



GUÍA DE AYUDA PARA LA DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
MINISTRO: DR.ALEJANDRO FEDERICO COLLIA.

“El desafío es que la salud, educación y padres trabajemos juntos para mejorar la calidad de vida y la inserción social de los niños que padecen estos trastornos”

Dr. Alejandro Collia

INTRODUCCIÓN

EL GRUPO DE TRABAJO, CONFORMADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA, A LO LARGO DE MÚLTIPLES JORNADAS Y ENCUENTROS, HA CONCLUIDO QUE EL MAYOR PROBLEMA EN LOS TEA ES LA DEMORA DIAGNÓSTICA.

Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo/a.

Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo presenta un trastorno del desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final pasan en promedio aproximadamente 2 años. La edad media en la que un niño recibe un diagnóstico es casi de 5 años.

El diagnóstico de TEA es realizado por esfuerzos personales de grupos terapéuticos y falta una red regionalizada en la Provincia de Buenos Aires, para el diagnóstico y el acceso de los pacientes, como así también la conformación de grupos de padres y el seguimiento educativo de estos niños.

Estas guías intentan apoyar y fomentar la implantación plena de los derechos de las personas con autismo en todas las áreas de su vida, con el fin de apoyar la detección y promover el conocimiento de los TEA en el ámbito sanitario, social y educativo.

OBJETIVOS

Optimizar los recursos para la evaluación temprana, diagnóstico y tratamiento de los TEA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Para ello se propone:

- Regionalizar la atención de los niños con Tea en las 12 Regiones Sanitarias, en los que se integran los 134 Municipios.

Por lo que se propone:

- Capacitar en cada Municipio a médicos, enfermeras y profesionales de Atención Primaria en la pesquisa de TEA utilizando como instrumentos el M-CHAT-R.
- Capacitar a maestros de educación inicial y profesionales de jardines maternales en la detección de conductas indicadoras de TEA.
- Formar y capacitar equipos multidisciplinarios en evaluación y diagnóstico de TEA en cada Municipio.
- Capacitar en cada Municipio a los equipos en abordaje centrado en la familia y la comunidad.

- Promover acciones de difusión y concientización de TEA en la comunidad a través de los medios de comunicación.
- Realizar talleres de capacitación para padres y maestros.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

SU ENFOQUE

L. Kanner en EE.UU y Hans Asperger en Austria, describen en 1943 y 1944 respectivamente cuadros clínicos que hoy se incluyen en los denominados trastornos del espectro autista.

Con el transcurrir de los años la comprensión y valoración de estos trastornos ha variado en función de los hallazgos científicos. Así en los años 50 fue considerado un trastorno psicogénico, en otros países fueron enfocados como psicosis.

A partir de los años 70 se desmoronan estas hipótesis y se lo comienza a enfocar como trastornos del desarrollo en las áreas de la socialización, la comunicación y la imaginación, se crea el término TGD. Trastornos Generalizados del Desarrollo, un término que no resultó afortunado ya que no todo el desarrollo se encuentra por lo general afectado.

En los años 80 se incorporó la denominación TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA(TEA), a partir de los aportes de Lorna Wing con el cual se resalta la noción dimensional de una evolución, no una categoría de afecciones en las que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la flexibilidad mental.

El término TEA ha terminado de incluirse en el reciente Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría 5° edición (DSM 5, 2013), mejorando la comprensión de la realidad social de estos trastornos incluidos en el Espectro y facilitando el establecimiento del apoyo necesario para las personas afectadas y su familia.

FRECUENCIA DE APARICIÓN DE LOS TEA

Por diversas razones que analizaremos, consideramos que está en aumento el número de casos diagnosticado a nivel nacional.

En EE.UU se estima que 14,7 por 1000 niños (1 de 68) presentan Tea, entendiendo que estas cifras incluyen todo el espectro, abarcando los casos más leves y los de alto rendimiento. Esta cifra ha aumentado radicalmente en los últimos años. Si bien no hay suficiente claridad para explicar

dicho fenómeno, se especula que está relacionado con diversas razones, tales como: criterios diagnósticos más accesibles a la realidad, estrategias epidemiológicas, formación de profesionales, aumento de la concientización social y familiar, necesidades de contar con un diagnóstico para acceder a determinadas prestaciones, etc. Algunos autores hablan de un aumento por otros factores tales como teratógenos ambientales aunque no se ha podido establecer científicamente tal correlación causal.

Los TEA son de tres a cuatro veces más frecuentes en varones que en mujeres. También existe una relación diagnóstica donde el Subtipo asociado al Síndrome de Rett que afecta solo a mujeres y el Subtipo asociado al Síndrome de Asperger que tiene una relación 8/1 varones/mujeres. El antes llamado Trastorno Desintegrativo Infantil afecta igual a ambos sexos.

¿QUÉ CAUSA AUTISMO?

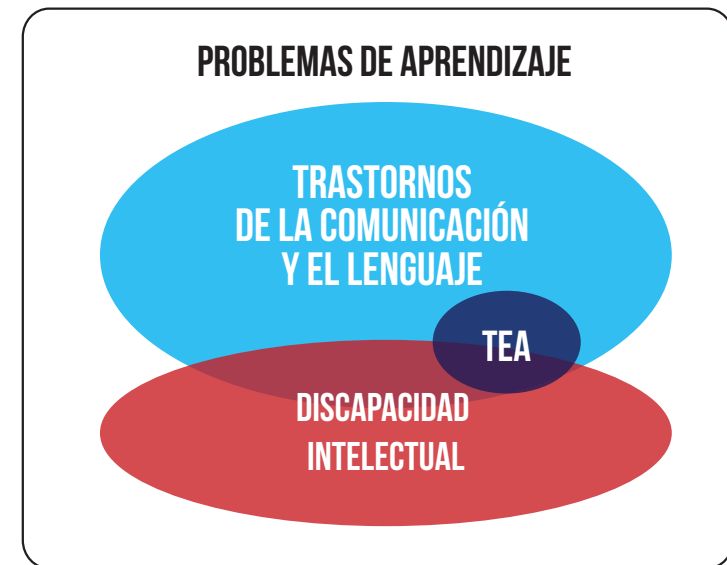
Hace más de medio siglo se interpretaba que estos trastornos eran causados por los propios padres, ya sea a través de carencias en habilidades de crianza como por falta de afecto, tema que incluiremos más adelante en los mitos a desterrar. Por fortuna este error tan cruel fue subsanado y todas las entidades nacionales e internacionales reconocen que el autismo se debe a anomalías del SNC que responden a causas biológicas y no psicosociales. En la actualidad las evidencias científicas plantean una realidad más compleja con interacción de factores genéticos, poligénicos y teratógenos, siendo considerado como el más genético de los trastornos neuropsiquiátricos en la infancia. Las investigaciones actuales indican que un 3% de los hermanos de un niño con autismo tienen también el mismo trastorno, lo que apoyaría una transmisión Poligénica. También se identifican Herencia Cromosómica, duplicaciones del cromosoma 15, fragilidad del X, Herencia Mendeliana: fenilcetonuria, Neurofibromatosis. El síndrome de Rett se comprueba una alteración genética en el Gen MECP2.

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA?

DEFINICIÓN

Los trastornos del Espectro Autista (TEA) son una gama de disfunciones del desarrollo Neurológico, con una base genética dominante, de origen en la infancia y que se caracterizan con síntomas relacionados con dificultades marcadas en el área de la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades. Esto genera por lo general un deterioro significativo en varios ámbitos importantes del funcionamiento habitual. (DSM 5, 2013).

La idea de espectro da cuenta justamente de que ninguna persona con TEA es igual a otra, mostrando diferencias notables en cuanto a la gravedad, forma y funcionalidad. En ocasiones pueden estar acompañados por déficit intelectuales, aunque no es imprescindible que ello ocurra para establecer el Diagnóstico (ver tabla 1)



Por desgracia no existe en la actualidad ningún marcador biológico para el TEA, por lo que el diagnóstico se apoya fundamentalmente en la observación directa del comportamiento y el juicio clínico especializado. Sin embargo, se suelen administrar pruebas complementarias con el fin de determinar patologías asociadas al TEA y entonces mejorar el abordaje específico, como puede ocurrir con ciertos trastornos genéticos como el Síndrome de Rett, Síndrome de Noonan, X-frágil, entre otros.

En suma, el espectro engloba tanto casos de gravedad como de mejor pronóstico; casos claramente floridos sintomáticamente como casos cuya sutileza requiere una mirada especializada para el diagnóstico por su alta funcionalidad. Pero en todos los casos se torna central la detección precoz y en consecuencia el tratamiento adecuado, que ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para compensar las áreas de desarrollo que se encuentran más comprometidas.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL TEA?

- Deterioro de la actividad social
- Dificultades de la comunicación
- Conductas, intereses y actividades repetitivas, poco flexibles y estereotipadas.

Es importante destacar que no todos los niños presentan los síntomas descriptos y que ninguno de ellos alcanza por sí solo para establecer el Diagnóstico de TEA. No obstante, y como se ha mencionado con anterioridad, para ello es condición necesaria tener 1) dificultades sociocomunicativas y 2) patrones de interés/conductas repetitivos/restringidos. Si alguno de estos 2 dominios no está afectado, no se puede hacer un diagnóstico tal. Se especula que muchos de ellos se hacen más claros luego de los 18 meses de vida, que es cuando las exigencias ambientales dejan más en evidencia las competencias no alcanzadas a causa de falta de desarrollo madurativo, sobre todo en las áreas de comunicación e interrelación social.

Se destacan signos que pueden preceder a la aparición de la sintomatología de TEA, en los años posteriores, tales como falta de sonrisa social (no sonríe cuando se le habla o se le sonríe), la poca frecuencia de contacto visual balbuceo o repetición de sílabas de forma interactiva con el cuidador, la falta de conexión aparente con el contexto o la falta de reacción anticipadora al mismo (Ej. No muestra anticipación cuando se le está por alzar), interactuando muy poco con los otros, ya sea a través de gestos de señalización o sonidos intencionados, poca respuesta cuando se lo llama por su nombre o se le habla y una notable falta de interés en los juegos interactivos

simples que los adultos suelen intentar establecer del estilo “¿de dónde está el nene? ¡Acá esta!”. La imitación espontánea en sí misma casi no ocurre.

Como mencionamos antes, ya a partir de los 18 meses se comienza a observar falencias repetidas y persistentes en estas conductas, siendo los padres quienes con frecuencia lo notan en primer lugar (alrededor de la mitad de los padres de niños con TEA notan un problema antes del primer año de vida del pequeño y lo refieren a su pediatra, y cerca del 80 al 90% observa problemas hacia los 24 meses).

A esa edad y a medida que avanza el tiempo se puede observar un incremento en tales comportamientos, incluyendo paulatinamente otros de similar estilo relacionados con mayor complejidad interaccional. Persiste la dificultad para seguir la mirada del adulto o interactuar con los otros señalando objetos o compartiendo intereses. A veces parece no escuchar o no darse por aludido cuando se lo llama por su nombre. El lenguaje suele parecer muy pobre y poco desarrollado y su juego se muestra poco funcional y rara vez simbólico, por el contrario, lo usual es que se trate de patrones repetitivos y poco interactivo con los pares, del tipo de alinear objetos, abrir y cerrar cosas, apagar y prender luces, tirar y juntar, etc. Estas conductas pueden exponer un estilo obsesivo y rígido. Un rasgo frecuente en la mayoría de los niños es la presencia de berrinches. En los casos de los niños con TEA, la respuesta de irritabilidad, enojo y malestar suelen ser llamativas por su intensidad y susceptibilidad. Los padres suelen referir dificultades para que se calmen y en ocasiones cambios mínimos en su contexto suelen provocar alteraciones significativas. Incluso se pueden ver como resultado de un estado emocional intenso, conductas de “Rocking” (hamacarse a sí mismo en el lugar de forma repetitiva), aleteo de manos o correr en círculos. Ya se puede empezar a ver una dificultad en la capacidad de expresar y compartir afectos positivos (capacidad importante para el desarrollo posterior de la empatía).

A partir de los 3 años de vida, y concomitantemente con el ingreso en las instituciones escolares, es cuando se verán los signos que caracterizan el Espectro Autista. Dentro del área de la comunicación, comienzan a notarse los déficits del lenguaje (incluso hasta su ausencia) entorpecen las interacciones con los otros, sobre todo cuando ni siquiera son compensadas por otras formas de comunicación. De hecho, la comunicación no verbal suele ser muy pobre o poco integrada. Se observan Ecolalias o uso estereotipadas del lenguaje, incluyendo formas de hablar de sí mismo en tercera persona (inversión pronominal). Existe una aparente dificultad para “leer” los estados emocionales de los demás en base a sus gestos, de modo que suele conllevar respuestas poco adecuadas al contexto, ya que le resulta dificultoso los mensajes implícitos de la comunicación. En este sentido es que se ven afectados aspectos que se toman imprescindibles para las Interacciones Sociales. El acercamiento a los otros mediados por la dificultad antedicha, suele ser

inadecuado variando desde una intensidad excesiva hasta la indiferencia total. Al no comprender las normas sociales tácitas o interpretándolas de un modo sesgado y lineal, pueden causar dolor emocional a otros sin notarlo o entenderlo como tal. La habilidad de empatía ausente o poco desarrollada se pone en evidencia en el escaso reconocimiento de respuestas a la felicidad o tristeza de las otras personas y en la dificultad de atribución y predicción de los pensamientos, sentimientos e intenciones de los otros, algo que puede hacer que las interacciones sean un terreno en el que se sienten incómodos, prefiriendo actividades más bien solitarias. No suelen unirse a otros niños en juegos imaginarios compartidos. Las habilidades sociales para iniciar conversaciones o hacer amigos quedan casi por completo anuladas. Se observan excepciones parciales en algunos individuos de mayor funcionamiento (antes diagnosticadas como Asperger) en donde las capacidades de comunicación e interacción social parecen quedar establecidas casi exclusivamente alrededor de temáticas poco flexibles, a veces estereotipadas, en las que puede interactuar con mayor fluidez aparente. Sin embargo la característica de tal comunicación sigue siendo la rigidez, tanto en cuanto a la temática restringida como a la utilización de un lenguaje cargado de tecnicismo y literalidad conceptual.

A partir de lo expuesto, se van configurando también alteraciones significativas en los comportamientos, en los intereses y en las actividades diarias. Las rutinas monótonas son preferidas por los niños con TEA, siendo las situaciones menos estructuradas o los cambios generadores de elevada ansiedad y malestar. Sus intereses tienden a ser más bien fijos y restringidos, excesivamente circunscritos a temáticas puntuales, con dedicación absorbente y con poca utilidad objetiva, tales como memorizar fechas, conocimiento hiper especializado en dinosaurios o seres de televisión, etc. La respuesta al dolor o a la temperatura pueden ser inusuales y en general pueden presentar hiper o hipoactividad ante estímulos sensoriales, con respuesta exagerada a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos o a veces cierta fascinación visual por luces o movimientos.

El DSM 5 ha especificado 3 grados en cuanto al nivel de gravedad del cuadro, que pueden observarse en el siguiente cuadro:

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inusuales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/ dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

¿CÓMO DETECTAR EN LA ESCUELA A NIÑOS CON PROBABLE TEA?

Son la escuela y los jardines maternos, los primeros escalones de socialización con otros niños, por esto los docentes serán de suma importancia en la detección de conductas que ayuden a la pesquisa de los niños con sospecha de TEA, y su posterior derivación a través de sus padres para su asistencia.

Enumeramos a continuación conductas, que a un docente podría ayudar a la pesquisa, realizar una charla con los padres y enviar con un informe escrito al profesional actuante, para que se desarrollen las pesquisas necesarias.

- Retraso o carencia verbal. Lenguaje repetitivo o poco funcional (Ecolalias)
- Aleteo de manos, correr en círculos
- Comunicación funcional restringida (no para interactuar solo para cuando necesita algo)
- Ausencia de juego simbólico o imaginativo
- Uso impropio de juguetes, ordena los juguetes en fila o hace utilización de ellos de forma no funcional
- Conductas obsesivas
- Se golpea a sí mismo con objetos o con sus manos
- Baja empatía o poca relación con sus pares, es dejado de lado por los compañeros, es punto de referencia de cargadas constantes
- Se aísla, juega solo
- Rechaza el contacto físico
- No responde a órdenes o no responde cuando se lo llama (parece no oír)
- No mantiene la mirada
- Alto grado de frustración o berrinches con dificultad para lograr un estado de calma
- Baja tolerancia al cambio de rutinas
- Un nivel excesivo de actividad
- No señala o bien utiliza las manos del maestro para señalar sus necesidades

Si un niño presenta algún tipo de estas conductas podría tratarse de un TEA. Ante esta situación la escuela debe actuar. ¿Cómo? No es la labor del educador realizar un diagnóstico, pero será de gran utilidad que el maestro informe a los padres, sin alarmar, lo que observa, y en caso necesario de llegar a un diagnóstico precoz y su posterior abordaje terapéutico.

MITOS A DESTERRAR

- Las personas con TEA tienen SIEMPRE una afectación global de su desarrollo madurativo en todas las áreas de competencia.
- Todos los TEA tienen retraso mental.
- El TEA producto de una crianza inadecuada.
- El TEA está ocasionado por falta de amor de los padres durante la gestación o la ausencia de contacto visual de la madre en los primeros meses de vida
- El TEA puede ser ocasionado por vacunas.
- Los niños con TEA no tienen sentimientos o son completamente incapaces de manifestarlos
- Los niños con TEA son incapaces de mirar a los ojos.
- Un niño con TEA no puede asistir a clases de escuelas ordinarias.

¿CÓMO SE TRATAN LOS TEA?

INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Se ha demostrado que la intervención temprana es sustantiva para el tratamiento de los niños con TEA. La terapia conductual específica y la Estimulación durante los primeros años y en la edad preescolar puede mejorar significativamente a estos niños en sus habilidades cognitivas y del lenguaje. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría y el Consejo Nacional de Investigación (National Research Council), las terapias conductuales y de comunicación útiles para los niños con TEA son aquellas que proporcionan estructura, dirección y organización como complemento de la participación familiar. Existen también procedimientos que se basan en el desarrollo emocional y las relaciones interpersonales. En sí, no existe un tratamiento único y que sea el mejor, pero es de considerable importancia la detección temprana con la consecuente concientización de los padres.

TRABAJANDO CON LA ESCUELA DE SU HIJO

Cada Región Sanitaria de la provincia de Bs. As. debe tener un centro de información, detección, diagnóstico y escolaridad, en donde los padres puedan tener acceso y participación en el tratamiento de su hijo con TEA. Una vez evaluado su hijo y establecidas sus necesidades debe suministrarse de acuerdo a la Ley 14.191 y sus beneficios.

Se está trabajando mucho y bien en la incorporación de la capacitación basada en la computadora, diseñado para enseñar a los niños con TEA como crear y responder correctamente a expresiones faciales

MEDICAMENTOS

No son de primera elección en este cuadro clínico, pero cuando se decide la necesidad de incluirlos como parte de la estrategia de tratamiento, deben ser prescritos por médicos psiquiatras especializados; y además discutidos y evaluados periódicamente con los padres en conjunto con el grupo de apoyo. En la actualidad la FDA autoriza los antipsicóticos tales como Risperidona y Aripiprazol, que pueden reducir la irritabilidad y la conducta impulsiva en niños entre 5 y 16 años que presentan TEA. Todos los medicamentos presentan efectos secundarios por lo que serán de supervisión estricta. La regla que por lo general se lleva a cabo para la administración de psicofármacos está ligada al grado de funcionamiento del niño en las diferentes áreas, siendo foco de las mismas las patologías comórbidas al TEA, ya que como mencionábamos anteriormente, se trata de un Trastorno que suele ser crónico en su desarrollo.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La detección precoz también puede estar promocionada a través de la educación específica en cuanto a la detección de signos de alerta en los profesionales de atención primaria de la salud, tales como Pediatras, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos, etc. En esta línea se promueven por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires proyectos que apunten a tal fin.

La inclusión de Instrumentos estandarizados dirigida a una primera distinción o rastillaje puede ser vital para la difusión de la información de manera más precisa. En la actualidad, uno de los cuestionarios que ha mostrado más predicción en la detección positiva de TEA en niños de 18 a 30 meses de edad es M-CHAT-R (Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton, 2009). Siguiendo un protocolo ya desarrollado en otros países, se puede incluir en la práctica básica a modo de detección temprana. La Recomendación al respecto es que en caso de puntuar el niño acorde a

los criterios de riesgo mencionados, proceder a completar la Ficha de Derivación con los datos allí contemplados para una mayor rapidez en el diagnóstico posterior por parte del Organismo determinado por la Dirección del Programa de TEA desarrollado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

LISTA DE CHEQUEO MODIFICADA PARA AUTISMO EN DEAMBULADORES REVISADA (M-CHAT-R)

El siguiente cuestionario puede ser utilizado como una herramienta inicial de detección del TEA en niños cuya edad esté comprendida entre 18 y 30 meses. Para todos los ítem excepto los ítem 2, 5, y 12, la respuesta "NO" indica riesgo de TEA (para los ítem 2, 5, y 12, "SÍ" indica riesgo de TEA). Cuando el puntaje total es de 0-2 No es necesario adoptar otras medidas a menos que la evaluación del desarrollo indique riesgo de TEA aunque si el niño es menor a 24 meses es conveniente reevaluar nuevamente luego de los 2 años de edad. En los casos en que puntúe 3 o más, Realice la Derivación al centro de referencia de su Zona.

Si bien el resultado tiene una utilidad importante para la detección del TEA, no posee valor diagnóstico en sí. Para ello, se procede a la derivación a un profesional especializado en la temática.

ANEXO Paquete de Información a remitir en caso de detección temprana para Derivación

Ficha de Derivación a Equipo Evaluativo

FECHA:/...../.....

Nombre y Apellido:

Edad: FN:/...../..... DNI: Nacionalidad:

Domicilio: Localidad:

Teléfono fijo: Teléfono Celular:

Adulto Responsable (parentesco):

Nombre y Apellido de quien realiza la derivación:

Teléfono de Contacto:

Edad	Pautas Alarma	Pautas Precaución
Hasta 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de Balbuceo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de Contacto Ocular ○ Ausencia de Sonrisa Social ○ No Reconoce su Nombre
12 y 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de actividad gestual (Saludar, señalar, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de ansiedad ante extraños ○ No señala para pedir ○ Poca frecuencia de mirada dirigida a las personas ○ No muestra anticipación cuando va a ser alzado ○ Falta de interés en juegos interactivos simples como el “no está, acá esta”
18 y 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de palabras aisladas (desde los 16 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de gestos como señalar con el dedo (Protodeclarativos)
Más de 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ○ No dice palabras sencillas a los 18 meses ○ No dice frases de 2 palabras (no ecológicas) a los 24 meses ○ Pérdida de cualquier habilidad comunicativa-lingüística, social o escolar luego de los 36 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dificultades en el seguimiento de la mirada ○ Ausencia de juego simbólico ○ Falta de interés en otros niños o hermanos ○ No responde cuando se le llama ○ No imita ni repite gestos que otros hacen ○ Pocas expresiones para compartir afecto positivo ○ Antes usaba palabras pero ahora no (Regresión en el uso del lenguaje) ○ Ausencia de juego imaginativo

Puntaje Total M-CHAT-R:

Descripción de Observaciones importantes.....

.....

.....

.....

.....

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN M-CHAT-R™

Por favor responda estas preguntas sobre su hijo o hija. Tenga en cuenta cómo se comporta su hijo o hija normalmente. Si ha visto el comportamiento algunas veces, pero su hijo/a no lo hace habitualmente, por favor conteste no. Por favor, rodee con un círculo la opción sí o no para cada pregunta. Muchas gracias.

1	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo o hija mira hacia allí? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o un animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o al animal?)	SI	NO
2	¿Alguna vez se preguntó si su hijo o hija era sordo o sorda?	SI	NO
3	¿Su hijo o hija juega a simular, hacer “como si”, o juegos de imaginación? (POR EJEMPLO: simula que toma de una taza vacía, finge hablar por teléfono, o hace como que le da de comer a una muñeca o a un peluche?)	SI	NO
4	¿A su hijo o hija le gusta treparse a las cosas? (POR EJEMPLO: muebles, juegos de la plaza, o escaleras)	SI	NO
5	¿Su hijo o hija hace movimientos raros con los dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos cerca de sus ojos de manera rara?)	SI	NO
6	¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	SI	NO
7	¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SI	NO
8	¿Su hijo o hija se interesa por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonríe, se acerca a ellos?)	SI	NO
9	¿Su hijo o hija le muestra cosas, trayéndoselas o alzándolas para que Ud. las vea – no para buscar ayuda sino simplemente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: le muestra una flor, un peluche, o un camión de juguete)	SI	NO
10	¿Su hijo o hija responde cuando lo/la llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija lo mira o la mira, habla o balbucea, o interrumpe lo que está haciendo cuando lo/la llama por su nombre?)	SI	NO
11	Cuando le sonríe a su hijo o hija, ¿le devuelve la sonrisa?	SI	NO
12	¿A su hijo o hija le molestan los ruidos comunes de todos los días? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija grita o llora cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)	SI	NO
13	¿Su hijo o hija camina?	SI	NO
14	¿Su hijo o hija lo/la mira a los ojos cuando le está hablando, jugando con él/ella, o cuando lo/la está vistiéndolo?	SI	NO
15	¿Su hijo o hija trata de copiar lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir adiós con la mano, aplaudir, o hacer un ruido gracioso cuando Ud. lo hace)	SI	NO
16	Si Ud. se da vuelta para mirar algo, ¿su hijo o hija gira la cabeza para ver lo que Ud. está mirando?	SI	NO
17	¿Su hijo o hija intenta hacer que Ud. lo/la mire? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija lo/la mira para que lo/la felicite, o dice “mirá” o “mirame”?)	SI	NO
18	¿Su hijo o hija entiende cuando Ud. le dice que haga algo? (POR EJEMPLO: si Ud. no se lo señala, ¿su hijo o hija entiende cuando le pide “poné el libro sobre la silla” o “traeme la frazadita”?)	SI	NO
19	Si pasa algo nuevo, ¿su hijo o hija lo/la mira a la cara para ver qué hace Ud.? (POR EJEMPLO: si su hijo o hija escucha un ruido raro o gracioso, o ve un juguete nuevo, ¿lo/la mira a la cara?)	SI	NO
20	¿A su hijo o hija le gustan las actividades de movimiento? (POR EJEMPLO: hamacarse o jugar al “caballito” sobre sus rodillas)	SI	NO

AGRADECIMIENTOS:

Estas guías han sido elaboradas con el consenso de profesionales del ámbito de la salud y educación, por la iniciativa del Sr. Ministro de salud de la Provincia de Bs. As. Dr. Alejandro Federico Collia y permanentes colaboradores que trabajaron arduamente para la elaboración de esta guía y que aquí agradecemos por el sincero apoyo.

Dra. Alexia Ratazzi.
Dra. Nora Grañana
Dra. Stella Maris Aribe.
Dra. Karina Gutson.
Lic. Damian Cuttitta.
Dra. Andrea Barberis
Dra. Beatriz Tullo
Lic. Clara Cordero
Dra. Pierina Landolfi
Lic. Alicia García
Verónica Martorello
Dr. Sebastián Cukier
Dra. Viviana Enseñat
Lic. Alicia García.
Ing. Alejandro Maximiliano Downar
Dr. Christian Plebs
Dra. Natalia Tingler
Dr. Cesar Montarsec

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alboreo Gallo, L.; Hernández Guzmán, L.; Díaz Pichardo, J. A.; Cortes Hernández, B.: Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental* 2008; 31:37–44
- Artigas Pallarés, J.; Gabau Vila, E.; Guitart Feliubadaló, M.: El autismo síndrome: I. Aspectos generales. *Revista de Neurología* 2005; 40(Supl 1):S143–S149
- Artigas Pallarés, J.; Gabau Vila, E.; Guitart Feliubadaló, M.: El autismo síndrome: II. Síndromes de base genética asociados a autismo. *Revista de Neurología* 2005; 40(Supl 1):S151–S162
- Artigas Pallarés, J.: Autismo y vacunas: ¿punto final? *Revista de Neurología* 2010; 50(Supl 3):S91–S99
- Baio, J. (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries. Volume 61, Number 3. Centers for Disease Control and Prevention.*
- Baron-Cohen, S.: Autism: The Empathizing-Systemizing (ES) Theory. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2009; 1156(1):68–80
- Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Cox, A.; Baird, G.; Charman, T.; Swettenham, J.; Drew, A.; Doehring, P.: Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine* 2000;

93(10):521–525

- Belinchón-Carmona, M., Posada-De la Paz, M., Artigas-Pallarés, J., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M. J., & Valdizán, J. R. (2005). Guía de buena práctica para la investigación de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(6), 371–377.
- Cabanyes-Truffino, J., & García-Villamisar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 39(1), 81–90.
- Cukier, S. H. (2005). Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del Trastorno Autista: hacia una perspectiva integradora. *Revista Argentina de psiquiatría*, 16, 273–278.
- Developmental, D. M. N. S. Y., & 2010 Principal Investigators. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)*, 63, 1.
- Etchepareborda, M. C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1), 175–192.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., ... & Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 43(7), 425–38.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-3.*
- Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (2011), Santiago de Chile: MINSAL <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/238/documento>
- Hoffman, E. J.: Clinical Features and Diagnosis of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Primary Psychiatry* 2009; 16(1):36–44
- León, R. C.; Laso, E. L.: El espectro autista. *Vox Paediatrica* 2006; 14(2):7–15
- Manual de apoyo para la detección de los trastornos del espectro autista - Autismo Burgos, España (http://www.autismoburgos.org/dmdocuments/deteccion_trastornos.pdf)
- Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up, M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009
- Muñoz Yunta, J. A.; Palau, M.; Salvadó Salvadó, B.; Valls Santasusana, A.: Autismo: identificación e intervención temprana. *Acta Neurológica Colombiana* 2006; 22(2)
- National Research Council. *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- Rivera, F. B. et al.: Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 27(100):333–353
- Rivière, A. y Martos J. (1997). *El Tratamiento del Autismo. Nuevas Perspectivas*. APNA e INSERSO
- Stone, W.L., Hoffman, E.L., Lewis, S.E. y Ousley, O.Y. (1994). Early recognition of autism. Parental reports vs clinical observation. *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* 148, 174–179.
- Velayos Amo, L., Garrido Fernández, M. J., Tamarit Cuadrado, J., & Muñoz De La Fuente, A. *EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE AUTISMO: EL MODELO IRIDIA.*
- Williams, J. H. G.; Whiten, A.; Singh, T.: A systematic review of action imitation in autistic spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004; 34(3):285–299

AUTORIDADES

Ministro de Salud

Dr. Alejandro COLLIA

Jefe de Gabinete

Dr. Pablo GARRIDO

Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud

Dr. Sergio ALEJANDRE

Subsecretario de Planificación de la Salud

Dr. Alejandro COSTA

Subsecretario de Coordinación de Políticas de Salud

Dr. Sergio DEL PRETE

Subsecretaria de Control Sanitario

Dra. Silvia CABALLERO

Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones

Dr. Carlos SANGUINETTI

Subsecretario Administrativo

CPN Gerardo Daniel PEREZ

AUTOR

Coordinador del Programa Provincial TEA

Dr. Juan Carlos Peuchot



www.ms.gba.gov.ar

MINISTERIO DE SALUD

BA

GOB.
DANIEL
SCIOLI