TEA.

Con todo esto se conseguirá adelantar la edad de detección y diagnóstico de los TEA y poner en marcha, cuanto antes, los mecanismos de atención al niño con las importantes repercusiones que tendrá en su futuro desarrollo.

1

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA?



DEFINICIÓN

Desde que L. Kanner y H. Asperger describieron en 1943 y 1944 respectivamente unos cuadros clínicos que hoy se incluyen en los denominados Trastornos del Espectro Autista, se ha producido un importante avance en la comprensión y conocimiento de dichos trastornos.

Actualmente se ha impuesto el término TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (L.Wing y J. Gould) que se consideran como **"trastornos evolutivos que, presentando una amplia variedad de expresiones clínicas, son el resultado de disfunciones multifactoriales en el desarrollo del Sistema Nervioso Central en los que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la imaginación"**.

De este modo, en los TEA se produce una alteración cualitativa de tres áreas fundamentales en el desarrollo de las personas, con distinta gravedad y presentación específica en cada niño.

Los Sistemas Internacionales de Clasificación para el Diagnóstico distinguen los siguientes trastornos actualmente englobados en el grupo de los TEA:

- Trastorno autista.
- Síndrome de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Autismo atípico.*
- Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados.*
- Otros trastornos generalizados del desarrollo.*

(*Sólo en la Clasificación CIE-10)

Todos estos trastornos están definidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado* (DSM-IV-TR) (APA, 2002) y/o en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (OMS, 1992), donde se describen detalladamente las características comportamentales y clínicas de cada uno de los trastornos citados. En estos manuales los TEA constituyen el grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Existe también un manual específico del DSM-IV para atención primaria (el DSM-IV-TR: AP).

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS TEA

Los TEA se caracterizan fundamentalmente por alteraciones de la interacción social, alteraciones en la comunicación verbal y no verbal y presencia de patrones restrictivos y repetitivos de la conducta.

En todos los casos se observan estas alteraciones a lo largo de su vida y se presentan con diferentes características según el momento de su desarrollo (primera infancia, etapa educativa, adolescencia, edad adulta). Igualmente, la gravedad de los casos depende de otros factores como la comorbilidad con otros síndromes, el número de síntomas presentes y el nivel intelectual, pues un porcentaje significativo cursa con retraso mental más o menos grave. Los síntomas referidos a la interacción social suelen empezar a manifestarse en el primer año, los problemas de lenguaje se manifiestan a partir del segundo año y el comportamiento estereotipado suele ser el grupo de síntomas de aparición más tardía.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS TEA



Con independencia de la gravedad todos los niños con TEA comparten alteraciones en las tres áreas mencionadas:

(Adaptado de la Guía TEA1, Trastornos del Espectro Autista, guía para su detección precoz. Consejería de Salud. Junta de Andalucía).

1. ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA: se evidencia en importantes dificultades para la empatía y un escaso interés por sus iguales o por las personas en general y que varían desde el aislamiento total hasta el fracaso en la relación con los demás porque actúan de modo extraño y unilateral, sin tener en cuenta las reacciones de los demás.

2. ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL: alteraciones de la mirada, retraso en el desarrollo gestual y en el lenguaje oral, así como falta de respuesta a gestos o voz de los que le rodean. Todos comparten una grave alteración en el intercambio comunicativo recíproco.

3. PATRÓN RESTRINGIDO DE INTERESES Y COMPORTAMIENTOS: manifiestan un interés desmedido por determinadas conductas repetitivas con su propio cuerpo (balanceos, movimientos de cabeza o manos, carreras sin motivo...) o con ciertos objetos (jugar siempre con el mismo juguete), o bien por una obsesión en mantener rutinas y resistirse al menor cambio en lo que le rodea. Se altera la capacidad imaginativa que abarca desde la incapacidad para el juego con objetos hasta el uso de habilidades de modo repetitivo y obsesivo.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL SÍNDROME DE ASPERGER

El Síndrome de Asperger normalmente no se diagnostica hasta después de que el niño empieza su escolarización. Esto se debe a que **tanto el desarrollo intelectual como el desarrollo temprano del lenguaje, especialmente el vocabulario y la estructuración de frases son generalmente normales.**

Las personas con Síndrome de Asperger tienen inteligencia normal y un buen nivel verbal, pero **muestran dificultades para comunicarse**, por ejemplo, se acercan demasiado a los demás, tienen escaso contacto ocular, hablan muy alto y con intervenciones demasiado largas, con un lenguaje pedante, o con una entonación monótona ('como un robot') y demuestran excesivo interés en temas que, por lo general, no son demasiado atractivos para los demás (mapas, trenes, el tiempo, accidentes geográficos...). Su conducta social suele ser difícil de entender y encuentran grandes dificultades para hacer amigos porque se le escapan los detalles sociales sutiles. En algunas personas con esta problemática se observan **alteraciones comportamentales significativas cuando se cambian sus rutinas** o cuando no se cumplen sus expectativas, lo que dificulta el que se incorporen con éxito al medio escolar. También es frecuente que algunas de estas personas tengan dificultades de aprendizaje, problemas en el procesamiento auditivo y visoespacial y torpeza motora, mostrando en algunos casos movimientos estereotipados

o repetitivos. Algunos especialistas no consideran que el Síndrome de Asperger sea un trastorno diferente del autismo.

Los niños con **Síndrome de Asperger** comparten las alteraciones de la interacción social y manifiestan un patrón restringido de intereses y comportamientos pero **no presentan retraso del lenguaje clínicamente significativo y no tienen retraso importante del desarrollo cognitivo.**

ETIOLOGÍA

Hasta el momento, las causas precisas del autismo (etiología, neurofisiopatología y las bases neuropsicológicas de las conductas y funciones afectadas) no son aún totalmente conocidas. Sin embargo, las investigaciones de los últimos años permiten concluir de forma inequívoca que el autismo tiene un origen neurológico multifactorial, genéticamente determinado y que afecta a procesos de diferenciación neuronal y sináptica que tienen lugar en momentos muy tempranos de la ontogénesis cerebral.

PREVALENCIA

A medida que avanzan los estudios sobre los TEA se observa un importante aumento en la prevalencia de dichos cuadros, pasando de 1/2.500 que se consideraban en los años 70 a 1/200-250 en la actualidad, entendiéndose que estas cifras actuales engloban todo el espectro, abarcando desde los casos más leves a los más complejos. Estas cifras nos dan una idea de la amplitud del colectivo con TEA. En relación a los datos epidemiológicos de prevalencia del Síndrome de Asperger, actualmente hablan de 26 a 36 casos por 10.000 habitantes.

Los TEA afectan a la población masculina con respecto a la femenina en la proporción de 4 a 1. Entre las personas con Trastorno de Asperger la relación hombre/mujer es de 8 a 1, pero el Síndrome de Rett afecta de modo casi universal a las mujeres. El trastorno desintegrativo infantil se presenta por igual en hombres y mujeres. Los estudios ponen en evidencia que los TEA aparecen por igual en todas las clases sociales y en las diferentes culturas

2

¿CÓMO SE DETECTAN?



Los TEA se manifiestan pronto en la vida, siempre antes de los 3 años de edad aunque, lamentablemente, muchas veces no se identifican hasta meses o años después. Los casos de menor grado de afectación o aquellos con niveles cognitivos normales o superiores a la media, frecuentemente, no se identifican hasta la edad escolar.

Existe una gran variabilidad en la expresión de estos trastornos, con un espectro de mayor a menor afectación. No todos los niños presentan todos los síntomas descritos como clásicos y ningún síntoma es patognomónico o decisivo. Por tanto, la ausencia de cualquiera de ellos no es excluyente del diagnóstico de TEA.

El patrón prototipo de presentación de estos trastornos se caracteriza por:

- a) Una normalidad aparente en los 8 o 9 primeros meses del desarrollo, acompañada muy frecuentemente de una característica 'tranquilidad expresiva' o 'pasividad' no bien definida.
- b) Ausencia de comunicación intencionada tanto para pedir como para compartir intereses entre los 9 y 17 meses.
- c) Una clara manifestación de alteración cualitativa del desarrollo del lenguaje con un menor retraso motor.

Los pediatras y demás profesionales de Atención Primaria precisan de información y de recursos formativos necesarios, para que les resulte fácil reconocer las conductas alteradas. Es importante que no consideren leves o transitorios los problemas del desarrollo y no recomienden la espera cuando detectan problemas de lenguaje sin alteraciones graves en el comportamiento (estereotipias, conducta repetitiva, etc.). En este sentido, conviene tener presente que las manifestaciones tempranas más evi-

dentos en los TEA consisten en ausencia o dificultades en habilidades comunicativas y de interacción social y que los comportamientos repetitivos y estereotipados son los síntomas de aparición más tardía.

En la tabla siguiente se recogen los principales signos de alarma relacionados por los tres grupos de síntomas.

SIGNOS DE ALARMA

Signos tempranos del autismo ¹
Alteraciones en el desarrollo de la interacción social, la respuesta emocional y el juego
Falta de sonrisa social. *
Falta de interés en juegos de interacción social como el "cucú-tras." *
Escaso interés en otros niños (los ignora o evita, no imita sus juegos).
No responde cuando se le llama por su nombre.*
Falta de interés por juguetes o formas repetitivas de juego con objetos (Ej. alinearlos, abrir/cerrar el juguete, etc.).*
Escasez de expresiones emocionales acompañadas de contacto ocular asociadas a situaciones específicas.
Ausencia de imitación espontánea.*
Retraso o anomalías en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje
Dificultad para dirigir su mirada en la misma dirección en que mira otra persona.*
No mira hacia donde otros señalan.*
Ausencia de atención conjunta (no alterna la mirada entre un objeto y el adulto).*
Ausencia de gestos comunicativos (apenas señala para pedir, no señala para mostrar interés por algo, no dice adiós con la mano).*
Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto (en el marco de juegos de imitación por ejemplo).*
Ausencia de juego funcional o simbólico (Ej. dar de comer, bañar o vestir muñecos).
Ausencia de palabras o de frases simples.
Regresión en el uso de palabras o frases y en la implicación social.
Intereses restringidos y movimientos repetitivos
Ausencia o escasa exploración visual activa del entorno.
Tendencia a fijarse visualmente a ciertos estímulos u objetos (Ej. luces).
Tendencia a sub- o sobre-reaccionar a sonidos u otras formas de estimulación ambiental (Ej. busca ciertos estímulos o se cubre los oídos ante sonidos que no son muy fuertes).
Movimientos repetitivos o posturas del cuerpo, brazos, manos o dedos.
Tono muscular, postura y patrones de movimientos anormales.*

*Signos que pueden estar presentes antes de los 12 meses

¹Canal et al. (2006).

Indicadores de sospecha para el Síndrome de Asperger

Características principales

- Aislamiento social por sus dificultades de interacción recíproca.
- Comunicación alterada en las conversaciones.
- No retraso cognitivo.
- No hay historia de retraso o alteraciones significativas en el lenguaje (lenguaje fluido pero poco adecuado al contexto).
- Intereses restringidos e idiosincrásicos, acumula datos sobre ciertos temas.

Otros posibles características

- Falta de juego social e imaginativo apropiado a la edad.
- Torpeza motora gruesa.
- Respuestas inusuales a estímulos sensoriales.
- Ciertas áreas de aprendizaje especialmente desarrolladas (geografía, cálculo, vocabulario muy desarrollado,...).

Indicadores de sospecha para el Autismo de Alto Funcionamiento

- Alteraciones en las mismas tres áreas ya mencionadas que el resto de los TEA (comunicación verbal y no verbal, interacción social y patrón restringido de intereses o actividades) aunque en diferente grado (ver apartado 1 de esta guía).
- Nivel de desarrollo intelectual normal (esto hace que estos sujetos puedan pasar desapercibidos los primeros años de la infancia).

¿Qué hace?



HÁBITO NOVEDAD

Presenta rabietas o resistencia ante cambios ambientales.

Usa los juguetes de manera peculiar. (girarlos, alinearlos, tirarlos...).

Si tiene lenguaje lo usa de manera muy peculiar o es muy repetitivo.

Tiene movimientos extraños o repetitivos.

Algunos ejemplos de las conductas más representativas de los TEA.

Se podrán considerar claros indicadores de riesgo de presentar trastorno autista u otros trastornos relacionados, cuando en el desarrollo infantil de un niño se presentan varias de las anomalías siguientes.

¿Qué no hace?



Pablo ven

Casi nunca atiende cuando se le llama. A veces puede parecer sordo.

No muestra interés por lo que ocurre a su alrededor.

Mira

No señala ni realiza actos comunicativos para mostrar o compartir intereses.

Apenas utiliza el juego social, imaginativo o simbólico. Sus juegos suelen ser repetitivos.

Ven a jugar

Generalmente no se relaciona con los otros niños. No les imita.

Papá

Apenas mira a la cara, sonriendo a la vez.

No ha desarrollado lenguaje oral, o lo ha perdido.

NIVELES PARA LA DETECCIÓN

El proceso de detección y evaluación diagnóstica, en el que están implicados tanto los servicios sanitarios como los educativos y sociales, se desarrolla en tres niveles (Filipek et al. 1999):

- Nivel 1. Vigilancia del desarrollo.
- Nivel 2. Detección específica.
- Nivel 3. Derivación a los servicios especializados para la puesta en marcha del proceso diagnóstico y programa de atención temprana.

Dentro de los servicios sanitarios, los pediatras y enfermeros/as de pediatría de Atención Primaria, por su contacto continuado con los niños y sus familias, se encuentran en una situación idónea para la detección temprana de estos trastornos. A continuación se expone su labor en los distintos niveles de intervención.

NIVEL 1. VIGILANCIA DEL DESARROLLO

Vigilar el desarrollo infantil, de forma rutinaria, en las revisiones de salud del niño (en la etapa de lactante, preescolar y primeros años de escolar). Esto implica:

1. CONSIDERAR ASPECTOS PRENATALES Y PERINATALES CON MAYOR RIESGO DE TEA

Existencia de un familiar directo con diagnóstico de TEA o epilepsia. Niño adoptado, con antecedentes desconocidos o de riesgo. Síndromes genéticos relacionados con TEA (Síndrome X Frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, Síndrome de Angelman, Willians, Prader-Willi, etc.). Epilepsia.

2. CONSIDERAR LOS MOTIVOS DE PREOCUPACIÓN DE LOS FAMILIARES

Normalmente están relacionados con las alteraciones de la comunicación, especialmente la ausencia del lenguaje oral, no responder a su nombre -o parecer tener problemas de audición- y no mirar a los ojos. Estos comportamientos van acompañados de alteraciones en las relaciones sociales (falta de atención, interés o curiosidad sobre lo que se hace o se dice, relaciones poco adecuadas con otros niños de su edad y rabietas injustificadas).

3. CONTROL DEL DESARROLLO MOTOR, ADAPTATIVO Y SOCIOCOMUNICATIVO

Cuando los familiares se preocupan, tienen normalmente razón, pero la falta de preocupación no asegura la ausencia de problemas. Por tanto la vigilancia debe realizarse en todos los niños mediante alguna escala de valoración.

4. VALORAR LA PRESENCIA DE SEÑALES DE ALERTA

A los 12 meses: No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano).

A los 18 meses: No dice palabras sencillas.

A los 24 meses: No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas).

Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social.

NIVEL 2. DETECCIÓN ESPECÍFICA

Por el momento, carecemos de biomarcadores específicos o pruebas de laboratorio o clínicas que identifiquen objetivamente estos trastornos.

Entre los diversos instrumentos recomendados para la detección específica de los TEA, **el más adecuado para su aplicación en consulta de pediatría en Atención Primaria es el M-CHAT** (Modified Checklist for Autism in Toddlers. Robins et al. 2001). **Este cuestionario sirve para detectar niños con alto riesgo de presentar un trastorno de la comunicación y la socialización, no para diagnosticar autismo. La versión castellana se denomina M-CHAT/ES** (Anexo 1). En estos momentos se está analizando la viabilidad de un programa de cribado con el M-CHAT ("Estudio de viabilidad y costes de un programa de cribado de autismo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora"- Consejería de Sanidad: Orden SAN/1015/2005).

El M-CHAT es uno de los instrumentos de cribado más utilizados en diversos países. Se ha desarrollado y validado en EEUU con una muestra de 2.500 niños de 2 años y presenta una sensibilidad de 0.87, una especificidad de 0.99, un valor predictivo positivo de 0.80 y un valor predictivo negativo de 0.99. Los controles realizados 2 años después demuestran que sigue siendo muy sensible y estable.

Es un cuestionario que consta de 23 *ítems* seis de los cuales fueron identificados como *críticos* mediante análisis discriminante. Los *ítems críticos* son el 2 (muestra interés por otros niños), el 7 (suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención), el 9 (suele traerle objetos para enseñárselos), el 13 (imitación), el 14 (respuesta al nombre) y el 15 (seguimiento visual de actos de señalar). Según Robins, para que un M-CHAT sea calificado como "sospechoso", la corrección debe cumplir uno de estos dos criterios: a) falla en al menos dos ítems críticos, b) falla en al menos tres ítems no críticos.

En función de los datos de vigilancia del desarrollo se aplicará este instrumento en las revisiones de salud del niño (18 y 24 meses).

Las respuestas correctas en cada ítem son las que aparecen en la tabla siguiente con los *ítems críticos* en negrita:

Ítem	Respuesta	Ítem	Respuesta	Ítem	Respuesta
1	SI	9	SI	17	SI
2	SI	10	SI	18	NO
3	SI	11	NO	19	SI
4	SI	12	SI	20	NO
5	SI	13	SI	21	SI
6	SI	14	SI	22	NO
7	SI	15	SI	23	SI
8	SI	16	SI		

El análisis de las frecuencias de los comportamientos entre los 2 y los 3 años muestra que un alto porcentaje de síntomas se manifiesta en la población de 2 años de edad, lo que apoyaría la decisión de establecer esta edad como clave para la detección temprana.

El cuestionario puede ser contestado por los padres en la sala de espera o dentro de la consulta (pero sin necesidad de una intervención directa por parte del pediatra), en la revisión de salud del niño de los 18 ó 24 meses.

El M-CHAT permite identificar a los niños sospechosos de presentar un trastorno de la comunicación y de la socialización que deberían ser objeto de una atención más específica por el pediatra. Posteriormente, con aquellos casos que resulten sospechosos en el M-CHAT, se citará a la familia para realizar una confirmación clínica y decidir la indicación o no de una evaluación más específica.

En este sentido, aplicar una **batería observacional** como la que se adjunta (Anexo II), puede resultar de utilidad.

Caso de Riesgo de TEA

Se considera que un caso es de riesgo si el niño resulta sospechoso en el M-CHAT y el pediatra ha hecho una confirmación clínica mediante entrevista y criterios observacionales, recomendándose una evaluación en profundidad.

Cuando se identifica un caso como de riesgo, la familia debe ser informada lo antes posible, transmitiéndoles un mensaje sencillo en el que se indique que existe la sospecha de que su hijo puede tener riesgo de problemas en el desarrollo comunicativo y social.

Para no alarmar a la familia es importante no utilizar términos como 'trastorno' o 'autismo', puesto que aún no se ha hecho un diagnóstico. Así mismo se debe informar positivamente de los beneficios del diagnóstico y de la atención temprana en estos casos.

Las personas con TEA pueden padecer otras enfermedades. Sus dificultades de comunicación justifican el hecho de que este colectivo precise reconocimientos preventivos frecuentes para no demorar el diagnóstico de otras patologías.

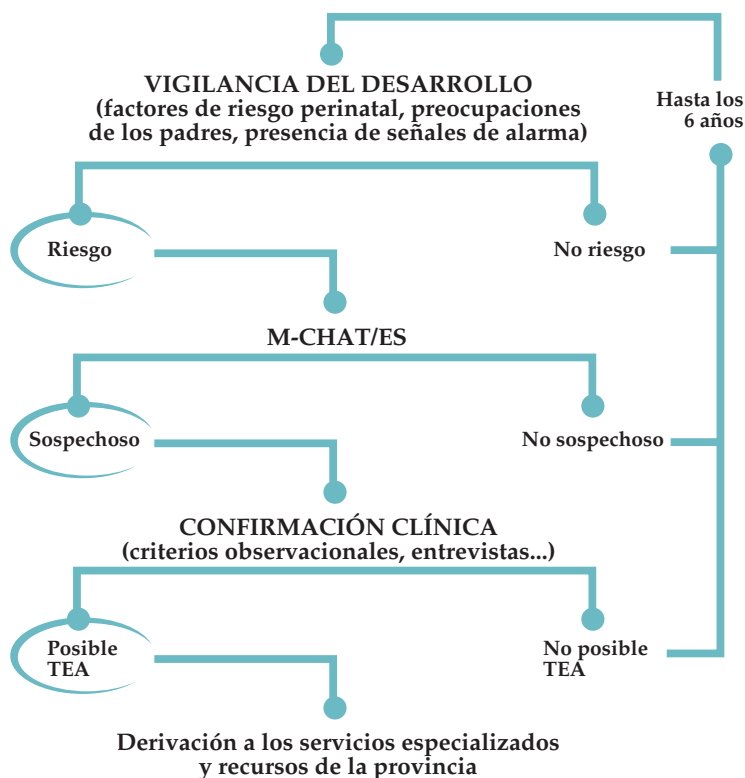
Los profesionales de pediatría de Atención Primaria, en los casos negativos, realizarán el seguimiento del desarrollo infantil de forma rutinaria, teniendo en cuenta que no todos los niños con TEA presentan los síntomas considerados históricamente como clásicos y valorando la aparición de regresiones evolutivas a cualquier edad.

NIVEL 3. DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Los niños considerados de riesgo se derivarán simultáneamente al Equipo de Atención Temprana del Centro Base perteneciente a su Área de Salud para la puesta en marcha del Programa de Atención Temprana y a los servicios de Atención Especializada correspondiente, para realizar el proceso diagnóstico (servicio de pediatría de referencia, neurólogo, psiquiatra infantil...).

Es conveniente informar a las familias de que el proceso de diagnóstico implicará la participación de numerosos profesionales, lo cual mejorará la fiabilidad del diagnóstico y de las orientaciones que eventualmente se precisen.

ALGORITMO PARA LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE PEDIATRÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE TEA



El pediatra y el enfermero/a de pediatría de Atención Primaria deben ser elementos fundamentales en la detección temprana de los TEA, realizando el seguimiento del desarrollo en las revisiones de salud del niño y utilizando el instrumento M-CHAT/ES y el protocolo observacional si fuera necesario, teniendo siempre en consideración los factores de riesgo perinatal, las preocupaciones de los padres y la presencia de señales de alarma .

3

¿CUÁLES SON LAS IMPLICACIONES SOCIOSANITARIAS?



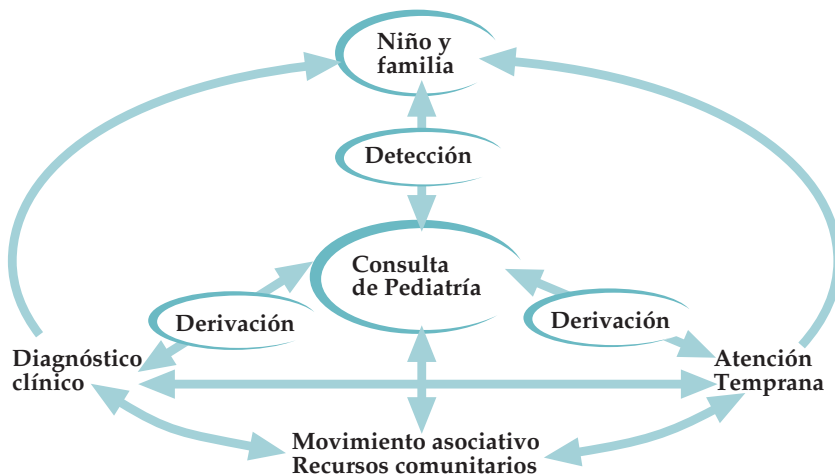
Aunque hoy todavía el autismo plantea más preguntas que respuestas y la detección y diagnóstico tempranos de los TEA implican importantes retos socio-sanitarios, un hecho aceptado internacionalmente es que la detección e intervención precoces del trastorno tiene efectos claramente positivos sobre el pronóstico de los niños que lo presentan.

- **Si el diagnóstico precoz va seguido de una intervención temprana, el pronóstico será mejor**, especialmente en el control del comportamiento, las dificultades de comunicación y las habilidades funcionales en general.
- **La identificación precoz es beneficiosa también porque** produce efectos que van más allá de los resultados para el propio niño que presenta el trastorno, ya que, al igual que ocurre con otras enfermedades graves de la infancia, el diagnóstico temprano de una alteración como el autismo **puede ayudar a dar un consejo genético más apropiado a las familias**. El riesgo de que un segundo hijo tenga autismo después de que el primero ha recibido dicho diagnóstico es del 5%, lo cual es 100 veces más que la prevalencia en la población general tradicionalmente atribuida al autismo clásico. Y aún es mayor la probabilidad de que el segundo hijo presente algún tipo de alteración del desarrollo cognitivo o de la comunicación. Por tanto, a falta, por el momento, de medios para realizar un diagnóstico prenatal del autismo, la información sobre el mayor riesgo genético basada en el diagnóstico precoz del primer hijo, se convierte en una práctica preventiva de gran utilidad para las familias y la sociedad en general.
- **La detección precoz aporta la ventaja de poner en alerta a los pediatras o a los equipos de atención primaria llevándoles hacia una actitud más activa en relación al autismo,**

a la búsqueda de signos de alarma y a una mejor disposición para comprender y apoyar a las familias con un niño con autismo. Pero no es lo mismo atender a las preocupaciones y necesidades que los padres han reconocido por sí solos en su hijo, que descubrir un problema del cual los padres no tenían hasta el momento ninguna sospecha. El autismo es un trastorno del cual los padres inevitablemente se percatarán tarde o temprano, y la ventaja de la detección precoz puede verse eclipsada para algunas familias que podrían no estar preparadas para la eventualidad de tener que asumir que su hijo está en riesgo de padecer un problema grave en el desarrollo, que necesitará tratamiento cuanto antes y que el pronóstico, en principio, es reservado. Las dificultades que tienen algunas familias para reconocer, comprender y aceptar el trastorno no son pequeñas, especialmente cuando los profesionales les dan información completamente inesperada. Por eso, es muy importante que los equipos de pediatría sepan administrar correctamente la información, para ayudar a los padres a darse cuenta de las dificultades de su hijo y así afrontar más eficazmente los retos a los que se empiezan a enfrentar.

- **Los equipos de pediatría, en estas fases iniciales de detección de los problemas especialmente,** deben asumir una tarea de coordinación de los recursos y de apoyo a las familias hasta que éstas se hagan con el panorama general de dispositivos y medios existentes para atender a las necesidades de tratamiento, de apoyo y educativas de su hijo.

El diagrama siguiente pretende resumir la posición del equipo de pediatría.



4

¿CÓMO SE TRATAN LOS TEA?



Todas las familias se sienten muy afectadas por el hecho de conocer que su hijo tiene un TEA y la mayoría no tardan en preguntar qué es lo que se puede hacer, cual será el futuro de su hijo y si se podrán solucionar las dificultades que tiene el niño para cuando sea un adulto.

- **Es importante que el pediatra mantenga la esperanza por un futuro positivo, indicando también que a pesar de que el autismo no tiene cura** (por ejemplo, tampoco la tiene el Síndrome de Down), **es posible llevar a cabo un tratamiento que permitirá que el niño mejore notablemente sus niveles adaptativos.**
- **No hay un único método universal de tratamiento óptimo. La elección del tratamiento** apropiado para el TEA **es compleja.** Existen escasos estudios sobre eficacia que cumplan los requisitos mínimos para que se puedan evaluar de acuerdo con los criterios de la medicina basada en la evidencia. Algunos de los tratamientos aplicados no tienen ningún tipo de evidencia. En este sentido, es importante evitar aquellas terapias esotéricas, peligrosas o éticamente reprobables, así como controlar que la información que reciben los familiares por Internet u otro medio esté bien documentada y no se trate de mensajes persuasivos emocionalmente, anécdotas o testimonios, sin ninguna evidencia.
- **Cualquier tratamiento debe basarse en la identificación de las dificultades específicas que presenta el niño y en la realización de un proceso diagnóstico multidisciplinar** que contemple una evaluación de las capacidades y necesidades individuales, orientado hacia un plan de tratamiento centrado en la persona.
- **La enseñanza de habilidades sociales y comunicativas, y el**

apoyo comunitario son los principales medios de tratamiento. Estos aspectos han de ser complementados en ocasiones con medicación y otros programas terapéuticos para problemas de conducta o psicológicos. Los trastornos comórbidos han de ser tratados del mismo modo que en la población general, pero de manera adaptada cuando ello se requiera.

- **Los tratamientos** que se utilizan se pueden clasificar en sensorimotrices, psicoeducativos y psicológicos, modificadores de la comunicación y biomédicos:
 - Los **tratamientos sensorimotrices** como el entrenamiento en integración auditiva, el método Doman-Delacato y otros, **no se recomiendan** hoy en día.
 - Dentro de los tratamientos psicoeducativos, **los programas conductuales** y las técnicas basadas en las teorías de aprendizaje se consideran **elementos fundamentales** en el apoyo a las personas con autismo. Así mismo, se recomiendan los sistemas de fomento de las competencias sociales como las historias, guiones sociales, intervención para el desarrollo de relaciones, etc.
 - Como sistemas alternativos/aumentativos de la comunicación está la comunicación facilitada, que no se recomienda hoy en día, el sistema **TEACCH** (tratamiento y educación de alumnado discapacitado por autismo y problemas de comunicación), un sistema modélico muy útil y la **terapia cognitivo conductual** (TCC) entre otros.
 - Los **tratamientos farmacológicos** se utilizan para tratar síntomas concretos y/o trastornos comórbidos.

No existen todavía medicamentos específicos que influyan directamente en los síntomas de autismo pero se administra medicación psicotrópica a una parte significativa de este colectivo para tratar de disminuir otros problemas que la persona pueda tener, y así **potenciar el beneficio que va a obtener de los tratamientos educativos o conductuales y mejorar su calidad de vida.**

La **risperidona** está autorizada para el tratamiento de los problemas de comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociado al autismo en niños y adolescentes, sin embargo no existe evidencia de su eficacia sobre los problemas de interacción social y comunicación. Los posibles efectos adversos incluyen sedación, aumento de peso y alteraciones endocrinas.

Los **ISRS** (inhibidores selectivos de re-captación de la serotonina) son eficaces en la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualistas, la ansiedad y agresividad en personas adolescentes y adultas con TEA, aunque su efecto no se ha demostrado en la infancia; se utilizan también para el tratamiento de los trastornos depresivos que aparecen especialmente en perso-

nas con trastorno de Asperger. Los posibles efectos adversos incluyen náuseas, cefaleas, temblores e insomnio. En algunos casos aparece, especialmente al inicio del tratamiento, el llamado efecto serotoninérgico, caracterizado por un fenómeno de activación, consistente en conducta desinhibida, agitación e irritabilidad. La posible aparición de ideas suicidas en las primeras semanas de tratamiento es una importante limitación de estos fármacos, que se debe valorar antes de iniciar el tratamiento en niños y adolescentes.

El **metilfenidato** puede administrarse cuando se asocia trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad, disminuye las estereotipias y el lenguaje inapropiado. Debe utilizarse con prudencia ya que su efecto beneficioso es menor y se han descrito efectos adversos con más frecuencia que en la población general con TDA/H, entre los que se incluyen retraimiento, irritabilidad, pérdida de peso y dificultad para conciliar el sueño.

Los **antiepilépticos habituales se usan si se asocian convulsiones**. La carbamazepina puede utilizarse para la agresividad en personas con autismo independientemente de que hayan presentado convulsiones.

En tanto que, frecuentemente, la persona con autismo no posee la capacidad de transmitir los efectos (positivos y negativos) que percibe con un medicamento, es obligatorio seguir un proceso cuidadoso, con participación informada de las personas de su entorno, revisiones frecuentes y valoración cuidadosa del efecto de la farmacoterapia.

- **La participación de la familia se ha identificado como un factor fundamental para el éxito de la intervención.** La familia debe coordinarse con los profesionales encargados del tratamiento (profesores, logopedas y otros profesionales de apoyo) a la hora de determinar objetivos y sistemas de apoyo (sistemas alternativos de comunicación, ayudas visuales, uso de las nuevas tecnologías, etc.). No hay que olvidar **la necesidad que los padres tienen de apoyo** para poder ser eficaces como elementos activos en la intervención, dentro de los límites de lo razonable, y para permitirse llevar una vida semejante a la de las demás personas de su comunidad (apoyo psicológico para la aceptación del diagnóstico, orientación, información, ayudas económicas o fiscales, apoyo en el hogar, 'canguros', programas de ocio, estancias cortas, intervenciones en crisis, etc.). Un buen tratamiento de los TEA debe ser individualizado e intensivo, se recomienda que entre los familiares y/o profesionales se dediquen al menos 20-25 horas semanales al plan establecido.
- En el **medio escolar** el grado de participación curricular del alumno va a depender de su capacidad personal y de la capacidad del sistema para ofrecerle adaptaciones útiles para su

futuro. Así, muchos alumnos con trastorno de Asperger, por ejemplo, van a seguir el mismo programa educativo que sus compañeros, pero requerirán ayuda para la participación en su grupo de edad y para el aprendizaje de competencias sociales; mientras que otros alumnos con autismo y discapacidad intelectual, van a necesitar un currículo diversificado que incluya aspectos prácticos, que ayuden a la persona a integrarse en la comunidad, a participar y disfrutar de actividades de ocio y tiempo libre, y en un futuro, a acceder a diversas fórmulas de integración laboral.

Todos ellos se beneficiarán de un currículo que contemple la **enseñanza, entre otras dimensiones relevantes para una vida de calidad, de la autodeterminación social -enseñar a elegir y a tomar decisiones-, el fomento de las relaciones interpersonales significativas, el bienestar físico y emocional, la comprensión y defensa de los derechos.**

El Grupo de Estudio de TEA del Instituto de Salud Carlos III, consciente de las dificultades a las que tienen que hacer frente las familias y los equipos profesionales, ha revisado la evidencia científica de la eficacia de los tratamientos disponibles en la actualidad para los TEA. La síntesis de su valoración se presenta en la siguiente tabla:

Valoración de Tratamientos*	
Sin evidencia y no recomendados.	Doman-Delacato. Lentes de Irlen. Comunicación facilitada. Terapia psicodinámica. Secretina. Terapia antimicótica. Tratamiento con quelantes. Inmunoterapia. Terapia sacrocraNeal. Terapias asistidas con animales.
Evidencia débil y sólo recomendados en estudio experimentales	Integración auditiva. Integración sensorial. Psicoterapias expresivas. Vitaminas y suplementos dietéticos. Dietas sin gluten/caseína.
Evidencia débil, aunque recomendados	Promoción de competencias sociales. Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación. Sistema TEACCH. Terapia cognitivo-conductual. ISRS en adultos con TEA. Estimulantes en TEA + TDA/H.
Evidencia de eficacia y recomendados	Intervenciones conductuales para problemas específicos como el Apoyo Conductual Positivo Risperidona.

*Adaptado de la *Guía de Tratamiento del autismo del GETEA* . (Fuentes J. et. al, Rev. de Neurología, 2006)

5

¿DÓNDE ENCONTRAR AYUDA?



Los recursos de la comunidad que pueden ofrecer valoración, diagnóstico, o asesoramiento son:

CENTROS BASE (dependiente de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades): ofrecen información, orientación, valoración, tratamientos y programas de atención individualizada. Los CCBB disponen del **Programa de Atención Temprana**, que está dirigido a potenciar el desarrollo integral, habilidades motrices, cognitivas, sociales, comunicativas, etc. de la población infantil de 0-3 años con discapacidad o riesgo de padecerla. Los equipos encargados de desarrollar el Programa de Atención Temprana están formados por un grupo interdisciplinar de psicólogos, pedagogos, médico rehabilitador, estimuladores, fisioterapeutas, psicomotricistas, logopedas y trabajadores sociales. Atienden a los niños en cada provincia, directamente o mediante otros equipos concertados.

DIRECCIONES PROVINCIALES DE EDUCACIÓN (dependiente de la Consejería de Educación): son los organismos encargados, entre otros asuntos, de proporcionar la información y el asesoramiento necesario a los centros educativos, equipos de atención temprana y orientación educativa y psicopedagógica, y a familias de niños con necesidades educativas especiales y de hacer de enlace entre éstas y los equipos. Tanto para realizar consultas telefónicas como para establecer citas previas, deben dirigirse bien al **Área de Inspección Educativa** o al **Área de Programas Educativos** (Asesoría de Atención a la Diversidad).

SALUD MENTAL Y NEUROLOGÍA INFANTIL: se trata de servicios de atención especializada (psicología, psiquiatría y neurología) distribuidos en los diferentes hospitales de referencia. Cuando haya una sospecha de TEA el pediatra remitirá el caso a alguno de estos servicios para la realización de pruebas dirigidas al diagnóstico.

Existen equipos o programas de salud mental infanto-juveniles, que prestan cobertura asistencial a la población menor de 18 años.

GUÍA para la atención de niños con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria

AVILA	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/Ntra. Sra. de Sonsoles 47, bajo	05002	920 213 530
Dirección Provincial de Educación	C/ Cruz Roja, 2	05001	920 229 250
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Provincial C/ Jesús del Gran Poder, 42	05071	920 357 248
BURGOS	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Juan de Padilla, 7	09006	947 227 400
Dirección Provincial de Educación	C/ Vitoria, 17	09004	947 207 540
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Provincial Divino Valles. Ctra. de Santander, s/n	09006	947 235 011
LEON	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ José Aguado, 36	24005	987 202 051
Dirección Provincial de Educación	C/ Jesús Rubio, 4	24004	987 202 711
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Complejo Asist. de León. Altos de la Nava, s/n	24008	987 234 900
PONFERRADA	Dirección	Código	Teléfono
Programa de Salud Mental Infanto Juvenil	Pº de San Antonio, 7	24400	987 401 115
PALENCIA	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Pío XII, 2	34002	979 744 733
Dirección Provincial de Educación	Avda. Castilla , 85	34005	979 745 500
Programa de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Provincial San Telmo. Avda. San Telmo	34004	979 728 200 979 167 000
SALAMANCA	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ La Parra , 17	37001	923 271 472
Dirección Provincial de Educación	Gran Vía, 55	37001	923 261 919
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Clínico de Salamanca. Pº de San Vicente, 182	37007	923 291 449 923 291 448
SEGOVIA	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Muerte y Vida , 10	40005	921 423 262
Dirección Provincial de Educación	C/ José Zorrilla, 38	40002	921 417 720
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital General. Ctra. de Ávila s/n	40002	921 419 394
SORIA	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Numancia , 30	42001	975 228 811
Dirección Provincial de Educación	C/ Santa Teresa de Jesús, s/n	42001	975 220 212
Programa de Salud Mental Infanto Juvenil	Ronda Eloy Sanz Villa, 6 bajo	42003	975 228 661 975 211 494
VALLADOLID ESTE	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Cardenal Torquemada, 52	47010	983 320 045
Dirección Provincial de Educación	Edif.Usos Múltiples. C/ Jesús Rivero Meneses, 2	47014	983 412 600
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Clínico Universitario. Avda Ramón y Cajal, 3	47011	983 420 000
VALLADOLID OESTE	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Cardenal Torquemada, 52	47010	983 320 045
Dirección Provincial de Educación	Edif. Usos Múltiples. C/ Jesús Rivero Meneses, 2	47014	983 412 600
Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil	Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social. Avda. Ramón y Cajal, 6	47011	983 413 772
ZAMORA	Dirección	Código	Teléfono
Centro Base	C/ Requejo, 28	49012	980 523 038
Dirección Provincial de Educación	C/ Prado Tuerto, s/n	49003	980 522 750
Programa de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Provincial. C/ Hernán Cortés, 40	49021	980 520 200

OTROS RECURSOS DE CARÁCTER PÚBLICO

CENTRO DE RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN Y APOYO AL AUTISMO Y LAS DISCAPACIDADES GRAVES DEL DESARROLLO INICO. Universidad de Salamanca.
Facultad de Educación, 169. Salamanca
Tlf.: 923 294 500 Ext. 3342 ó 3323
infoautismo@usal.es. www.infoautismo.com

ASOCIACIONES DE AUTISMO EN CASTILLA Y LEÓN: son agrupaciones sin ánimo de lucro cuyos fines fundamentales son ofrecer servicios adecuados a las personas con TEA y sus familias para mejorar su calidad de vida y el acceso a los recursos de la comunidad.

- *Ámbito Regional*

Federación Autismo Castilla y León
C/ Las Rebolledas, 8. 09001 Burgos.
Tel.: 947 462 938
federacion@autismocastillayleon.org

- *Ámbito Provincial*

Autismo Ávila
C/ Agustín Rodríguez Sahagún, 30 - 05003 Ávila. Tel.: 920 222 626
www.autismoavila.org
psicologa@autismoavila.org

Autismo Burgos
C/ Valdenúñez, 8. 09001Burgos. Tel.: 947 461 243
www.autismoburgos.org
autismoburgos@autismoburgos.org

Autismo León
C/ Álvaro López Núñez, 36. 1º A. 24008, León. Tel.: 902 364 787

Asociación Ariadna Salamanca
C/ La moral, s/n. 37006 Salamanca. Tlf. 923 123 600
www.ariadnasalamanca.org

Fundación Autismo y TGD de Salamanca
C/ Cristo de la Cabrera, s/n. 37006 Salamanca. Tel.: 923 122 741

Autismo Segovia
C/ Echeharay, 1. 40001 Segovia. Tel.: 921 463 670

Autismo Valladolid
C/ Ignacio Serrano, 19. 47008 Valladolid. Tel.: 983 247 139
autismovalladolid@infonegocio.net

Asociación Vallisoletana de Protección de Autistas
C/ Vallesgueva Cm. Olmo, s/n. 47170 Renedo. Valladolid.
Tel.: 983 508 068

6

INFORMACIÓN ADICIONAL



WEB EN ESPAÑOL

www.iier.isciii.es/autismo/

www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/autismo.htm

www.equiposidi.com/

www.autismo.com/

WEB EN INGLÉS

www.autismresearchcentre.com

www.nas.org.uk

www.umaccweb.com

www.autism-society.org

LIBROS Y/O ARTÍCULOS EN ESPAÑOL

- Alonso Peña, J. R. (2004): "Autismo y Síndrome de Asperger: Guía para familiares, amigos y profesionales". Amarú Ediciones.
- American Psychiatric Association (APA) (2002): "Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)". Masson, Barcelona.
- Attwood, T. (2002). "El síndrome de Asperger" Madrid: Paidós
- Frith, U. (1989) "El autismo: hacia una explicación del enigma" Prólogo y traducción de Angel Rivière. Madrid: Alianza Editorial
- Happé, F. (1998). "Introducción al Autismo" Madrid: Alianza Editorial 1998
- Martín P. (2004): "El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?" Madrid: Alianza Editorial
- Rivière, A. (2001). "Autismo. Orientaciones para la intervención educativa". Madrid: Trotta.

LIBROS Y/O ARTÍCULOS EN INGLÉS

- Bryson, S. E., Rogers, S. J., y Fombonne, E. (2003). Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(8), 506-516.
- Osterling, J. A., Dawson, G., & Munson, J. A. (2002). Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Development and Psychopathology*, 14(2), 239-251.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., y Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.
- Volkmar F., Paul R., Klin A., Cohen D. (2005). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*" Ed. Wiley

REFERENCIAS

- Belinchón-Carmona M., Posada-De la Paz, M., Artigas-Pallarés, J., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M.J., Fuentes-Biggi, J., Hernández, J.M., Hervás-Zúñiga, A., Idiazábal-Aletxa, M.A., Martos-Pérez, J., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J.A., Palacios, S., Tamarit, J., Valdizán, J.R. (2005). "Guía de Buenas Prácticas para la Investigación de los Trastornos del Espectro Autista", *Rev. Neurología* . 41 (4). 371-377.
- Canal, R., García, P., Touriño, E., Santos, J., Martín, M.V., Ferrari, M.J., Martínez, M., Guisuraga, M., Boada, L. Rey, F. Franco. M., Fuentes, J. Posada, M. (2006). "Memoria de Investigación del Estudio de Viabilidad y Costes de un Programa de Cribado de Autismo en las Áreas de Salud de Salamanca y Zamora" de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.
- Canal, R., García, P., Touriño, E., Santos, J., Martín, M.V., Ferrari, M.J., Martínez, M., Guisuraga, M., Boada, L. Rey, F. Franco. M., Fuentes, J. Posada, M.. (2006): "La detección precoz del autismo". *Intervención Psicosocial*, Vol. 15, nº 1, 29-47.
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J.A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M.A., Ferrari-Arroyo, M.J., Mulas, F., Tamarit, J., Valdizán, J.R., Hervás-Zúñiga, A., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona M., Hernández, J.M., Martos-Pérez, J., Palacios, S., J., Posada-De la Paz, M. (2005) : "Guía de Buenas Prácticas para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista". *Rev. Neurología*. 41 (4). 299-310.

- Fuentes J., Ferrari M., Boada L., Touriño E.: "Guía de Buenas Prácticas para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista" *Rev. Neurología* .43 (7). 425-438
- Grupo de Estudios de TEA (2003-2004): "Informe de Demora Diagnóstica" <http://iier.isciii.es/autismo/>
- Grupo de Estudios de TEA (2003-2004): "Análisis del proceso diagnóstico en personas afectadas con autismo y planificación del Registro Español del Espectro Autista" Informe de Demora Diagnóstica" <http://iier.isciii.es/autismo/>
- Hernández, J.M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona M., J., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M.J., Hervás-Zúñiga, A., Idiazábal-Aletxa, M.A., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J.A., Tamarit, J., Valdizán, J.R., Posada-De la Paz, M. (2005): "Guía de Buenas Prácticas para la Detección Temprana de los Trastornos del Espectro Autista" *Rev. Neurología* .41 (4). 237-245.
- Posada, M., Ferrari, M. J., Touriño, E., Boada, L. (2005). Investigación epidemiológica en el autismo: una visión integradora.: *Revista de Neurología*, 15(40), S191-198.
- TEA! Trastornos del Espectro Autista, guía para su detección precoz. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2005.

7

ANEXOS: M-CHAT

Y BATERÍA OBSERVACIONAL



CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES)

La información que contiene este cuestionario es totalmente confidencial. Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa HABITUALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña **NO** lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1.	¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándole en sus rodillas, etc.?	Sí	NO
2.	¿Muestra interés por otros niños o niñas?	Sí	NO
3.	¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?	Sí	NO
4.	¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al "cucú-tras" (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)?	Sí	NO
5.	¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	Sí	NO
6.	¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	Sí	NO
7.	¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	Sí	NO
8.	¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	Sí	NO
9.	¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	Sí	NO
10.	¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	Sí	NO
11.	¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	Sí	NO
12.	¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonrío?	Sí	NO
13.	¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	Sí	NO
14.	¿Responde cuando se le llama por su nombre?	Sí	NO
15.	Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	Sí	NO
16.	¿Ha aprendido ya a andar?	Sí	NO
17.	Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	Sí	NO
18.	¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?	Sí	NO
19.	¿Intenta que usted preste atención a las actividades que el o ella está haciendo?	Sí	NO
20.	¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	Sí	NO
21.	¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	Sí	NO
22.	¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	Sí	NO
23.	¿Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	Sí	NO

Fecha de hoy :

DATOS DEL NIÑO O LA NIÑA

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO: Varón Mujer TELÉFONO de CONTACTO:

DIRECCIÓN:CP:.....LOCALIDAD:.....

Nombre de la persona que rellena el cuestionario:

Parentesco con el niño: Madre Padre Otro (especifique):.....

BATERÍA OBSERVACIONAL*

** (En proceso de Validación, Financiación del R.P. de Discapacidad)*

A cumplimentar por la persona evaluadora

1.	Capte la mirada del niño o niña y en ese momento señale con el dedo un juguete u objeto interesante de la habitación diciéndole: "¡¡Mira!!... Ahí hay un -----". ¿Dirige la mirada hacia lo que usted está señalando?	SÍ	NO
2.	Cuando le está atendiendo, déle una taza y una jarra de juguete y dígame: "Échate una taza de leche." ¿Es capaz de hacer como si hubiera leche "de verdad": echándola, bebiéndola, etc.?	SÍ	NO
3.	Dígale "¿Dónde está la luz?" o "Enséñame dónde está la luz". ¿Señala con su dedo hacia la luz?	SÍ	NO
4.	¿Puede el niño o niña construir una torre con bloques? (Si es así, anote de cuántos bloques es la torre -----)	SÍ	NO
5.	Déle de nuevo la taza y la jarra y disponga usted de otras iguales. Imite consistentemente las acciones que el niño o niña realice con ellas. Fíjese en su reacción. ¿Se da cuenta de que usted le está imitando, porque se para y le mira, cambia de movimiento y le mira, le provoca más imitación, etc.?	SÍ	NO
6.	Ahora vaya dándole bloques para guardarlos en su caja. Cuando ya esté centrado en la tarea, sorpréndale reteniendo el último bloque de manera que no lo pueda coger. ¿Le mira a usted o a su madre en ese momento de incertidumbre?	SÍ	NO
7.	Durante la entrevista, ¿Ha establecido contacto visual con usted?	SÍ	NO

COMENTARIOS:

Fecha de hoy :

DATOS DEL NIÑO O LA NIÑA

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO: Varón Mujer TELÉFONO de CONTACTO:

DIRECCIÓN:CP:.....LOCALIDAD:.....

Profesional que realiza la observación.....

*Esta batería observacional adjunta está actualmente en proceso de validación. No obstante, se considera de utilidad su incorporación a este manual ya que podría servir para la identificación de las posibles dificultades comunicativas y sociales del niño. El mero hecho de que el pediatra o el enfermero/a intenten captar la atención del niño o dirigirla hacia algún elemento de la sala, así como intentar que realice alguna actividad de juego de imitación o ver cómo responde en una situación de incertidumbre, puede ser de gran ayuda para juzgar la necesidad de una evaluación más detenida.

Si el niño falla en 4 o más ítems de la batería observacional y/o el pediatra considera la presencia de una alteración en las habilidades comunicativas y sociales, lo indicado es recomendar una evaluación en profundidad.