

PROTOCOLO de
DIAGNÓSTICO y MANEJO del
TRASTORNO del
ESPECTRO
AUTISTA (TEA)



PROTOCOLO de
DIAGNÓSTICO y MANEJO del

TRASTORNO del ESPECTRO AUTISTA (TEA)





MINISTERIO DE
**SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL**
PARAGUAY

PARAGUÁI
**TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE**
MOTENONDEHA

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
AÑO 2024**

AUTORIDADES

DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK

Ministra

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

DR. SANTIAGO ADOLFO GARCIA DESTÉFANO

Vice Ministro

Vice Ministerio de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social

DR. ANGEL JOSÉ ORTELLADO MAIDANA

Vice Ministro

Vice Ministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud

DRA. CAROLINA HAYDEE RUIZ ZORRILLA

Directora General

Dirección General de Programas de Salud

DRA. MARÍA FLORENTINA IRRAZABAL ROJAS

Directora

Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia

Ficha Técnica de Elaboración

Coordinación

Dirección de Salud Integral de la niñez y adolescencia

Dra. María Irazábal

Dra. Natalia Duarte

Redacción

Hospital General Niños de Acosta Ñu - MSPyBS

Dra. Claudia Álvarez

Dr. Marco Casartelli

Dirección de Salud Mental - MSPyBS

Dra. Ana Iris Benítez

Dra. Nélide Minck

Hospital Nacional de Itaugua - MSPyBS

Dr. Wilian Albrecht

Lic. Obdulia Beatriz Aquino

Instituto de Previsión Social

Dr. Mauricio Acosta

Revisión y Validación

Dirección General de Programas de Salud - MSPyBS

Dra. Carolina Ruiz Zorrilla

Dra. Karina Díaz Trinidad

Abog. Mónica Medina

Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia - MSPyBS

Dra. María Irrazabal

Dra. Patricia Ovelar

Dra. Lilian Pérez

Dra. Natalia Duarte

Dirección General de Asesoría Jurídica - MSPyBS

Abog. Laura Bordón

Dirección General de Administración y Finanzas - MSPyBS

Lic. Edgar Gómez Leiva

Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud - MSPyBS

Dr. Alberto Rojas

Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud - MSPyBS

Lic. Liz Oviedo

Dra. Omaira Oviedo

Dirección General de Promoción de la Salud - MSPyBS

Dr. Gustavo Montañez
Dra. Gloria Aquino
Lic. Lucia Noguera

Dirección Coordinación de Regiones Sanitarias - MSPyBS

Dr. Reinaldo Ecurra

Dirección de Atención Primaria de la Salud - MSPyBS

Dra. Carolina Moline
Dra. Daniela Chávez

Dirección de Trabajo Social- MSPyBS

Lic. Cesar Irala.
Lic. Luz María Ruiz Díaz

Dirección Nacional de Salud Mental - MSPyBS

Dra. Ana Iris Benítez
Dra. Nélide Minck

Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu - MSPyBS

Dr. Marco Casartelli
Dra. Claudia Álvarez

Centro de Salud N° 9 - MSPyBS

Lic. Lilian Soledad Lezcano

Hospital General Barrio Obrero - MSPyBS

Lic. Gloria Sosa

Hospital General San Lorenzo - MSPyBS

Lic. Nadia Rufinelli

Hospital Nacional de Itaugua - MSPyBS

Dr. Wilian Albrecht
Lic. Obdulia Beatriz Aquino

Instituto de Previsión Social

Dr. Mauricio Acosta

Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo General.....	8
2.2 Objetivos Específicos	8
3. ALCANCE	8
4. MARCO CONCEPTUAL	8
5. EPIDEMIOLOGÍA	9
6. ETIOLOGÍA	10
6.1 Factores Genéticos	10
6.2 Factores Ambientales	10
7. PATOGENIA	11
8. COMORBILIDADES ASOCIADAS AL TEA	12
8.1 Epilepsia	12
8.2 Alteraciones del Sueño	12
8.3 Salud Mental	12
8.4 Patología Gastrointestinal	12
8.5 Problemas Odontológicos	13
8.6 Otras Dificultades Asociadas	13
9. SIGNOS Y SÍNTOMAS	14
10. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN.....	18
10.1. CLASIFICACIÓN DEL CIE 10 PARA TEA	18
10.2. CLASIFICACIÓN DEL DSM-V-TR PARA TEA	18
10.3. MANUAL DC 0-5	21
10.3.1 Trastorno del Espectro Autista	21
10.3.2 Trastorno Atípico Temprano del Espectro Autista. TEAAT	23
10.3.3 Trastornos del procesamiento sensorial	25
10.3.4 Trastorno de hipersensibilidad sensorial	26
10.3.5 Trastorno de hiposensibilidad sensorial	28
10.4 EVALUACIÓN EN LA EDAD ADULTA	29
10.5 EVALUACIÓN DE AUTISMO EN NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES	30
10.6 ABORDAJE DEL DIAGNÓSTICO CON LA FAMILIA	30
11. MANEJO DEL TEA	31
11.1 PSICOTERAPIA.	32
11.2 INTERVENCIONES MEDIADAS POR LAS FAMILIAS	33
11.3 PSICOFARMACOLOGÍA.	33
12. PROCESO DE ATENCIÓN EN LA RED SANITARIA EN TODAS LAS EDADES.	35
12.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	36
12.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	43
12.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	46
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN	50
ANEXOS	51

1. INTRODUCCIÓN

Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una afección del neurodesarrollo que se caracteriza por presentar alteraciones en la comunicación y en las interacciones sociales, junto a otras características, como comportamientos repetitivos, restringidos y estereotipados.¹

Se trata de un trastorno de alta prevalencia e incidencia, el cual ha sido subdiagnosticado en las últimas décadas. Sin embargo, las herramientas de las que se dispone en la actualidad y la investigación epidemiológica han hecho notar que este desorden es frecuente.²

Los avances científicos en todas las áreas implicadas, han contribuido a un resultado más optimista para las personas con trastorno del espectro autista (TEA). Estos avances han dado lugar a nuevos métodos de detección temprana y abordaje más eficaces. La prevención implica detectar a los niños pequeños en riesgo antes de que se presente el síndrome completo e implementar intervenciones diseñadas para alterar el curso del desarrollo temprano del comportamiento y del cerebro.³

En el Marco del Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT), se encuentran distribuidos dentro de los establecimientos de Salud los Servicios de Intervención Temprana (SIT), los cuales cumplen un rol importante en la detección temprana y la intervención oportuna y eficaz.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en su carácter de entidad rectora con el objetivo de garantizar el acceso a una atención en salud de calidad para todos crea el presente documento en cumplimiento de la Ley N° 6103/2018 que “crea el Programa Nacional de Atención Integral a los Trastornos del Espectro Autista (PNAITEA)”.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Proveer una herramienta para los profesionales de la salud con el fin de detectar e intervenir en forma temprana y eficaz en el TEA.

2.2 Objetivos Específicos

- Implementar estrategias para la detección temprana, abordaje y rehabilitación para las personas con diagnóstico de TEA.
- Proporcionar a los profesionales de la salud las herramientas para un buen control de crecimiento y desarrollo, con el fin de detectar anomalías aplicando el Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT) y fortaleciendo sus diferentes componentes.
- Promover el abordaje multidisciplinario intra e interinstitucional
- Establecer una ruta de atención que articule los diferentes niveles de atención

3. ALCANCE

Las medidas proporcionadas en este protocolo, serán de cumplimiento por todos los profesionales de la salud que prestan servicios en los diferentes establecimientos de salud de los diferentes niveles que conforman la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS), así como en los centros de referencia y en los cuidados de la familia.

4. MARCO CONCEPTUAL

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es un afección del neurodesarrollo que se caracteriza por *deficiencia social*: - por ejemplo: no responden a su nombre, no tienen contacto visual, no muestran interés-, *deficiencia en la comunicación*: -por ejemplo: no hablan, emiten sonidos repetitivos (ecolalia)-, *deficiencia en la comprensión del lenguaje*: -no comprenden el lenguaje hablado y no responden cuando se les habla, problemas en la entonación y control en la voz-, *deficiencia en la imaginación y conductas repetitivas*: actividades repetitivas simples o rutinas repetitivas elaboradas.

Existe una amplia variación individual en las trayectorias de desarrollo de los bebés/niños pequeños que desarrollan TEA. Tanto

las conductas socio comunicativas como las repetitivas y restrictivas pueden aparecer en el primer año de vida. Algunos niños pequeños muestran una pérdida o regresión marcada en las habilidades sociales, comunicativas y lingüísticas, mientras que otros muestran un patrón de aparición más gradual, que puede estar marcado por un fracaso en la adquisición de habilidades sociales apropiadas para su edad o por una desconexión gradual de la interacción social⁴.

La edad de inicio varía entre los 12 y los 36 meses. Sin embargo, los lactantes/niños pequeños sin retrasos en el desarrollo tienden a ser diagnosticados más tarde en la vida, en la etapa preescolar o más adelante, a medida que aumentan las exigencias de la interacción social⁴.

5. EPIDEMIOLOGÍA

Se trata de un trastorno que en las últimas décadas ha sido subdiagnosticado, sin embargo, actualmente se disponen de herramientas que han facilitado la detección en etapas más tempranas y han puesto de manifiesto su alta prevalencia e incidencia.

Según la OMS se calcula que, en todo el mundo, uno de cada 100 niños tiene autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), detectan actualmente 1 caso de autismo por cada 35 niños.⁵

Dado que los niños tienen aproximadamente 4 veces más probabilidades de verse afectados que las niñas, la prevalencia estimada para los niños es de 1 entre 42 y para las niñas es de 1 entre 189.⁴

6. ETIOLOGÍA

El TEA es considerado como una condición poligénica y multifactorial en la que cambios o variaciones genéticas de distintos tipos interactúan con factores ambientales, lo que resulta en fenotipos específicos.⁶

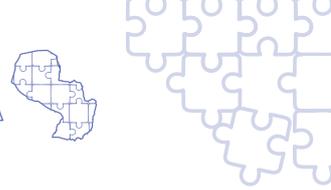
6.1 Factores Genéticos

Se han encontrado variaciones genéticas en más de 1000 genes, las cuales incluyen aneuploidías, variaciones en el número de copias (Copy Number Variations o CNV), inserciones, deleciones y variaciones de un solo nucleótido (Single Nucleotide Variations o SNV). Los resultados sobre exploraciones de genoma completo apoyan la hipótesis de que la persona debe de heredar, al menos, de 15 a 20 genes (heterogeneidad genética), que interactúan de manera sinérgica para expresar el fenotipo completo del autismo. De esos genes, unos actuarían en todos los casos y otros en distintas combinaciones que influyen en las variaciones familiares y en la gravedad o la expresión del fenotipo.

6.2 Factores Ambientales

Los factores ambientales asociados son múltiples, algunos factores están asociados con un aumento en el riesgo, cuya presencia no condiciona el TEA incluyen:

- Tener hermanos con trastornos del espectro autista.
- Mayor edad de los padres (>a 40 años) o padres con diferencia de edad mayor a 10 años.
- Tener un peso muy bajo al nacer o Bilirrubina alta de forma sostenida en neonatos.
- Amenaza de Parto prematuro, infecciones del grupo TORCH (Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes, otros: Sífilis) en los primeros meses de embarazo, el consumo durante la gestación de alcohol o la cocaína; o fármacos utilizados en el tratamiento de la epilepsia, como el ácido valproico o el empleo de ansiolíticos y antidepresivos, se han asociado a la causa etiológica del TEA.



7. PATOGENIA

Los diferentes orígenes y la variación en la expresión de este trastorno no permiten hablar de un mecanismo patogénico único y aceptable.

La consideración inicial es de carácter neuroanatómico en algunos casos, con irregularidades en el giro frontal inferior y el cíngulo, corteza órbito-frontal y la amígdala. Las funciones de estas estructuras se muestran alteradas, manifestándose clínicamente como características no exclusivas del autismo, pero sí demasiado frecuentes, como la alteración de la empatía, afectividad y cognición inadecuadas, falta de reconocimiento en expresiones faciales, corporales y emocionalidad de los otros, lo cual es fundamental para una comunicación y sociabilidad funcional⁷.

Dentro de las diferentes causas neurobiológicas del autismo se sugiere la presencia de alteraciones en la conectividad, tanto a nivel funcional como estructural. A nivel histopatológico, en la corteza cerebral del paciente afectado, se han encontrado disrupciones radiales y tangenciales en la organización fundamental de las neuronas y de la glía⁸. También se han identificado cambios en la densidad de las células, diferente orientación de las dendritas, un espacio reducido y diferente configuración de las microcolumnas de las neuronas, en ciertas partes del lóbulo frontal⁹, y una disminución selectiva del número de neuronas en el cerebro medio¹⁰. Estos cambios perdurables en el neurodesarrollo llevan a conformar un modelo de alteración conectiva, en el cual las funciones cerebrales presentan diferente grado de actividad¹¹.

8. COMORBILIDADES ASOCIADAS AL TEA

8.1 Epilepsia

Mientras solo el 1% de la población en general tiene epilepsia, en las personas con TEA, el porcentaje asciende al 20-40%. Hay dos picos de inicio de epilepsia en la población autista: uno antes de los 5 años de edad y otro en la adolescencia. Los factores de riesgo para la aparición de convulsiones en la población autista son la discapacidad intelectual severa, déficits motores, presencia de un trastorno etiológico orgánico asociado e historia familiar de epilepsia. Las crisis parciales complejas con afectación focal de los lóbulos temporales son las que con mayor frecuencia se presentan en el trastorno autista.

8.2 Alteraciones del Sueño

La prevalencia de trastornos del sueño en niños con autismo es de 44-83%. Los problemas de sueño más frecuentes incluyen dificultad para quedarse dormido, sueño inquieto, no dormirse en la propia cama, frecuentes despertares nocturnos, despertar precoz y disminución de la cantidad total de sueño. Otras alteraciones del sueño menos frecuentes, son sonambulismo, dolores de cabeza matutinos, llanto durante el sueño, apnea y pesadillas.

8.3 Salud Mental

Se pueden presentar múltiples trastornos de salud mental tales como: trastorno del estado de ánimo (depresión), ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo-compulsivo, cambios afectivos periódicos, alteraciones de la conducta alimentaria, Síndrome de Tourette, trastornos psicóticos. El TDAH puede estar presente hasta en el 50% de los pacientes con TEA.

8.4 Patología Gastrointestinal

Existe una amplia asociación de patologías gastrointestinales. A citar dolor abdominal crónico, constipación, diarrea crónica, reflujo gastroesofágico, vómitos.

8.5 Problemas Odontológicos

Las caries e infecciones dentales se detectan de forma tardía, por el frecuente aumento del umbral de dolor que padecen o bien por sus dificultades para acceder a la consulta dental. Otras como sensibilidad y gingivitis suelen estar asociados a selectividad alimentaria.

8.6 Otras Dificultades Asociadas

8.6.1 Aspectos ginecológicos: Hirsutismo, síndrome de ovario poliquístico, dismenorrea, alteraciones del ciclo menstrual y acné, la percepción particular de la menstruación fisiológica debe ser abordada desde el acompañamiento y apoyo dentro de los TEA.

8.6.2 Otorrinolaringología: Las infecciones son más frecuentes en niños con TEA y la frecuencia aumenta cuanto mayor es la necesidad de apoyo del niño. Los trastornos del lenguaje asociados a los TEA deben ser evaluados exhaustivamente para descartar la organicidad.

8.6.3 Oftalmología: Las más frecuentes son estrabismo, dificultad con movimientos oculares de búsqueda voluntaria y Nistagmus Optocinético., así como cualquier otra disfunción oftalmológica que pueda explicar algún contacto visual alterado en la interacción del niño con su entorno.

8.6.4 Dermatología: Eccemas, lesiones de rascado o secundarias a comportamientos autolesivos como mordiscos o pellizcos, así como cualquier comportamiento de rechazo marcado asociado a contacto o texturas en particular debería ser analizado en el contexto de una buena salud dermatológica.

8.6.5 Ortopedia y Traumatología: Secundarios a alteraciones de la marcha, alteraciones posturales, pies planos, la escoliosis y cifosis, y alteraciones de la rotación en miembros inferiores, destacando anomalías en la rotación del fémur y fracturas, hiperlaxitud.

8.6.6 Aspecto Nutricional: Selectividad alimentaria (bien sea por factores alérgicos, intolerantes o simplemente por inflexibilidad), lo que puede suponer que lleven dietas muy desequilibradas. La mayor gravedad del TEA también se correlaciona con mayores niveles de sobrepeso y obesidad.

9. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las personas con TEA tienen una presentación clínica diversa, por ejemplo, algunos evitan el contacto social, otros pueden ser sociables e intrusivos, algunos evitan el contacto visual, prefieren jugar solos, son inexpresivos o tienen expresiones faciales inapropiadas, no entienden los límites en el espacio personal, evitan o rechazan el contacto físico.

Otra característica importante en las personas con TEA, es que tienen conductas e intereses poco comunes como: colocar juguetes u otros objetos en línea, jugar con los juguetes de la misma manera todo el tiempo, interesarse por las partes de los objetos; generalmente son muy organizados, se irritan con cambios mínimos, tienen intereses que pueden considerarse obsesivos, siguen rutinas, hacen movimientos repetitivos, estereotipias. De manera asociada, algunos niños pueden presentar otros síntomas como: hiperactividad, impulsividad, agresividad con otros y autoagresión, rabietas, reacciones emocionales inusuales.^{12,13} Así mismo pueden presentar una discapacidad intelectual grave y otros sin embargo un CI muy por encima de la inteligencia promedio. Es importante realizar la evaluación del neurodesarrollo a los 9, 18 y 30 meses para todos los niños y una evaluación más minuciosa para pesquisa de TEA a los 18 y 24 meses.

Se describen signos de alarma para sospechar alteración del desarrollo (Cuadro 1) así también se han descrito signos de alarma que pueden identificarse en niños que de manera temprana que pueden tener TEA (cuadro 2)

Cuadro 1. Signos de alarma de alteración del Desarrollo

EDAD	ALARMA
6 MESES	No trata de agarrar cosas que están a su alcance, no mira a la madre durante la lactancia No demuestra afecto por quienes le cuidan No reacciona ante los sonidos a su alrededor Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”) No rota en ninguna dirección para darse vuelta No se ríe ni hace sonidos de placer al ser estimulado por sus cuidadores frecuentes Se ve rígido y con los músculos tensos Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo

Fuente: Center for Disease Control and Prevention (CDC)



Cuadro 1. Signos de alarma de alteración del Desarrollo

EDAD	ALARMA
12 MESES	<p>No gatea No puede permanecer de pie con ayuda No busca un objeto que se le esconde. No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá” No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza No señala cosas Pierde habilidades que había adquirido</p>
18 MESES	<p>No señala cosas para mostrárselas a otras personas No puede caminar solo No sabe para qué sirven las cosas familiares No imita lo que hacen las demás personas No aprende nuevas palabras No sabe por lo menos 6 palabras No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa Pierde habilidades que había adquirido</p>
2 AÑOS	<p>No usa frases de dos palabras (por ejemplo: " chau perro", “viene papá”) No conoce el uso de objetos cotidianos (ej: un cepillo, el teléfono, el tenedor, o la cuchara) No imita acciones o palabras No sigue instrucciones simples Pierde el equilibrio con frecuencia Pierde habilidades que había adquirido</p>
3 AÑOS	<p>Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras Babea mucho o no se le entiende cuando habla No sabe utilizar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija) No usa oraciones para hablar No entiende instrucciones sencillas No imita ni usa la imaginación en sus juegos</p>
4 AÑOS	<p>No salta en un solo pie No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia, rechaza vestirse, dificultades para dormir o usar el baño No puede relatar su cuento favorito No sigue instrucciones de 3 acciones o comandos No entiende lo que quieren decir “igual” y “diferente” No usa correctamente las palabras “yo” y “tú” No habla claro Pierde habilidades que había adquirido</p>

Fuente: Center for Disease Control and Prevention (CDC)

Cuadro 1. Signos de alarma de alteración del Desarrollo

EDAD	ALARMA
<p>5 A 11 AÑOS DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN, SOCIALES Y DE INTERESES, ACTIVIDADES y/o COMPORTAMIENTOS</p>	<p>Anormalidades en el desarrollo del lenguaje, incluyendo el mutismo Prosodia atípica o inapropiada Ecolalia persistente Hablar en tercera persona, cuando se refiere a sí mismo (Referencia a sí mismo como "ella" o "él" más allá de los tres años) Vocabulario inusual o elevado respecto al grupo de niños de su edad. Uso limitado del lenguaje para la comunicación y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre temas específicos Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo) Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales) Fácilmente abrumado por la estimulación social y otros estímulos Fracaso para relacionarse normalmente con los adultos (demasiado intenso / no establece relación) Muestra reacciones extremas a la invasión del espacio personal y resistencia si lo apresuran Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo) Falta de juego imaginativo, cooperativo y flexible. Incapacidad para hacer frente a cambios o situaciones no estructuradas que otros niños disfrutaban (viajes escolares, que los maestros se alejen, etc)</p>
<p>Mayores 12 años Cuadro General</p>	<p>Dificultades permanentes en los comportamientos sociales, la comunicación y para hacer frente al cambio, que son más evidentes en los momentos de transición (por ejemplo, cambio de colegio, terminar el colegio). Discrepancia significativa entre la capacidad académica y la inteligencia "social". La mayoría de las dificultades se presentan en situaciones sociales no estructuradas, por ejemplo, en los descansos de la escuela o trabajo. Socialmente 'ingenuo', falta el sentido común, menos independiente que sus compañeros.</p>

Fuente: Center for Disease Control and Prevention (CDC)



Cuadro 1. Signos de alarma de alteración del Desarrollo

EDAD	ALARMA
<p>Mayores 12 años El lenguaje y comunicación social, rigidez en el pensamiento y comportamiento</p>	<p>Problemas con la comunicación, a pesar de tener un vocabulario amplio y un uso apropiado de la gramática.</p> <p>Puede ser excesivamente callado, puede hablar a otros en lugar de mantener una conversación, o puede proporcionar información excesiva sobre sus temas de interés.</p> <p>Incapaces de adaptar su estilo de comunicación a situaciones sociales. Por ejemplo, puede parecer un profesor (demasiado formal), o ser inapropiadamente familiar.</p> <p>Pueden tener peculiaridades del habla incluyendo, entonación "plana", uso de frases estereotipadas, ser repetitivo</p> <p>Puede tomar las cosas literalmente y no entender el sarcasmo o la metáfora.</p> <p>Uso inusual de la interacción no verbal (por ejemplo, el contacto visual, los gestos y la expresión facial).</p> <p>Dificultad para hacer y mantener amistades con sus pares, puede encontrar más fácil mantener amistad con los adultos o los niños más pequeños. Parecer desconocer o mostrarse desinteresado en 'normas' del grupo de pares.</p> <p>Preferencia por los intereses específicos, o puede disfrutar de colecciones, numeración o listas.</p> <p>Pueden tener reacciones inusuales a estímulos sensoriales, por ejemplo, sonidos, sabores,</p>

Fuente: Center for Disease Control and Prevention (CDC)

Cuadro 2. Signos de Alarma específicos para TEA

- No reacciona cuando la llaman por su nombre.
- No señala objetos para mostrar su interés
- No realiza juegos simbólicos
- Evita el contacto visual y prefiere estar solo
- Tiene dificultad para comprender los sentimientos de otras personas o para expresar sus propios sentimientos
- Retrasos en el desarrollo del habla y el lenguaje
- Repite palabras o frases una y otra vez (ecolalia)
- Contesta cosas que no tienen que ver con las preguntas
- Le irritan los cambios mínimos
- Tiene intereses repetitivos o restringidos
- Reacciones inesperadas a estímulos sensoriales

10. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Los criterios diagnósticos utilizados para el TEA en bebés/niños pequeños son los mismos que los utilizados para diagnosticar el TEA en niños más grandes, adolescentes y adultos. Sin embargo, las manifestaciones específicas en el comportamiento de los síntomas socio comunicativas son diferentes porque los lactantes/niños pequeños tienen habilidades socio comunicativas y de relación interpersonal más limitadas.⁴

Se cuenta con la clasificación CIE-10 (OMS) y/o DSM-V TR (American Psychiatric Association) para estos trastornos. También se cuenta con la clasificación diagnóstica de la salud mental y trastornos del desarrollo de la infancia temprana (DC: 0-5).

Observación: En la Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud mental (CIE) en su última actualización en el 2018 establece una clasificación más actualizada, la CIE-11 (anexo 1) que reemplaza a la anterior clasificación. El sistema informático Hospitalario (HIS) actualmente cuenta con el Registro CIE-10

10.1. CLASIFICACIÓN DEL CIE 10 PARA TEA

EDAD	ALARMA
CIE 10: F84.0	Autismo en la niñez
CIE 10: F84.1	Autismo atípico
CIE 10: F84.2	Síndrome de rett
CIE 10: F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
CIE 10: F84.4	Trastorno hiperkinético con trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados
CIE 10: F84.5	Síndrome de Asperger
CIE 10: F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo
CIE 10: F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

10.2. CLASIFICACIÓN DEL DSM-V-TR PARA TEA

La última versión de la clasificación internacional de trastornos mentales más importantes, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V-TR) reconoce estos progresos e incluye



el Autismo dentro de los trastornos del neurodesarrollo, alejándose de la antigua conceptualización de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). El DSM V también clasifica según Niveles de Severidad del Trastorno del Espectro Autista.

Clasificación DSM -V-TR

A	Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por los siguientes síntomas, actuales o pasados:	
	A.1	Déficit en la reciprocidad socioemocional: Acercamiento social anormal. Fracaso en la conversación normal en ambos sentidos. Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos. Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
	A.2	Déficit en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social: Comunicación verbal y no verbal poco integrada. Anormalidad en el contacto visual y del lenguaje corporal. Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos. Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal
	A.3	Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones: Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales. Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos. Ausencia de interés por las otras personas.
B	Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos).	
	B.1	Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva: Estereotipias motrices simples. Alineación de juguetes. Cambio de lugar de los objetos. Ecolalia. Frasas idiosincráticas
	B.2	Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere, por ejemplo: Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales. Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes.
	B.3	Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere, por ejemplo: Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales. Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes.
	B.4	Híper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos)

C	Los síntomas del autismo tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasan sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.
D	Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.
E	Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de Trastorno del Espectro de Autismo (TEA). Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática). Especificar si:

- Se acompaña o no de discapacidad intelectual.
- Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.
- Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido (Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición médica o genética).
- Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación: use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado).
- Con catatonía (hacer referencia a los criterios de catatonía asociada con otro trastorno mental) (Nota de codificación: use el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada con trastorno del espectro de autismo para indicar la presencia de catatonía comórbida).



Niveles de Severidad del Trastorno del Espectro Autista.

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 3 Necesita ayuda muy notable	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Nivel 2 Necesita ayuda notable	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Nivel 1 Necesita ayuda	Sin apoyo in situ, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

Fuente: American Psychiatric Association, 2014. (DSM5)

10.3. MANUAL DC 0-5

Clasificación diagnóstica sobre la salud mental y los trastornos del desarrollo en la primera infancia de 0 a 5 años de edad.⁴

10.3.1 Trastorno del Espectro Autista

Trastorno del espectro autista

Deben cumplirse todos los criterios que se mencionan a continuación

A	<p>Deben estar presentes los siguientes 3 síntomas de comunicación social:</p>
	<p>1</p> <p>Respuesta Socioemocional, atención social sostenida y reciprocidad social limitada o atípica, que se demuestra en al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Acercamiento social atípico. Habilidad reducida o limitada de participar en juegos o actividades sociales recíprocos que requieren turnos (¿por ejemplo, esconderse o Donde esta? Koreko gua). Habilidad reducida o limitada para iniciar una atención conjunta para compartir intereses o emociones o para buscar información sobre objetos de interés en el entorno. Respuestas poco frecuentes o restringidas a la interacción social. Inicio raro o restringido de interacción social o falta de interacción social.
	<p>2</p> <p>Déficits en los comportamientos socio comunicativos no verbales evidenciados por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de Integración o integración restringida de comportamientos verbales y no verbales Contacto visual atípico y alejamiento de los demás en contextos sociales. Dificultades para comprender o utilizar la comunicación no verbal (p. ej., gestos). Gama restringida de expresiones faciales y comunicación no verbal limitada.
<p>3</p> <p>Dificultades en la interacción con los pares evidenciadas por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Problemas para adaptar el comportamiento y adaptarse a diversas demandas sociales en contextos sociales. Dificultades para interactuar en juegos de roles o de simulación- (juego simbólico) o juegos imaginativos espontáneos. Interés limitado o falta de interés en los pares y en jugar con otros bebés/niños pequeños. 	
B	<p>Los síntomas del criterio “A” no se explican mejor por un deterioro sensorial “p. ej., visión, audición u otro déficit sensorial importante”.</p>
C	<p>Deben estar presentes dos de los siguientes comportamientos repetitivos y restrictivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Balbuceo o habla, movimientos motores o uso de objetos y juguetes estereotipados o repetitivos. Mantiene rutinas rígidas con excesiva resistencia al cambio; exige invariabilidad y muestra angustia en respuesta al cambio o transición; o uso ritualizado de frases verbales o comportamientos no verbales estereotipados, extraños o idiosincráticos. Intereses altamente limitados, específicos o inusuales que se manifiestan en una fijación extrema o atípica en un elemento o tema de interés. Respuesta atípica a estímulos sensoriales (ya sea respuesta excesiva o escasa) o actividades inusuales con los aspectos sensoriales del entorno (p. ej., lamer una alfombra).



Trastorno del espectro autista	
Deben cumplirse todos los criterios que se mencionan a continuación	
D	<p>Los síntomas del trastorno, o las adaptaciones de los cuidadores en respuesta a los síntomas, afectan significativamente el funcionamiento del bebé/niño pequeño y de la familia en una o más de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le causan angustia al bebé/niño pequeño 2. Interfieren en las relaciones del bebé/niño pequeño 3. Limitan la participación del bebé/niño pequeño en las actividades o rutinas esperadas para su nivel de desarrollo 4. Limitan la participación de la familia en actividades o rutinas cotidianas; o 5. Limitan la capacidad del bebé/niño pequeño para aprender y desarrollar habilidades nuevas o interfieren con el avance de su desarrollo.
Duración	No hay criterios de duración para la presencia de síntomas.
Especificar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con o sin retraso global del desarrollo 2. Con o sin retraso del lenguaje 3. Asociado con una condición genética o factor ambiental conocido. 4. Asociado con anomalías del procesamiento sensorial. <p>Nota: Los bebés/niños pequeños que presenten regresión inexplicable o un aumento abrupto de comportamientos restrictivos y repetitivos deben recibir una evaluación médica integral. Los bebés/niños pequeños de menos de 30 meses de edad para los cuales existen marcadas preocupaciones en su comportamiento social, pero cuyos síntomas no cumplen con los criterios de TEA, deben ser evaluados para determinar si tienen un trastorno temprano atípico del espectro autista</p>
Curso	Se ha descubierto que los diagnósticos de TEA realizados antes de los 3 años son significativamente estables con el tiempo, aunque la estabilidad aumenta cuando los diagnósticos se realizan después de los 4 años

10.3.2 Trastorno Atípico Temprano del Espectro Autista. TEAAT

Trastorno atípico temprano del espectro autista. TEAAT			
Deben cumplirse al menos dos criterios socio-comunicativos y un criterio de conducta repetitiva y restrictiva, así como el criterio de deterioro.			
	Dos de los siguientes tres síntomas de comunicación social deben estar presentes:		
A	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">1</td> <td> <p>Respuesta socioemocional, atención social sostenida y reciprocidad social atípica o limitada, evidenciada por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Acercamiento social atípico. b. Capacidad reducida o limitada para participar en juegos o actividades sociales recíprocos que requieren turnarse (por ejemplo, “coreco gua”). c. Capacidad reducida o limitada para iniciar la atención conjunta a intereses o emociones compartidos o para buscar información sobre objetos de interés en el entorno. d. Respuestas infrecuentes o restringidas a la interacción social o iniciación infrecuente, restringida y falta de interacción social. e. Iniciación de la interacción social rara y restringida o ausente </td> </tr> </table>	1	<p>Respuesta socioemocional, atención social sostenida y reciprocidad social atípica o limitada, evidenciada por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Acercamiento social atípico. b. Capacidad reducida o limitada para participar en juegos o actividades sociales recíprocos que requieren turnarse (por ejemplo, “coreco gua”). c. Capacidad reducida o limitada para iniciar la atención conjunta a intereses o emociones compartidos o para buscar información sobre objetos de interés en el entorno. d. Respuestas infrecuentes o restringidas a la interacción social o iniciación infrecuente, restringida y falta de interacción social. e. Iniciación de la interacción social rara y restringida o ausente
1	<p>Respuesta socioemocional, atención social sostenida y reciprocidad social atípica o limitada, evidenciada por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Acercamiento social atípico. b. Capacidad reducida o limitada para participar en juegos o actividades sociales recíprocos que requieren turnarse (por ejemplo, “coreco gua”). c. Capacidad reducida o limitada para iniciar la atención conjunta a intereses o emociones compartidos o para buscar información sobre objetos de interés en el entorno. d. Respuestas infrecuentes o restringidas a la interacción social o iniciación infrecuente, restringida y falta de interacción social. e. Iniciación de la interacción social rara y restringida o ausente 		

Trastorno atípico temprano del espectro autista. TEAAT

Deben cumplirse al menos dos criterios socio-comunicativos y un criterio de conducta repetitiva y restrictiva, así como el criterio de deterioro.

A	<p>Dos de los siguientes tres síntomas de comunicación social deben estar presentes:</p>
	<p>2</p> <p>Déficits en comportamientos de comunicación social no verbal evidenciados por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de integración o integración restringida de conductas no verbales y verbales. Uso atípico del contacto visual y/o de apartar la mirada o de darse vuelta para no ver a los demás en contextos sociales. Dificultades para comprender o utilizar la comunicación no verbal (por ejemplo, gestos). Gama restringida de expresiones faciales y comunicación no verbal limitada.
	<p>3</p> <p>Dificultades de interacción con los compañeros, evidenciadas por al menos uno de los siguientes factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> Problemas para adaptar el comportamiento a las distintas demandas sociales en distintos contextos sociales. Dificultades para participar en juegos espontáneos de simulación o imaginación. Interés ausente o limitado en pares y en jugar con bebés/niños pequeños.
B	<p>Los síntomas del criterio “A” no se explican mejor por una deficiencia sensorial (por ejemplo, visión, audición u otro déficit sensorial importante). El lactante/niño pequeño no cumple los criterios del TEA.</p>
C	<p>Uno de los siguientes cuatro comportamientos repetitivos y restrictivos debe estar presente:</p> <ol style="list-style-type: none"> Balbuceo o habla, movimientos motores o uso de objetos y juguetes estereotipados o repetitivos. Mantenimiento rígido de rutinas con resistencia excesiva al cambio; demanda invariabilidad y muestra angustia en respuesta a cambios o transiciones; o uso ritualizado de frases verbales o comportamientos no verbales estereotipados, extraños o idiosincrásicos. Intereses altamente limitados, específicos o inusuales que se manifiestan en una fijación extrema o atípica con un objeto o tema de interés. Respuesta atípica a estímulos sensoriales (excesiva o insuficiente) o compromiso inusual con aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo, lamer la alfombra)
D	<p>Los síntomas del trastorno, o las adaptaciones del cuidador en respuesta a los síntomas, afectan significativamente al funcionamiento del bebé/niño pequeño y de la familia en uno o más de los siguientes aspectos:</p> <p>Causan angustia al lactante/niño pequeño</p> <ol style="list-style-type: none"> Interfieren en las relaciones del lactante/niño pequeño Limitan la participación del lactante/niño pequeño en actividades o rutinas esperadas desde el punto de vista del desarrollo Limitan la participación de la familia en actividades o rutinas cotidianas; o Limitar la capacidad del bebé/niño pequeño para aprender y desarrollar nuevas habilidades o interferir en el progreso de su desarrollo.
Duración	<p>No hay criterios de duración para la presencia de síntomas.</p>



Trastorno atípico temprano del espectro autista. TEAAT

Deben cumplirse al menos dos criterios socio-comunicativos y un criterio de conducta repetitiva y restrictiva, así como el criterio de deterioro.

Especificar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con o sin retraso global del desarrollo 2. Con o sin retraso del lenguaje 3. Asociado a una condición genética o factor ambiental conocido 4. Asociado a anomalías del procesamiento sensorial <p>Nota: Los lactantes/niños pequeños que muestran una regresión inexplicable o un aumento brusco de conductas restrictivas y repetitivas deben recibir una evaluación médica exhaustiva.</p>
Curso	Se desconoce la evolución del TEAAT. Los bebés de tan sólo 12 meses que manifiestan múltiples síntomas socio comunicativos y restrictivos/repetitivos tienen un mayor riesgo de desarrollar TEA, pero no se ha delineado el curso del TEAAT

10.3.3 Trastornos del procesamiento sensorial

Los trastornos del procesamiento sensorial se diagnostican cuando el bebe/niño pequeño presenta comportamientos que se consideran que reflejan anomalías en la regulación de la estimulación sensorial. Los comportamientos causan angustia o perjudican el funcionamiento del bebe/niño pequeño en las actividades diarias. Los trastornos del procesamiento sensorial afectan a los individuos durante toda la infancia y la primera niñez, y hay evidencias de que estos problemas son estables en los primeros años de vida.

Actualmente, hay una cantidad considerable de evidencia empírica de que algunos bebés/niños pequeños experimentan reacciones clínicamente significativas y disfuncionales a los estímulos sensoriales que son independientes de otras condiciones psicopatológicas y del neurodesarrollo. Estas respuestas pueden caracterizarse por un exceso de sensibilidad o hipersensibilidad (p. ej., una reacción de magnitud intensa, una reacción de latencia más rápida y habituación o recuperación más lenta de la reacción a los estímulos sensoriales), falta de sensibilidad o hiposensibilidad (p. ej., reacción de magnitud reducida o latencia más lenta de la reacción a los estímulos sensoriales) o respuestas atípicas a estímulos que pueden caracterizarse por una exploración sensorial extensa o prolongada de estímulos que generalmente no se observan (p. ej., lamer paredes o picaportes). Las anomalías sensoriales deben producirse en más de un contexto (por ejemplo, en la casa, en la guardería, en entornos comunitarios) y pueden afectar a uno o más dominios sensoriales (por ejemplo, táctil, visual, auditivo, vestibular, olfativo, gustativo, el sentido de la posición de las articulaciones o la presión sobre los músculos [sensación propioceptiva] y las sensaciones de los órganos internos [intercepción]). La incapacidad

para procesar o reaccionar a la información sensorial de una manera adecuada para la edad se asocia con deterioros para él bebe/niño pequeño y su familia.

Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno del Espectro Autista o Trastorno por Estrés Postraumático) pero puede producirse en forma conjunta con otros trastornos mentales (con la excepción del Trastorno del Espectro Autista porque la reacción sensorial atípica es ahora un criterio de comportamiento repetitivo y restringido).

Si se realiza el diagnóstico de TEA ya no es necesario el Diagnóstico del Trastorno del Procesamiento Sensorial.

10.3.4 Trastorno de hipersensibilidad sensorial

La característica central del Trastorno de hipersensibilidad Sensorial es un patrón persistente de respuestas exageradas, intensas o prolongadas a estímulos sensoriales que son más graves, frecuentes o duraderas de lo que se observa típicamente en personas de la misma edad y nivel de desarrollo. La hipersensibilidad sensorial se produce en más de un contexto (por ejemplo, el hogar, la guardería/preescolar, la comunidad) y puede afectar a uno o más dominios sensoriales (por ejemplo, el tacto, el sonido, la vista, el gusto, el olfato, el movimiento en el espacio [sensación vestibular], el sentido de la posición de las articulaciones o la presión sobre los músculos [sensación propioceptiva] y las sensaciones de los órganos internos [interocepción]). Si bien existen diferencias individuales en la sensibilidad sensorial, se define como un trastorno cuando existen pruebas de que la hipersensibilidad sensorial produce angustia significativa o genera un deterioro en él bebe/niño pequeño o su familia. Los síntomas de hipersensibilidad sensorial observados no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno del Espectro Autista [TEA] o Trastorno por Estrés Postraumático [TEPT]), pero pueden coexistir con otros trastornos mentales.

El criterio central del Trastorno de Hipersensibilidad Sensorial es un patrón constante y persistente de reacciones exageradas, intensas o prolongadas a estímulos sensoriales que es más grave, frecuente o duradero de lo que se observa típicamente en personas de la misma edad y nivel de desarrollo. La hipersensibilidad sensorial se produce en más de un contexto (por ejemplo, el hogar, la guardería/preescolar,



entornos comunitarios) y puede afectar a uno o más dominios sensoriales (por ejemplo, el tacto, el sonido, la visión, el gusto, el olfato, el movimiento a través del espacio [sensación vestibular], el sentido de la posición de las articulaciones o la presión sobre los músculos [sensación propioceptiva] y las sensaciones de los órganos internos [interocepción]).

Si se Realiza el Diagnóstico de TEA ya no es necesario el Diagnóstico del Trastorno del Procesamiento Sensorial

Trastorno de hipersensibilidad sensorial
Deben cumplirse todos los criterios siguientes.

A	<p>El bebé/niño pequeño presenta un patrón persistente y generalizado de hipersensibilidad sensorial que involucra reacciones intensas y negativas a uno o más tipos de estímulos sensoriales de rutina (incluyendo táctiles, visuales, auditivos, vestibulares, olfativos, gustativos, propioceptivos o interoceptivos) en más de un contexto (por ejemplo, en casa, en la guardería, en el patio de recreo) y con diferentes cuidadores (si el bebé/niño pequeño tiene más de un cuidador). La intensidad o duración de la reacción es desproporcionada en relación con la intensidad del estímulo. Debe estar presente uno de los criterios 1 ó 2 siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El niño pequeño presenta un patrón persistente de reacciones emocionales o de comportamiento cuando es expuesto a estímulos que despiertan la sensación. La intensidad de la reacción y duración de la reacción son desproporcionadas en relación con la intensidad del estímulo. 2. El bebé/niño pequeño de manera predictiva trata de evitar el contacto con los estímulos sensoriales de rutina que le resultan aversivos.
B	<p>El bebé/niño pequeño no cumple los criterios del TEA. Los síntomas no se explican mejor por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.</p>
C	<p>Los síntomas del trastorno, o las adaptaciones del cuidador en respuesta a los síntomas, afectan significativamente al funcionamiento del bebé/niño pequeño y de la familia de una o más de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le causan angustia al bebe/niño pequeño 2. Interfieren en las relaciones del bebe/niño pequeño 3. Limitan la participación del bebe/niño pequeño en actividades o rutinas esperables para su nivel de desarrollo 4. Limitan la participación de la familia en actividades o rutinas cotidianas; o 5. Limitan la capacidad del lactante/niño pequeño para aprender y desarrollar nuevas habilidades nuevas o interfieren con el avance de su desarrollo.
Duración	<p>El patrón de hipersensibilidad sensorial está presente durante al menos 3 meses.</p>
Edad	<p>El bebé/ niño pequeño debe tener al menos 6 meses.</p>

10.3.5 Trastorno de hiposensibilidad sensorial

La característica central del trastorno de hiposensibilidad sensorial es un patrón persistente de reacciones silenciosas, mínimas, neutras o extremadamente breves a estímulos sensoriales que no son consistentes o coherentes con las expectativas de desarrollo. La hiposensibilidad sensorial se produce en más de un contexto (p. ej., hogar, guardería/preescolar, entornos comunitarios) y puede involucrar uno o más dominios sensoriales (p. ej., táctil, sonoro, visual, gustativo, olfativo, movimiento a través del espacio [vestibular]). sensación], el sentido de la posición de las articulaciones o la presión sobre los músculos [sensación propioceptiva] y las sensaciones de los órganos internos [interocepción]). Dado que existen diferencias individuales en la sensibilidad sensorial, los comportamientos de hiposensibilidad sensorial se definen como un trastorno cuando hay evidencia clara de que la hiposensibilidad sensorial causa angustia significativa o genera un deterioro para el bebé/niño pequeño o su familia. Los síntomas hiposensibilidad sensorial observados no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno por déficit de atención e hiperactividad [TDAH] de tipo inatento, depresión, trastorno del espectro autista [TEA]), pero pueden producirse en forma conjunta con otros trastornos mentales distintos del TEA.

El criterio central del trastorno de hiposensibilidad sensorial es un patrón constante y persistente de reacciones silenciosas, mínimas o extremadamente breves a estímulos sensoriales que es mucho menos intenso, frecuente o duradero de lo que se observa típicamente en personas de la misma edad y nivel de desarrollo. La hiposensibilidad sensorial se produce en más de un contexto (p. ej., hogar, guardería/preescolar, entornos comunitarios) y puede involucrar uno o más dominios sensoriales (p. ej., táctil, sonoro, visual, gustativo, olfativo, movimiento a través del espacio [vestibular]). sensación], el sentido de la posición de las articulaciones o la presión sobre los músculos [sensación propioceptiva] y las sensaciones de los órganos internos [interocepción]). Por ejemplo, el bebé/niño pequeño puede no sentir dolor incluso cuando una caída le produce sangrado o puede no notar un televisor encendido a un volumen muy alto.

Si se realiza el diagnóstico de TEA ya no es necesario el Diagnóstico del Trastorno del Procesamiento Sensorial



Trastorno de hiposensibilidad sensorial

Deben cumplirse todos los criterios siguientes.

A	<p>El bebé/niño pequeño presenta un patrón persistente y generalizado de hipersensibilidad sensorial que involucra reacciones silenciosas o neutras a uno o más tipos de estímulos sensoriales intensos (incluidos los táctiles, visuales, auditivos, vestibulares, olfativos o gustativos) en más de un contexto (por ejemplo, hogar, guardería/escuela, patio de juegos) y con diferentes cuidadores (si el bebé/niño pequeño tiene más de un cuidador). La intensidad mínima de la reacción o la latencia para iniciar una reacción es desproporcionada para la intensidad del estímulo. Deben estar presentes uno de los criterios 1 o 2 siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El bebé/niño pequeño presenta reacciones silenciosas emocionales o de comportamiento cuando es expuesto a estímulos intensos que se espera que evoquen una reacción sensorial fuerte o al menos moderada. La intensidad mínima de la reacción, la latencia prolongada para reaccionar y la duración breve de la reacción son desproporcionadas para la intensidad del estímulo. 2. El bebé o niño pequeño no reacciona en forma predecible a estímulos sensoriales de rutina que se esperaría que generen una fuerte reacción positiva o aversiva (incluso cuando la falta de reacción puede estar asociada con una lesión).
B	<p>Los síntomas del trastorno, o las adaptaciones del cuidador en respuesta a los síntomas, afectan significativamente el funcionamiento del bebé/niño pequeño y de la familia de una o más de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le causa angustia al bebé/niño pequeño 2. Interfieren en las relaciones del bebé/niño pequeño 3. Limitan la participación del bebé/niño pequeño en las actividades o las rutinas esperables para su nivel de desarrollo 4. Limitan la participación de la familia en actividades o rutinas cotidianas; o 5. Limitan la capacidad del bebé/niño pequeño para aprender y desarrollar habilidades nuevas o interfieren con el avance de su desarrollo.
Duración	El patrón de falta de respuesta sensorial está presente durante al menos 3 meses.
Edad	El bebé/niño pequeño debe tener al menos 6 meses.

10.4 Evaluación en la edad adulta

La transición a la vida adulta es crucial para las personas con TEA, por lo que existe la necesidad de diseñar servicios para jóvenes y adultos, haciendo foco en la calidad de vida, la promoción de oportunidades, los apoyos centrados en las personas y las posibilidades de desarrollo de una vida independiente, todo esto sin olvidar el aspecto psicoeducativo permanente de la familia y la comunidad en general.

Las personas con autismo y discapacidad intelectual, en general, tienen una más pobre evolución y solo un muy pequeño número de este grupo desarrollan una vida independiente,¹⁴ mientras que las personas con alto funcionamiento tienen una mejor inserción social

y laboral, probablemente relacionado a un mejor nivel intelectual y habilidades verbales.¹⁴

La evaluación de personas adultas con indicadores de TEA, debe realizarse de manera multidisciplinaria, con análisis retrospectivo de los indicadores del neurodesarrollo que se ajusten a los criterios de diagnóstico actualizados y considerando el impacto de las concurrencias que se superponen en la clínica y el desempeño de la persona en su vida actual.

10.5 Evaluación de autismo en niñas, adolescentes y mujeres

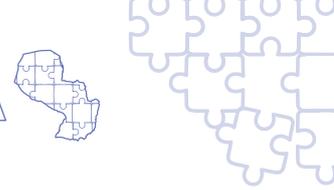
Muchas niñas y mujeres que cumplen criterios clínicos de TEA no son diagnosticadas. Se cree que esto puede ser debido a que muchas veces las dificultades presentes pasan desapercibidas o son etiquetadas de manera diferente.¹⁷ Esto hace, además, que aquellas niñas y mujeres que reciben el diagnóstico lo hagan de manera más tardía que los varones¹⁸ con las implicaciones negativas que podrían derivar de ello.¹⁷

Se describe entre las niñas y mujeres adultas con TEA el llamado enmascaramiento (masking) de los signos y pueden presentar dificultades más sutiles, llegando a ser tomadas por tímidas o inhibidas.

Existen entrevistas y pruebas estructuradas, pero es importante el juicio diagnóstico de un profesional actualizado sobre la distinta presentación del autismo en el género femenino. Las pruebas administradas para el diagnóstico del autismo en mujeres adultas están relacionadas con la observación, la entrevista personal y a familiares, pruebas de inteligencia, empatía, habilidades sociales, ansiedad y pruebas relacionadas con los problemas sensoriales.

10.6 Abordaje del diagnóstico con la familia

Cualquier diagnóstico de salud provoca un impacto, de variable intensidad, en el contexto familiar, por lo que se ven obligados a adaptarse a la nueva situación. Primariamente, aparecen las dudas, la incertidumbre en la búsqueda del diagnóstico, los desafíos durante el proceso (logísticos, financieros, culturales o sociales, disponibilidad de servicios y estudios necesarios, etc.), se suman a la carga emocional ya acumulada; y cuando llega el diagnóstico, suele venir acompañado de frustración, desorden en las expectativas, culpas y cambios en algunos roles o dinámicas familiares.



Se busca *generar y promover un nivel óptimo de bienestar* para el niño/a y su entorno familiar, por lo que es necesario conseguir un ambiente familiar lo más saludable posible para crear las mejores condiciones de cuidado.

Con el diagnóstico es importante identificar aquellas variables que puedan estar incidiendo de forma negativa (factores de riesgo), ya sea a nivel individual, sino también en el entorno inmediato (núcleo familiar, escuela) o en el ambiente social, realizar una exploración para rescatar todas aquellas posibilidades que pueden contribuir a una mejoría de la situación (factores de protección) y ayudar a las familias a encontrar un camino hacia la atención y redes de apoyo disponibles a su alcance en la comunidad.

La orientación y asesoría es considerada de vital importancia para que las familias tengan conocimiento de todos estos recursos a su alcance, para que puedan escoger los más adecuados a las necesidades de su hijo o hija y a sus dinámicas familiares.

Es importante señalar que, en la mayoría de los casos, no se trata de obtener todos los recursos disponibles, puesto que podría desembocar en un exceso de indicaciones contradictorias, así como una hiperactuación incluso de manera poco efectiva. Esta tendencia es muy habitual y comprensible, ya que se puede confundir fácilmente el querer lo mejor para la persona con el hecho de que le asistan la mayor cantidad de veces y de que tenga el mayor número de recursos posibles.

La propuesta de evaluaciones multidisciplinarias en los diferentes niveles de atención en la salud pública de nuestro país, sugiere cooperación, diálogo e interacción ante un problema común y complejo con el fin de abordarlo a través del objetivo común: el de mejorar la calidad de vida de la persona en su entorno natural comunitario. Para ello, cada disciplina debe realizar una aproximación y valoración desde sus metodologías específicas, pero luego se define un plan de intervención y un acompañamiento conjunto que deben ser explicados y analizados junto a las familias afectadas.

11. MANEJO DEL TEA

El mejor abordaje es el que facilite el desarrollo de las habilidades sociales a través de las adquisiciones de las diferentes competencias; el mismo debe ser individualizado a cada paciente. La detección temprana y la consecuente implementación de un programa de intervención precoz continúa siendo la opción por excelencia, al

relacionarse con una mejor evolución clínica del niño.

Cualquier tipo de intervención debe requerir lo siguiente

- Inicio lo más temprano posible, incluso antes de consignar un diagnóstico específico, la intervención efectiva de rehabilitación mientras se lleva a cabo la evaluación en las áreas de desafío debe ser prioritario.
- A todas las edades, la intervención debe ser compartida y coordinada entre los padres, la escuela/colegio/universidad y el profesional responsable de la persona.
- Padres y profesionales deben conocer las dificultades específicas de las personas con TEA y aplicar las estrategias adecuadas a cada uno/a.
- Debe realizarse, siempre que sea posible, dentro de los entornos naturales de la persona, fomentando la inclusión y aumento de sus habilidades.
- La intervención debe ser intensiva, frecuente e integral.
- En todo momento el equipo debe ser multidisciplinario.

EL MANEJO PUEDE EFECTUARSE EN TRES PILARES:

11.1 PSICOTERAPIA.

- La terapia intensiva de comportamiento se refiere al análisis de comportamiento aplicado (ACA, o applied behavior analysis [ABA]), la cual representa la única terapia convencional que provee, mediante métodos basados en evidencia, una mejora marginal en los síntomas nucleares del TEA.
- La formación de respuesta fundamental, tratamiento y educación de niños dentro del espectro Autista relacionados con la comunicación (pivotal response training, treatment and education of autistic and related communication handicapped children [TEACCH]) proporciona muchos ejemplos prácticos y sencillos de poner en práctica la estructura para favorecer el juego, los aprendizajes y la autonomía.
- El modelo basado en relaciones, desarrollo y diferencias individuales (Developmental, Individual Difference, Relationship-based [DIR®/Floortime™] Model)
- Otros métodos dirigidos a áreas específicas de desafío, como son las terapias específicas del lenguaje, ocupacional o de integración sensorial.



11.2 INTERVENCIONES MEDIADAS POR LAS FAMILIAS

El enfoque mediado por la familia es una estrategia que viene desarrollándose hace décadas con gran eficacia en varios países y en sus centros de atención, representando un esquema de intervención alternativo al esquema tradicional; que se venía aplicando bajo la responsabilidad exclusiva de los profesionales. El modelo mediado por las familias busca compartir responsabilidades, hacerlos partícipes de las decisiones y toma de objetivos terapéuticos, siendo éstos, elegidos y desarrollados de manera consensuada entre los profesionales evaluadores y las familias; teniendo como resultado las evidentes mejoras vinculares entre padres, cuidadores, tutores y niños/niñas con TEA²⁰, mayor respuesta a interacciones familiares y una menor saturación en las necesidades progresivas de consultas en centros asistenciales.

La etapa inicial de la evaluación en la comunidad debe incluir asesoría e intervenciones directas en la dinámica familiar, con capacitación o entrenamiento básico para las familias y el niño en sus desafíos particulares del desarrollo con acompañamiento profesional cercano y frecuente. Esta dinámica implica que los padres y el niño reciba explicaciones, asesoría y estrategias puntuales respecto a la situación del niño, así como re evaluaciones y seguimiento hasta que la situación se vea revertida, aclarada o diagnosticada.²³

11.3 PSICOFARMACOLOGÍA.

No existen, en la actualidad, fármacos de probada efectividad para los síntomas nucleares propios del TEA. El uso de fármacos está enfocado en el tratamiento sintomático de las comorbilidades y deben ser prescriptas por el sub especialista cuando considere que será beneficioso.

A citar:

11.3.1 Antipsicóticos

La Risperidona y el Aripiprazol son los únicos aprobados por la Agencia de Regulación de Alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration [FDA]), para el autismo asociado a trastorno de conducta e irritabilidad a partir de los 5 años de edad. (ANEXO 2, Tabla 1).

Ambos antipsicóticos atípicos comparten el mismo perfil de efectos adversos (ganancia de peso, apetito voraz, hipertrigliceridemia, somnolencia, síntomas extrapiramidales) Por ello es necesario

iniciar de manera lenta y a dosis baja para disminuir la aparición de estos efectos adversos. Se recomienda una evaluación de riesgo metabólico (Glicemia, hba1c, perfil lipídico) y control de peso al inicio del tratamiento y luego anual. En caso de aripiprazol también es recomendable la toma de un Hemograma de control en busca de posible neutropenia.

11.3.2 Estimulantes

El Metilfenidato es un fármaco psicoestimulante. Al inicio, al mes y a los 3 meses de la prescripción de Metilfenidato se debe realizar un control de peso, talla, presión arterial y frecuencia cardiaca, electrocardiograma sobre todo en caso de antecedentes personales o familiares de cardiopatía. (ANEXO 2, tabla 2)

11.3.3 No Estimulantes

La atomoxetina es un fármaco no psicoestimulantes, se emplean como alternativa a los anteriores en casos de ineficacia o ante aparición de efectos secundarios. (ANEXO 2, Tabla 2)

11.3.4 Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)

Los dos únicos fármacos aprobados por la FDA para pacientes deprimidos en edades pediátricas son fluoxetina a partir de los 8 años y escitalopram entre los 12-17 años.

Para el TOC pediátrico están aprobados sertralina (mayores de 6 años), fluoxetina (mayores de 7 años), fluvoxamina (mayores de 8 años) y clomipramina (mayores de 10 años). (Anexo 2, Tabla 3)

11.3.5 Nuevos agentes farmacológicos

Su propósito es la mejora de los síntomas principales del TEA. han demostrado cierta mejoría en estos síntomas la N-Acetil cisteína, memantina, D-cicloserina, naltrexona y oxitócina. No existe una guía de tratamiento establecida que recomiende la utilización de estas últimas propuestas

12. PROCESO DE ATENCIÓN EN LA RED SANITARIA EN TODAS LAS EDADES.

Las necesidades de atención en el desarrollo infantil tienen una importancia vital, debido a su característica intrínseca de influencia directa en la sociedad, al ser el desarrollo apropiado de una persona, un factor determinante en su impacto como miembro productivo y funcional en las expectativas de su vida adulta. Todos los niños deben

recibir su evaluación y control del desarrollo del niño sano antes de los 5 (cinco) años de edad, con estudios y métodos científicamente validados además de la revisión clínica constante de parte de sus cuidadores y profesionales de su entorno, a lo largo de la evolución de su vida.

La evaluación es progresiva, acompañando el crecimiento y desarrollo de la persona más allá de sus indicadores y edad cronológica, debe ser observacional y sin olvidar confirmar el apropiado funcionamiento del cuerpo descartando organicidad, bajo el conocimiento de las habilidades necesarias en cada etapa del individuo.

El acompañamiento profesional y familiar debe ser continuo y progresivo, con re evaluaciones constantes según los desafíos emergentes considerando que la etapa escolar y universitaria constituyen poderosos factores que modifican las necesidades de abordaje terapéutico en cada persona dentro del Espectro Autista. En casos más severos, dicho acompañamiento deberá ser más frecuente, integral y con la perspectiva preponderante de abordaje en la familia.

El TEA afecta a cada persona de manera distinta, lo que significa que las personas con TEA tienen fortalezas y desafíos únicos y distintas necesidades de abordaje.¹⁹ Por lo tanto, los planes terapéuticos más efectivos, generalmente incluyen varios profesionales y son adaptados a la persona en su contexto vital y según su edad.

Los enfoques multidisciplinarios que incluyen a las familias en las dinámicas de atención, son enriquecedores y efectivizan las evaluaciones, fortalecen los esquemas terapéuticos y promueven un seguimiento más completo, con resultados más integrales en las áreas de diagnóstico, intervención y derivaciones interdisciplinarias.

El enfoque multidisciplinario convoca a la mayor cantidad de profesionales relacionados al área de afectación o desafío, por lo que representa un modelo de intervención completo y dinámico que promete mejores resultados en los planos de atención a la salud y más aún en los primeros años de vida, donde el impacto de una adecuada y precoz evaluación integral con esquemas de intervención multidisciplinaria completamente efectivos apoyados en la neuroplasticidad, son mayores garantías de éxito con mejores pronósticos.

Un retraso en algún hito del neurodesarrollo y/o sospecha de

TEA a cualquier edad (MONITOREO Y DETECCIÓN EN LA COMUNIDAD) puede ser realizado por:

- Profesionales de salud comunitaria.
- Entorno familiar: madre, padre, hermanos, tíos, abuelos y cuidadores
- Otros agentes: guardería, escuela, cuidadores, tutores, docentes, maestra mochilera.

12.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La evaluación inicia con:

12.1.1 HISTORIA CLÍNICA DETALLADA

Anamnesis: antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos personales, detalles de los Hitos del Neurodesarrollo evolutivo en retrospectiva (según la edad en la que consulta).

Examen Físico: evaluación clínica general y específicamente del neurodesarrollo que incluyen en la **edad Pediátrica**:

- Crecimiento: peso y talla
- Destrezas motoras
- Desarrollo socio afectivo
- Habilidades cognitivas y lingüísticas
- Reactividad y conductas apropiadas según el contexto y las situaciones

Los **pacientes pediátricos** captados con alteraciones en el neurodesarrollo, serán derivados de forma inmediata a los Servicios de Intervención Temprana dentro del Programa Desarrollo Infantil Temprano (PDIT) que implementa el Modelo de Atención Integral al Desarrollo infantil temprano (MAIDIT), siguiendo las normativas de estas guías, donde iniciarán esquema de estimulación y re evaluación posterior a intervención. Las Evaluaciones del neurodesarrollo se realizan a los 9,18 y 30 meses y en busca de signos de alarma para TEA a los 12 y 24 meses si persisten los signos tempranos. Ante signos persistentes o indicadores claros de desvíos en el neurodesarrollo, se sugiere derivar al Pediatría (si aún no ha sido evaluado) para mejor análisis de las conductas y desafíos. En este nivel de atención se deberá incluir en forma oportuna una Evaluación por **Oftalmología y Otorrinolaringología** con la finalidad de confirmar o descartar otro cuadro clínico, así también como fonoaudiología y psicología.

En la **edad adulta**, la evaluación debe realizarse bajo los mismos criterios e investigación de antecedentes, pero en retrospectiva, además de los síntomas o signos de alarma al momento de la consulta o necesidad de evaluación por sospecha de TEA. Los mismos deberán ser derivados para su evaluación por médicos clínicos/ médicos de familia y/o profesionales de psicología y valorar un esquema de abordaje multidisciplinarios y retornar a su comunidad con un Diagnóstico y tratamiento a modo de facilitar su seguimiento.

12.1.2 PRUEBAS ESTANDARIZADAS DEL DESARROLLO INFANTIL Y TEA

Se sugiere complementar la evaluación clínica médica con los test de despistaje (según la edad) o screening para evaluar la necesidad de derivación especializada ante sospecha elevada de TEA.

12.1.2.1 AIEPI: El AIEPI y la Libreta de Salud del Niño y la Niña son herramientas con pautas claras de Desarrollo y sugerencias de estimulación para la familia; este registro acompaña al niño/niña desde su primera consulta y las siguientes consultas con el mismo profesional o con cualquier otro profesional que se relacione o que considere pertinente una evaluación del desarrollo por lo que es indicativo que el registro sea actualizado.

12.1.2.2 La aplicación en google play conocida como: Sigamos el desarrollo <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/actearly/milestones/index.html> constituye una herramienta accesible y gratuita según disponibilidad de red internet en el momento de la evaluación, con la que se logra analizar los hitos del desarrollo logrados y los no logrados clasificados de manera etaria y según áreas específicas de afectación, facilitando las derivaciones a especialistas de las áreas detectadas pertinentes.

12.1.2.3 Inventario de Desarrollo "Battelle", este instrumento tiene una base comportamental, siendo objetivo y riguroso tanto en su formato como en los procedimientos de aplicación y puntuación. Es una herramienta de tamizaje que sirve para detectar de manera oportuna problemas del desarrollo en niños/niñas, identifica el rezago o desviación del desarrollo con una prueba a realizar a los 9, 18 y 30 meses. Los datos se obtienen tanto de la entrevista con padres y maestros como de la observación, estando las situaciones de exploración estandarizadas. Un sistema de puntuación de 3 puntos: 2-1-0 que permite distinguir entre las habilidades que aún no se han adquirido (0), las que ya han comenzado a adquirirse (1) y las que están completamente superadas (2). Las puntuaciones

obtenidas proporcionan datos fiables al ser un instrumento tipificado. Tiene la ventaja del intervalo de edad que explora siendo además aplicable a situaciones muy diversas. Cada una de las 5 áreas, con sus correspondientes subáreas y la prueba de screening, pueden ser administradas de forma independiente. El contenido del instrumento de evaluación es compatible con los planes educativos de educación infantil y primaria. El material de SCREENING es sencillo. La duración oscila entre 1 y 3 horas.

12.1.2.4 M-CHAT Se aplica a padres o cuidadores de niños de los 16–30 meses de edad ante conductas observadas en sus niños que sugieren TEA. El M-CHAT consiste en un cuestionario de 23 preguntas con respuesta sí/no. El fallo en 3 ítems, o 2 de los considerados críticos según el estudio de validación original, clasifica la prueba como positiva (Anexo 3), y se debe consignar detalladamente en la Ficha clínica e iniciar en forma inmediata estimulación y considerar nueva evaluación en 2 meses siguiendo esquema ideal de intervención.

12.1.2.5 Q-CHAT: Lista de Chequeo Cuantitativa para Autismo, se aplica con los padres o cuidadores de niños con sospecha de TEA en un rango de edad de 18–48 meses. El mismo consta de 25 preguntas, presenta una escala de 5 puntos, con unos valores que van de 0,1,2,3,4,5. Se asignan los valores ascendentes de acuerdo a la gravedad de la respuesta y se asignan valores en sentido inverso en ítems puntuales que deben estar resaltados en el cuestionario. No es un test diagnóstico y un resultado positivo no significa que el niño/niña tenga TEA²². (Anexo 4) Se puntúa de 100 puntos. Cuanto más cerca de llegar a 100, mayor es el riesgo de autismo.

12.1.2.6 AQA: El cuestionario de cribaje para el espectro autista en niños y adolescentes se administra a chicos de 7 a 16 años de edad. El cuestionario presenta 50 ítems que se puntúan escogiendo entre las opciones: De Acuerdo Totalmente, De Acuerdo Levemente, Desacuerdo Parcialmente, Desacuerdo Totalmente. Los ítems se refieren a la interacción social, problemas de comunicación, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y diferentes tipos de posibles tics. Se entrevista a padres y maestros y se pide que corroboren los ítems. Los datos obtenidos sugieren que el AQA es un instrumento de cribaje para trastornos del espectro autista de alto funcionamiento para proporcionar a padres y maestros, válido y fiable para su uso en contextos clínicos. En una primera aproximación puede afirmarse que una puntuación de 19 dada por maestros o una puntuación de 22 dada por los padres indicaría la necesidad de realizar al adolescente, evaluaciones más específicas por parte de un profesional de la salud. (ANEXO 5)

12.1.2.7 El Autism-Spectrum Quotient (AQ): en su versión breve modificada AQ-10, cuenta con sólo 10 ítems, útil como instrumento de tamizaje para el uso en una consulta no especializada con el fin de guiar la decisión de referir a pre adolescentes y jóvenes hasta 16 años para una evaluación diagnóstica específica. Esta prueba se recomienda para: reconocimiento, remisión y manejo de autismo. **(ANEXO 6)**

Consideraciones especiales:

Los cuestionarios anteriormente mencionados pueden ser realizados por los padres junto con un profesional, o autoaplicados en adolescentes y adultos pero luego verificados por un médico o un miembro del personal de enfermería, o por otros profesionales en entornos comunitarios, escolares o de atención médica pero que hayan recibido capacitación básica en Desarrollo y TEA, con el fin de registrar señales de alarma en el Hito del Neurodesarrollo o Sospecha de TEA en la Historia Clínica, sugerir derivación y evaluación más específica a Especialistas, que serán indicados según áreas de mayor afectación detectadas en las evaluaciones iniciales. Los resultados deberán ser consignados detalladamente en la Historia Clínica y/o anexado el cuestionario realizado con fecha de elaboración para iniciar registro de la evolución y estadísticas.

12.1.3 INTERVENCIÓN INICIAL

12.1.3.1 Mediada por el Profesional:

Pediatras, Médico de Familia o Lic. en enfermería:

- Instrucción a la familia de monitoreo en hitos del desarrollo siguiendo su Libreta del niño y la niña, o si dispone de internet bajar la app Sigamos el desarrollo <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/actearly/milestones/index.html>.
- Supervisión de Estimulación Familiar: Control profesional y evaluación de factores modificables intra familiares que puedan justificar las alteraciones detectadas.
- Sugerencias de estimulación general a la familia:
- Juegos interactivos, estimulación de contacto visual
- Materiales y juegos didácticos o estimulantes
- Deportes y actividades al aire libre
- Alimentación sana y equilibrada
- Prohibición del uso de pantallas hasta los 2 años.

- Control de la cantidad de horas ante las pantallas en niños (máximo 2 horas)
- Límites y educación claros, respetuosos con la edad madurativa del niño/a
- Fomentar la lectura y cuidado de libros
- Normas familiares y comunitarias que respeten al niño

Clínico, Médico de Familia o Lic. En Enfermería:

- Evaluaciones funcionales de conducta y adaptación a la vida diaria
- Indicación de terapias o actividades que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la persona y su entorno familiar
- Monitoreo del estado de salud integral
- Control de medicaciones según comorbilidades
- Registrar datos clínicos y ofrecer redes de apoyo a nivel comunitario para estudios, capacitaciones u ocupaciones disponibles
- Conocer y reconocer a la persona a través de su ficha detallada

12.1.3.2 Intervención mediada por la Familia

- Colaboración cercana entre profesionales y el entorno familiar del paciente
- Conocer y reconocer a la persona, sus costumbres, reacciones y desafíos
- Consignar en cuestionarios toda la información veraz.
- Compromiso de aceptación y cooperación de parte de la familia con los profesionales
- Establecimiento de Objetivos Funcionales comunes y válidos para la realidad familiar
- Asumir indicaciones y modificaciones sugeridas por profesionales según aspectos del desarrollo del niño/a y los objetivos consensuados.
- Aplicación y modificación de dinámicas consecuentes a los objetivos terapéuticos coordinados entre la familia y los profesionales
- Estimulación y monitoreo del desarrollo del niño/a

12.1.3.3 Modificaciones Familiares para favorecer la Estimulación:

Estimulación Temprana

La efectividad de los programas de estimulación temprana en todo el mundo ha sido verificada en miles de publicaciones y estudios científicos. Los estudios sobre la estimulación temprana surgieron desde hace más de 50 años, como un recurso terapéutico-educativo que ayuda a los niños de 0 a 3 años con problemas en su desarrollo a alcanzar ciertos objetivos que no lograrían por sus propios medios.

Es claro que mientras la estimulación sea oportuna y temprana, esta tendrá un impacto positivo en el crecimiento y desarrollo del niño. Durante los primeros años de vida los factores ambientales adquieren una gran importancia. Si son adecuados, el sistema nervioso se desarrollará en mejores condiciones. Existe un importante desarrollo cerebral en los primeros años de vida en donde los niños adquieren la capacidad de pensar, hablar, aprender y razonar, además se forman los fundamentos de los comportamientos sociales que los marcarán durante toda la vida adulta (Minsa, 2011; Censia, 2001).

La efectividad de los programas de estimulación temprana se basa en la interacción estrecha del equipo multidisciplinario en el que se encuentra incluida la familia y la comunidad. La ciencia se ha encargado de demostrar ampliamente los beneficios de la estimulación para el desarrollo de capacidades y habilidades, así como también ha demostrado el impacto negativo o los efectos indeseables de la falta de estimulación para el desarrollo integral del niño (OPS, 2007). Los efectos benéficos de la estimulación temprana en el desarrollo infantil son indiscutibles; una persona que está bien desarrollada física, mental, social y emocionalmente producto de la estimulación temprana, tendrá mejores habilidades para enfrentar mejor los desafíos y retos de la vida que una persona que no fue estimulada (Young, 1995; García, 2006; Navarrete, 2010)^{24,25}

Modelo de Crianza Positiva.

La crianza positiva es una educación basada en consecuencias. Este enfoque evita el miedo en el menor y le enseña “lo que debe y no debe hacer”, al mismo tiempo que le aporta capacidad de razonar. Funciona desde los principios básicos de:

- Empatía y coherencia. Ser amable y firme a la vez.
- Conexión- necesidad de pertenencia.
- Efectos de largo plazo.
- Enseñanza habilidades para la vida y autonomía.

- Reglas y límites claros y concretos.

Modelo Impact

Se trata de un Programa de intervención profesional mediado por los padres que consta de módulos de capacitación necesarios, para la aplicación del método y basado en materiales con guías para trabajar de manera dual, el profesional entrenado y la familia del niño, intervienen en conjunto, buscando mejorar las habilidades en la Comunicación Social en niños con Autismo/TEA y otras dificultades del desarrollo. Las siglas en inglés significan “mejorar las habilidades de los padres como profesores de la comunicación” (Improving Parents as Communication Teachers). La efectividad del modelo de intervención es fácilmente cuantificable a través de los resultados clínicos observados y con un sistema de autoevaluación en cuestionario auto aplicado, un sistema de fichas/Formularios de seguimiento y control de ambas partes donde se establece un esquema coherente y efectivo para la ejecución de los objetivos determinados previamente.

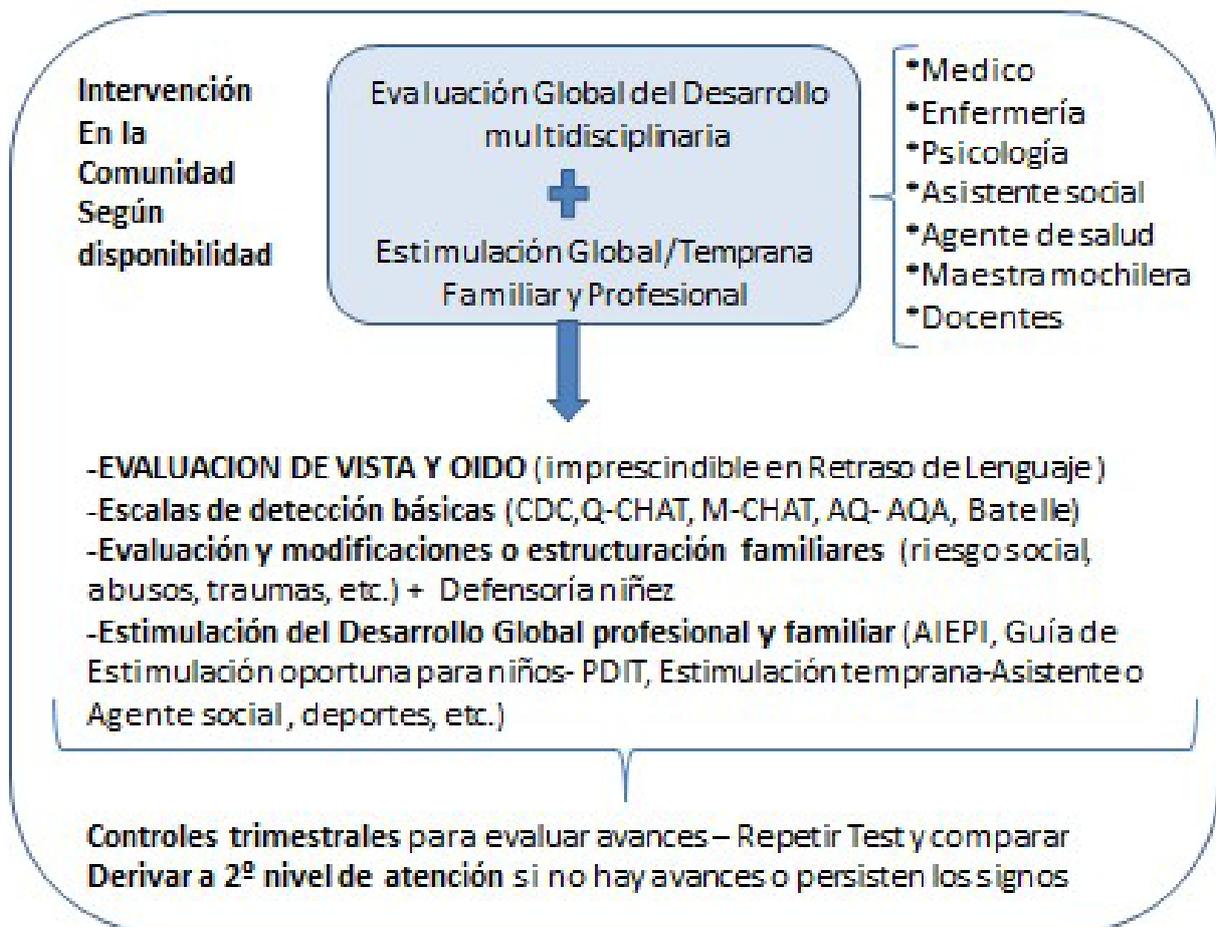
Acompañamiento para padres y/o creación de grupos de apoyo

Se sugiere la indicación de esquemas de contención emocional, compartir entrenamientos en estrategias de manejo conductual y emocional de la gestión en situaciones específicas ligadas a la vida cotidiana dentro del espectro autista en así como la permanente ayuda en la detección de las redes de apoyo ofrecidas por el Estado para garantizar el cumplimiento de las indicaciones y necesidades de la persona que está siendo evaluada inicialmente, buscando minimizar el duelo, la frustración y el agotamiento crónico de los cuidadores, la deserción laboral, etc.

Observaciones generales:

- El Tratamiento Farmacológico será de Prescripción Médica en todos los niveles según comorbilidad identificada e individualizado a cada paciente, con seguimiento y control especializado en consulta presencial o vía telemedicina.
- La intervención mediada por las familias implica una participación activa y responsable de las familias en el proceso de evaluación, intervenciones y toma de decisiones según las necesidades de la persona evaluada y la valoración profesional en cada área. Así también la evaluación de la dinámica familiar y la necesidad de indicación profesional para evaluación, atención-terapia o acompañamiento cercano de los padres y familiares de la persona evaluada inicialmente.

- La herramienta institucional de interconsultas o consultas vía TELEMEDICINA se considera una excelente opción en situaciones específicas así como también la presentación de casos clínicos inter institucionales en el marco de la cooperación entre servicios de menor a mayor complejidad, siendo necesaria la creación de una agenda coordinada entre ambas instituciones para el fortalecimiento de la atención en etapa de evaluación clínica y derivación para estudios específicos según sospechas diagnósticas.



12.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Las personas con trastornos del neurodesarrollo captados en el Primer Nivel de Atención, deberán recibir una evaluación más específica y multidisciplinaria, en equipo liderado por el **Médico Pediatra (niños, jóvenes) y Médico Clínico o Médico de Familia (niños/adultos)**, con evaluaciones integrales e informes de profesionales en áreas de Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, etc. según las áreas de afectación o el motivo de consultas persistentes.

En el Segundo nivel de Atención el equipo multidisciplinario es encabezado por el **Pediatra (niños, jóvenes) o Médico Clínico**

(adultos) o Médico de Familia (adultos), quienes deberán:

12.2.1 Realizar una historia clínica detallada y enfocada hacia los antecedentes perinatales, familiares y personales de la persona en un árbol genealógico detallado reuniendo toda la información pertinente relacionado al cuadro clínico o sospecha diagnóstica.

12.2.2 Conocer los hitos y detectar los retrasos o desvíos en el desarrollo en población pediátrica, así como evaluar en retrospectiva los hitos del desarrollo en adolescentes y adultos para consignarlos en la historia clínica como antecedentes.

12.2.3 Realizar la evaluación del desarrollo para riesgo de TEA. Para ello dispondrá de herramientas como el inventario del desarrollo Battelle, Q-CHAT, MCHAT, AQ, AQA (ver anexos) que deben ser aplicados de manera complementaria a la anamnesis clínica

12.2.4 En este nivel los pacientes deben ser evaluados, por herramientas estandarizadas con informes descriptivos y utilizar para Diagnóstico los Criterios del CIE 10 (consignados en el HIS o SAA) y seguir los indicadores de DSM 5-TR con las posteriores actualizaciones disponibles.

12.2.5 Realizar estudios auxiliares de diagnóstico según criterio clínico:

a. Análisis laboratorial: Hemograma completo, Glicemia, Perfil tiroideo (T3, T4, TSH), Urea, Creatinina, Enzimas hepáticas (AST, ALT), Fosfatasa alcalina.

b. Exámenes complementarios esenciales: Audiometría, Potenciales Evocados, Examen oftalmológico y otorrinolaringológico, Electroencefalograma sueño/vigilia con sueño fisiológico, etc.

12.2.6 Indicar evaluaciones específicas para descartar enfermedades asociadas según la clínica predominante: Otorrinolaringología, Odontología, Oftalmología, Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría, Neurología, Nutrición, etc.

12.2.7 El tratamiento farmacológico será de prescripción médica según comorbilidad identificada e individualizado a cada paciente.

12.2.8 Evaluar riesgo social y solicitar intervenciones en áreas de protección judicial infantil según cada caso. (ASISTENTES SOCIALES-CODENI-DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ)

12.2.9 Evaluar comorbilidades asociadas y la necesidad de atención por Nutrición, Genetista, Fisiatría, Neurología Pediátrica y/o Psiquiatría.



12.2.10 Continuar con las intervenciones iniciadas en el primer Nivel de Atención enfocados en:

- Terapia de análisis aplicado del comportamiento (ABA).
- Terapia del Lenguaje
- Terapia Ocupacional
- Terapia de entrenamiento para los padres
- Reeducción psicopedagógica
- Rehabilitación de funciones cognitivas
- Otras terapias alternativas con evidencias científicas

12.2.11 Reforzar la intervención mediada en la familia

- Estimulación Temprana + Crianza Respetuosa
- Modelo IMPACT + Formación de Redes de Familias y Grupos de apoyo

12.2.12 El Profesional a cargo a su vez deberá trazar metas con las familias y el equipo multidisciplinario para luego realizar el monitoreo de la evolución positiva de la persona como medida de efectividad y controles para evaluar posibles derivaciones.

12.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

En este nivel de atención se trabaja con un equipo multidisciplinario encabezado por un **Pediatra entrenado en Desarrollo infantil o Médico clínico con entrenamiento en TEA**, el que deberá realizar:

12.3.1 Historia Clínica completa y detallada, con antecedentes perinatales, patológicos Familiares, patológicos personales detallados en el árbol genealógico de la persona

12.3.2 Examen físico minucioso y **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO** y áreas específicas detectadas o persistentes en el Primer y/o Segundo nivel de Atención que den lugar a las derivaciones por las que acude a consulta

12.3.3 Auxiliares de Diagnóstico e imágenes según otros signos y síntomas asociados.

12.3.4 Todas las personas que ya fueron evaluadas en el Primer y Segundo Nivel de Atención, que Presenten signos persistentes de Alarma para TEA, Regresión o alguna preocupación específica sobre el desarrollo y la conducta, o que fueran asociadas a factores de riesgo alto para TEA (p. ej., si una hermana, hermano u otro familiar

tiene un TEA o si presenta conductas que se asocian a los TEA.) deberán realizarse pruebas formales del desarrollo y para detección de TEA o sus comorbilidades a edades distintas a las recomendadas anteriormente.

12.3.5 Todos los que presenten algún **motivo persistente de consulta: Retraso en el lenguaje** (que ya inició estimulación), No alcanza hitos de desarrollo **motor**, No logra hitos de desarrollo **cognitivo**, Deberán ser remitidos a especialistas en el área solicitando evaluación completa e informe detallado de los hallazgos, así como las indicaciones terapéuticas pertinentes.

12.3.6 Evaluar riesgo social y solicitar interconsultas o intervenciones en áreas de protección judicial infantil. (ASISTENTE SOCIAL – DEFENSORÍA–CODENI)

12.3.7 En este nivel serán evaluados según clínica asociada, por:

- **Psiquiatría** Trastornos de conducta persistentes, Selectividad alimentaria, Hiperactividad-Ansiedad, Depresión, Trastornos del sueño, y comorbilidades más frecuentes asociadas, etc.
- **Otorrinolaringología:** Evaluación clínica completa (otoscopia-malformaciones-tapón de cera etc.) Indicación de Estudios según clínica y edad (enlace ORL+ Fonoaudiólogos que hacen estudios e informes) (hipoacusia, etc)
- **Oftalmología:** Evaluación Clínica + Estudios e indicaciones terapéuticas
- **Odontología** Evaluación clínica completa y profilaxis
- **Fonoaudiología Deglutoria** (Tono- OFAS)
- **Fonoaudiología clínica** Prerrequisitos del lenguaje y test específicos.
- **Traumatología:** Características de la marcha, tono muscular, pie plano, etc.
- **Neurología:** Evaluación clínica completa, búsqueda de indicadores conductuales de irritación o inmadurez cortical para la edad (Indicación de EEG sueño-vigilia, polisomnografía o estudios según la clínica del paciente) Sospecha de cuadros neurológicos específicos: estudios y protocolos.
- **Fisiatría:** Marcha- postura-tono muscular. Terapias y estudios.
- **Kinesiología:** Evaluaciones y terapias según casos específicos.
- **Psicología.** Retrasos en Hitos del Desarrollo, Trastornos de conducta y reactividad

- **Otoneurología:** Alteraciones vestibulares, Vértigo, acúfenos, retrasos en la conducción de la señal auditiva
- **Terapia Ocupacional:** Evaluación de conductas y antecedentes que puedan explicar algunas conductas. Esquemas de rehabilitación.
- **Nutrición:** Evaluación de conductas y antecedentes que puedan explicar la selectividad alimentaria. Esquemas de rehabilitación nutricional.
- **Gastroenterología:** Trastornos alimentarios persistentes, sospechas de intolerancia, etc. Auxiliares de diagnósticos.
- **Psicopedagogía:** Evaluaciones en Retrasos o Dificultades en adquisición de la lecto escritura, sospecha de Dislexia-Discalculia-Déficit cognitivo
- **Endocrinología:** Laboratorio alterado en evaluaciones pediátricas, trastornos tiroideos, metabólicos y hormonales asociados a las conductas.
- **Genética:** Retrasos globales del desarrollo con malformaciones físicas o retrasos motores, hallazgos de dismorfias o alteraciones en órganos internos, huesos, etc. que coincidan con trastornos de conductas persistentes.

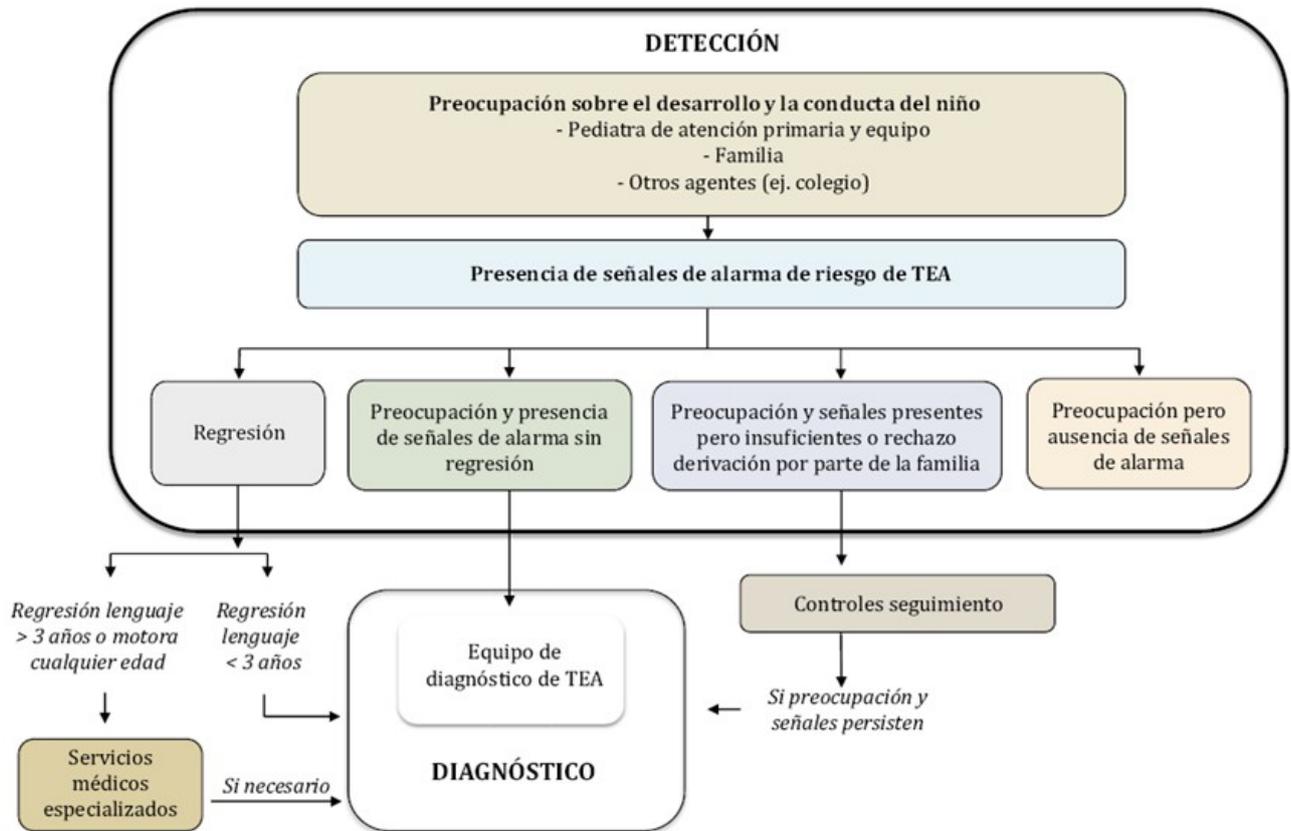
12.3.8 Las intervenciones terapéuticas serán establecidas en equipo de manera sumatoria e individualizada según las necesidades de cada persona. El equipo será liderado por Pediatra a cargo del niño o profesional (Clínico/Médico de Familia) similar en su comunidad, con seguimiento por Telemedicina

12.3.9 El Tratamiento Farmacológico será de Prescripción Médica según comorbilidad identificada e individualizado a cada paciente.

12.3.10 El modelo de intervención deberá ser consensuado y monitorizado para realizar ajustes buscando mejoras en las áreas deficitarias.

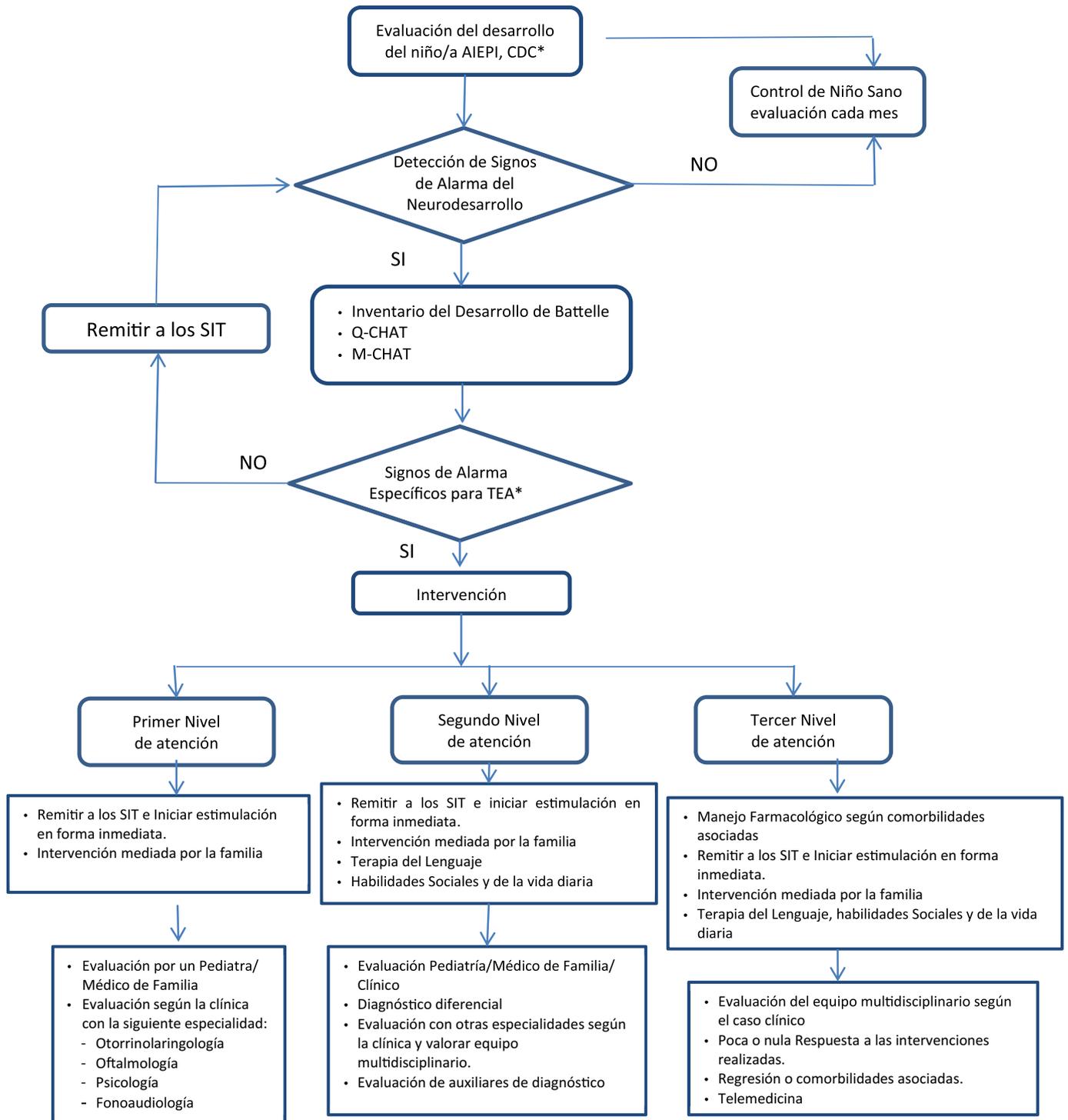
12.3.11 Abordar el proceso diagnóstico desde los desafíos iniciales en la comunidad y la familia, con empatía, solidaridad y prudencia hasta la confirmación del diagnóstico considerando el impacto inicial del DUELO FAMILIAR.

12.3.12 Ante la confirmación de algún diagnóstico, entregar el informe del mismo, detallando con explicaciones claras y ofreciendo acompañamiento profesional con las redes de apoyo disponibles en su comunidad y garantizando el seguimiento o acompañamiento necesarios para mejorar la calidad de vida de la persona y su familia.





FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



* La Evaluación del Neurodesarrollo y signos específicos para TEA se puede realizar en cualquier Nivel de Atención

Fuente: Equipo Técnico de elaboración del Protocolo

ANEXO



ANEXO 1. Clasificación CIE10

AUTISMO INFANTIL - Clasificación CIE10

CIE 10: F84.0	1	<p>Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los 36 meses de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lenguaje receptivo expresivo utilizado para la comunicación social. b. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca. c. Juego y manejo de símbolos en el mismo.
	2	<p>Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> a. Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social. b. Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones. c. Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo. d. Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño). 2. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas: <ol style="list-style-type: none"> a. Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo). b. Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado). c. Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases. d. Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

AUTISMO INFANTIL – Clasificación CIE10

CIE 10: F84.0	2	<p>3. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce. b. Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente. c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo. d. Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).
	3	<p>El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70–72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).</p>
CIE 10: F84.1	AUTISMO ATÍPICO	
		<ul style="list-style-type: none"> a. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo). b. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anomalía). c. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo (F84.0). d. El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.11) como por sus manifestaciones clínicas (F84.12). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificaron como F84.12.

AUTISMO INFANTIL - Clasificación CIE10

SÍNDROME DE RETT

**CIE 10:
F84.2**

1. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.
2. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.
3. Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.
4. Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

OTRO TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA

**CIE 10:
F84.3**

1. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.
2. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:
 - Lenguaje expresivo o receptivo.
 - Juego.
 - Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.
 - Control de esfínteres.
 - Rendimientos motores.
3. Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:
 - Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
 - Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).
 - Patrones Restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
 - Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.
4. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).

AUTISMO INFANTIL - Clasificación CIE10

CIE 10: F84.4

TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS

1. Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:
 - Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.
 - Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B).
 - Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
 - Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio.
2. Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:
 - Manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.
 - Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (bien solo o junto a otra gente).
 - Autoagresiones repetidas.
3. CI menos de 50.
4. Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:
 - Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.
 - Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, incluyendo el compartir intereses, actividades, etc.
 - Al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto.
 - A veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico.
 - No cumple criterios diagnósticos para autismo (F84.0 y F84.1), trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3) o trastornos hiperquinéticos (F90.-).

CIE 10: F84.5

SÍNDROME DE ASPERGER

1. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal.



AUTISMO INFANTIL - Clasificación CIE10

CIE 10: F84.5	<ol style="list-style-type: none"> 2. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico. 3. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo). 4. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego. 5. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo compulsivo (F42).
CIE 10: F84.8	<p>OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</p> <p>La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.</p>
CIE 10: F84.9	<p>TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACIÓN</p> <p>Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios.</p>

Clasificación CIE11 C Clasificación Internacional de enfermedades, Organización Mundial de la Salud.

CIE 11	Trastorno del Espectro Autista
A02.0	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual con alteración leve o sin alteración funcional del lenguaje
A02.1	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual con alteración leve o sin alteración funcional del lenguaje
A02.2	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual con alteración funcional del lenguaje
A02.3	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y alteración funcional del lenguaje
A02.4	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y ausencia del lenguaje funcional
A02.5	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y ausencia del lenguaje funcional
A02.Y	Otro trastorno específico del espectro autista
A02.Z	Trastorno del espectro autista, no especificado

ANEXO 2. Farmacoterapia

Tabla 1. Psicofármacos

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima	Dosis Estable	Frecuencia
Risperidona 1 mg/1ml	-0,25 mg de 15 a 19kg	0,05 mg/kg/día	-Menos de 30 kg: 0,5-1mg/día.	Dos veces por día
	-0,5 mg > 20kg		- Entre 30 - 50 kg: 1-1,5 mg/día.	
	- ↑ 0,25-0,50mg/ cada 2 semanas según respuesta clínica.		- Más de 50 kg: 2-3 mg/día.	
Aripiprazol	- 2 mg/día,	No mayor a 30 mg/día		Inicio en 2 tomas diarias. Luego una vez por día.
1mg/1ml	- 5° día: 10mg/día, - - 11° día: 15-30 mg/día.			

Tabla 2. Psicofármacos

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima	Frecuencia
Metilfenidato	Inicio de 5mg/día	No exceder 2 mg/kg/día	Hasta 2 veces por día
Atomoxetina	Dosis inicial a 0.5 mg/kg e incrementar hasta 1.2 mg/kg	1,4 mg/kg/día o 100 mg/día	En dosis única o dividido en dos tomas

Tabla 3. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, ISRS

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima	Frecuencia
Fluoxetina 20 mg	Niños a partir de los 8 años dosis inicial es de 10 mg/día	60 mg	Una vez al día
	Adultos dosis recomendada es de 20 mg/día	80 mg	
Sertralina	25 mg/día	Hasta 200 mg/día	Una vez al día
Escitalopram	Inicio 5 mg/día. Aumentar en 1-2 semanas a: 10 mg/día, luego de 2 semanas: 20 mg/día.	20 mg/día	Una vez al día



Fuente de Tabla 1, 2 y 3:

- The Harriet Lane Handbook: a manual for pediatric house officers. Harriet lane handboock, 23rd ed., Elsevier, 2024
- Stanhl, S.M.(2024). 8th edition essential psychopharmacology: the prescriber’s guide. Cambridge University Press

ANEXO 3.

Cuestionario M-Chat: Formato para el profesional

1	¿Disfruta su niño cuando lo balancea o hacen saltar sobre sus rodillas?	SI	NO
2	¿Se interesa su niño por otros niños o niñas?	SI	NO
3	¿Le gusta a su niño subirse a las cosas, por ejemplo, subir las escaleras, los muebles, los juegos de la plaza, etc.?	SI	NO
4	¿Disfruta su niño jugando al ahí está*	SI	NO
5	¿Le gusta a su niño simular que habla por teléfono, que cuida de sus muñecos o simular cualquier otra cosa?	SI	NO
6	¿Utiliza su niño su dedo índice para señalar algo o para preguntar algo?	SI	NO
7	¿Usa su niño su dedo índice para señalar algo o indicar interés por algo?	SI	NO
8	¿Puede su niño jugar bien con juguetes pequeños (como coches o cubos) sin llevarlos a la boca, manipularlos o dejarlos caer?	SI	NO
9	¿Le trae su niño a usted (padre o madre) objetos o cosas con el propósito de mostrarle algo alguna vez?	SI	NO
10	¿Lo mira su niño directamente a los ojos por más de uno a dos segundos?	SI	NO
11	¿Parece su niño demasiado sensitivo al ruido (p. ej, se tapa los oídos)?	SI	NO
12	¿Sonríe su niño en respuesta a su cara o a su sonrisa?	SI	NO
13	¿Lo imita su niño? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, ¿su niño trata de imitarlo?	SI	NO
14	¿Responde su niño a su nombre cuando lo llama?	SI	NO
15	Si usted señala un juguete que está al otro lado de la habitación, ¿su niño lo mira?	SI	NO

16	¿Ha aprendido a caminar su niño?	SI	NO
17	¿Presta atención a su niño atención a las cosas que usted está mirando?	SI	NO
18	¿Hace su niño movimientos raros con los dedos cerca de su cara?	SI	NO
19	¿Trata su niño de llamar la atención sobre las actividades que está realizando?	SI	NO
20	¿Se ha preguntado alguna vez si su niño es sordo?	SI	NO
21	¿Comprende lo que otros le dicen?	SI	NO

Puntos de corte para considerar fallo o sospecha:

- Fallo en al menos 3 de los 23 ítems, marcados con negrita (Sí/No) según corresponda.
- Fallo en al menos 2 de los elementos críticos (en negrita y acentuados; números 2, 7, 9, 13,14, 15)

*Sentamos o recostamos al niño en forma que nos mire, con un cojín, trapo, pañal, etc., el adulto se tapaná la cara mientras dice “Cucu” (No está), y al quitárselo dirá “Tras” (Ahí está) para sorprender al niño. Sometido a juicio de expertos.

Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España.

ANEXO 4.

Instrumento “Quantitative Checklist for autism in Toddlers” Q-Chat

1. ¿Su hijo/a le mira cuando usted lo llama por su nombre?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

2. Que tan fácil es para usted lograr contacto visual con su hijo?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

3. Cuando su hijo está jugando solo. ¿Pone objetos en fila?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

4. ¿Puede otras personas comprender lo que habla su hijo?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca	Mi hijo no habla
---------	-------------	---------	----------	-------	------------------



5. ¿Apunta su hijo para indicar lo que quiere? (p.ej. Un juguete que no puede alcanzar)

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez por semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	-----------------------------	-------

6. ¿Apunta su hijo para compartir interés con usted? (p.ej. Mostrar algo interesante)

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez por semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	-----------------------------	-------

7. ¿Cuánto tiempo puede mantener interés su hijo en objetos que giran? (p.ej. Lavadora, ventilador, rueda de autos)

Varias horas	Media hora	10 minutos	Un par de minutos	Menos de un minuto
--------------	------------	------------	-------------------	--------------------

8. ¿Cuántas palabras puede decir su hijo?

Ninguna-aun no comienza a hablar	Menos de 10 palabras	10-50 palabras	52-100 palabras	Más de 100 palabras
----------------------------------	----------------------	----------------	-----------------	---------------------

9. ¿Juega su hijo a simular? (p.ej. cuidar una muñeca, hablar por un teléfono de juguete)

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

10. ¿Mira el niño hacia donde usted lo hace?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

11. ¿Con que frecuencia su hijo huele o lame objetos inusuales?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

12. ¿El niño pone la mano de usted en un objeto cuando quiere que usted lo use? (p.ej. En una manilla de una puerta para que usted la abra, en un juguete para que usted lo encienda)

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

13. ¿Camina su hijo en las puntas de los pies?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

14. ¿Qué tan fácil es para su hijo adaptarse cuando se cambian sus rutinas o cuando las cosas están fuera de su lugar común?

Muy fácil	Bastante fácil	Un poco difícil	Muy difícil	Imposible
-----------	----------------	-----------------	-------------	-----------

15. Si usted, o alguien e la familia está visiblemente molesto, ¿Su hijo muestra signos de querer reconfortarlo? (p.ej. acariciarle el cabello, abrazarlo)

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

16. ¿Su hijo repite una y otra vez algunas acciones (abrir los grifos, prender las luces, abrir y cerrar puertas)?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

17. Usted describiría las primeras palabras de hijo como

Muy típicas	Bastante típicas	Un poco inusuales	Muy inusuales	Mi hijo no habla
-------------	------------------	-------------------	---------------	------------------

18. ¿Repite su hijo cosas que ha escuchado (p.ej. cosas que usted dice, frases de canciones o películas, sonidos)?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

19. ¿Usa su hijo/a gestos simples (p.ej. agitar la mano para despedirse)?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

20. ¿Hace su hijo movimientos inusuales de los dedos cerca de sus ojos?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

21. ¿Su hijo mira espontáneamente su rostro para ver su reacción cuando se enfrenta con algo poco familiar?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

22. ¿Cuánto tiempo puede su hijo mantener el interés en uno o dos objetos?

Gran parte del día	Varias horas	30 min.	10 min	2 min
--------------------	--------------	---------	--------	-------

23. ¿Su hijo agita objetos repetidamente (p.ej. trozos de cuerda)?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

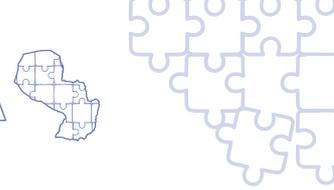
24. ¿Su hijo parece ser demasiado sensible a los ruidos?

Siempre	Normalmente	A veces	Rara vez	Nunca
---------	-------------	---------	----------	-------

25. ¿Su hijo se queda mirando al vacío sin objetivo aparente?

Muchas veces al día	Pocas veces al día	Pocas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------------	-------

FUENTE: Allison C, Auyeung B y Baron-Cohen S, (2012) Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 51(2):202-12.



ANEXO 5. AQA

	Acuerdo totalmente	Acuerdo levemente	Desacuerdo levemente	Desacuerdo totalmente
1. Prefiere hacer cosas con otras personas más que solo/a				
2. Prefiere hacer las cosas de la misma manera una y otra vez				
3. Si trata de imaginar algo, le resulta muy fácil crear una imagen en su mente				
4. Frecuentemente se queda tan absorto/a con alguna cosa que pierde de vista otras cosas				
5. Suele notar sonidos tenues que otros no escuchan				
6. Habitualmente se fija en las patentes de los autos o en tipos similares de información				
7. La gente con frecuencia le dice que ha dicho algo descortés, aunque él/ella piense que ha sido cortés				
8. Cuando lee un cuento, le resulta fácil imaginar la apariencia de los personajes				
9. Le fascinan las fechas				
10. En un grupo social, puede seguir fácilmente varias conversaciones de diferentes personas a la vez				
11. Le resultan fáciles las situaciones sociales				
12. Tiende a fijarse en detalles que otros no notan				
13. Preferiría ir más a una biblioteca que a una fiesta				
14. Le resulta fácil inventar historias				
15. Le atraen más las personas que las cosas				
16. Le interesan mucho ciertos temas y se pone mal si no se puede dedicar a ellos				
17. Disfruta de la charla social				

	Acuerdo totalmente	Acuerdo levemente	Desacuerdo levemente	Desacuerdo totalmente
18. Mientras habla no es siempre fácil que otros puedan hacer algún comentario intercalado				
19. Le fascinan los números				
20. Cuando lee un cuento le resulta difícil darse cuenta de las intenciones de los personajes				
21. No disfruta particularmente leyendo ficción				
22. Le resulta difícil hacer nuevos amigos				
23. Nota patrones en las cosas todo el tiempo				
24. Preferiría ir más al teatro que a un museo				
25. No se altera si le cambian la rutina diaria				
26. Con frecuencia se da cuenta de que no sabe mantener una conversación				
27. Le resulta fácil “leer entre líneas” cuando alguien le habla				
28. Suele concentrarse más en el cuadro entero que en los pequeños detalles				
29. No es muy bueno/a para recordar números de teléfono				
30. No suele notar pequeños cambios en una situación o en el aspecto de una persona				
31. Se puede dar cuenta si quien lo/a escucha se está aburriendo				
32. Le resulta fácil hacer más de una cosa a la vez				
33. Cuando habla por teléfono no está seguro/a de cuándo le toca hablar				
34. Disfruta de hacer cosas espontáneamente				
35. Suele ser el/la último/a en entender un chiste				
36. Le resulta fácil saber lo que el otro piensa o siente con sólo mirarle la cara				



	Acuerdo totalmente	Acuerdo levemente	Desacuerdo levemente	Desacuerdo totalmente
37. Si hay una interrupción, puede volver rápidamente a lo que estaba haciendo				
38. Es bueno/a para la charla social				
39. La gente suele decirle que habla persistentemente del mismo tema				
40. Cuando era más chico/a solía disfrutar jugando a “hacer como que” con otros niños (ej, jugar al doctor o a las visitas)				
41. Le gusta juntar información sobre categorías de cosas (ej, tipos de autos, pájaros, plantas, trenes, etc.)				
42. Le cuesta imaginar cómo sería ser otra persona				
43. Le gusta planear cuidadosamente cualquier actividad en la que participe				
44. Disfruta de los eventos sociales				
45. Le resulta difícil darse cuenta de las intenciones de la gente				
46. Las situaciones nuevas le generan ansiedad				
47. Disfruta conociendo gente nueva				
48. Es diplomático/a				
49. No es bueno/a para recordar la fecha de nacimiento de la gente				
50. Le resulta muy fácil jugar con otros niños a juegos que impliquen “hacer como que”				

Fuente: S. Baron-Cohen, R. Hoekstra, R. Knick Meyer, S. Wheelwright, (2006)
The Autism Spectrum Quotient (AQ) – Adolescent Version
Journal of Autism and Developmental Disorders

ANEXO 6. AQ10

AQ-10 Cociente de Espectro Autista Una guía rápida para remitir a pre adolescentes y jóvenes hasta 16 años, con sospecha de autismo que no cuentan con dificultades de aprendizaje.

Marque únicamente una opción por pregunta:	Definitivamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo
1	Con frecuencia percibo pequeños sonidos cuando los demás no lo hacen			
2	Usualmente me concentro en toda la película en lugar de pequeños detalles			
3	Se me facilita hacer más de una cosa a la vez			
4	Si hay una interrupción, puedo volver inmediatamente a donde estaba			
5	Se me facilita “leer entre líneas” cuando alguien me habla			
6	Puedo decir cuando alguien me está escuchando o cuando se está aburriendo			
7	Cuando estoy leyendo una historia, se me dificulta identificar las intenciones de los personajes			
8	Me gusta coleccionar información acerca de categorías de cosas (ejemplo: tipos de autos, de aves, de trenes, tipos de plantas, etc.)			
9	Se me facilita saber lo que alguien está pensando o sintiendo simplemente mirándole a la cara			
10	Se me dificulta distinguir las intenciones de la gente			

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
2. Kalscheuer VM, Fitzpatrick D, Tommerup N, Bugge M, Niebuhr E, Neumann LM et al. Mutations in autism susceptibility candidate 2 (AUTS2) in patients with mental retardation. *Hum Genet.* 2007;121:501-509.
3. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol.* 2008 Summer;20(3):775-803. doi: 10.1017/S0954579408000370. PMID: 18606031.
4. Manual DC:0-5 (TM): Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood
5. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/actearly/milestones/index.html>
6. Gaona, VC. Etiología del Autismo. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2024; 84 (Supl. I): 31-36
7. Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW. Neuroanatomy of autism. *Trends Neurosci.* 2008;31(3):137-45.
8. Hutsler JJ, Love T, Zhang H. Histological and magnetic resonance imaging assessment of cortical layering and thickness in autism spectrum disorders. *Biol Psychiatry.* 2007;61(4):449-57.
9. Buxhoeveden DP, Semendeferi K, Buckwalter J, Schenker N, Switzer R, Courchesne E. Reduced minicolumns in the frontal cortex of patients with autism. *Neuropathol Appl Neurobiol.* 2006;32(5):483-91.
10. Schumann CM, Amaral DG. Stereological analysis of amygdala neuron number in autism. *J Neurosci.* 2006; 26(29):7674-9.
11. Geschwind DH. Autism: many genes, common pathways? *Cell.* 2008;135(3):391-5. [
12. Society NAPfCNNA. Autism Nif, Screening, Assessment. Plan for the Identification, Assessment, Diagnosis and Access to Early Interventions for Pre-school and Primary School Aged Children with Autism Spectrum Disorders: 2003
13. NICE. L, UK. Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autistic Spectrum. Clinical Guidelines NICE. 2011
14. Happe F. & Charlton RA. Aging in autism spectrum disorders: a mini-review. *Gerontology* 2012; 58: 70-8.)
15. NICE clinical guide line CG142). www.nice.org.uk/CG142.
16. Allison C, Auyeung B, and Baron-Cohen S, (2012) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51(2):202-12 D
17. Lai MC, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The lancet Psychiatry.* 2015;2(11): 1013-1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
18. Giarelli E, Wiggins LD, Rice CE, Levy SE, Kirby RS, Pinto-Martin J, et al. Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability and health journal.* 2010;3(2):107-116. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.02.006>
19. Hyman, S.L., Levy, S.E., Myers, S.M., & AAP Council on Children with Disabilities, Section on developmental and behavioral pediatrics. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1)
20. Pierucci, JM (2016). Técnicas de andamiaje de las madres utilizadas durante el juego en niños pequeños con trastorno del espectro autista. *Revista de discapacidades físicas y del desarrollo*, 28 (2), 217-235. <https://doi.org/10.1007/s10882-015-9459-8>
21. Revision received February 6, 2020 Accepted March 20, 2020 https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-10005 Publisher Note: This article is part of the Forum: Intervention Findings Addressing Unique Communication Needs of Young Children With Autism Spectrum Disorders.

22. C. Allison, S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, T. Charman, J. Richler, G. Pasco and C. Brayne, (2008) The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): A Normally Distributed Quantitative Measure of Autistic Traits at 18-24 Months of Age: Preliminary Report *Journal of Autism and Developmental Disorders* Traducido con autorización de los autores por Hugo A. Segura Pujol Fonoaudiólogo Magister en Estudios Cognitivos
23. Effects of Parent-Implemented Interventions on Outcomes of Children with Autism: A Meta-Analysis- Wai Man Cheng · Timothy B. Smith · Marshall Butler · Tina M. Taylor · Devan Clayton1. Julio/2022. *Journal of Autism and Developmental Disorders* <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05688-8>
24. CENSIA, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. 2001. Implementación de las Actividades de Estimulación Temprana en las Unidades del Primer Nivel de Atención. Lineamientos. México.
25. NAVARRETE, M., ESPÍÑO, M., ORLIETTI, G. 2010. Estimulación Temprana-Escuela Maternal. paña. Editorial Lesa
26. Down JL. Lettsomian lectures on some of the mental affections of childhood and youth. *Br Med J*. 1887; 692:448-449.
27. Bleuler E. Dementia praecox oder gruppe der Schizophrenien. En: Aschaffenburg G, Editor. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke; 1911.
28. Lundström S, Reichenberg A, Anckarsäter H, Lichtenstein P, Gillberg C. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ*. 2015;350(apr28 2):h1961.
29. Rubeis SD, Buxbaum JD. Genetics and genomics of autism spectrum disorder: Embracing complexity. *Hum Mol Genet*. 2015;24:R24-R31.
30. Bernier R, Galzio C, Xiong B et al. Disruptive CHD8 mutations define a subtype of autism early in development. *Cell*. 2014;158:263-276. 18. Helsmoortel C, Vulto-van Silfhout AT, Coe BP, Vandeweyer G, Rooms L et al. A SWI/SNF-related autism syndrome caused by de novo mutations in ADNP. *Nat Genet*. 2014;46:380-384.
31. Huang TN, Chuang HC, Chow WH, Chen CY, Wang HF, Chou SJ et al. Tbr1 haploinsufficiency impairs amygdalar axonal projections and results in cognitive abnormality. *Nat Neurosci*. 2014;17:240-247.
32. Notwell JH, Heavner WE, Dorbandi WE, Katzman S, McKenna WL, Ortiz-Londono CF et al. TBR1 regulates autism risk genes in the developing neocortex. *Genome Res*. 2016;26:1013-1022.
33. Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jun;63(6):694-701.
34. Hyman SL, Levey SE, Myers SM, Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. 2020 Jan;145(1).
35. Ozonoff S, Heung K, Byrd R, Hansen R, Hertz-Picciotto I. The onset of autism: Patterns of symptom emergence in the first years of life. *Autism Res*. 2008;1(6):320-8. doi: 10.1002/aur.53.
36. Schonhaut L, Armijo I, Rojas B. P., Cabrera L, Boisier R. Reliability and acceptability of web-based administration of Spanish ages and stages questionnaires third edition*. *Infant Child Dev*. 2023; 32(4): e2425. <https://doi.org/10.1002/icd.2425>.
37. GARCÍA, L. J. 2006. Estimulación Temprana. Lima-Perú. Ediciones Mirbet. Primera Edición.
38. MINSA, MINISTERIO DE SALUD. 2011. Norma Técnica de Salud para el Control del crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. R.M.-N° 990-2010/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas-Lima. Primera Edición
39. OPS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2007. Washington D.C. 20037. EE.UU.
40. Sturmer R, Bergmann P, Howard B, Bet K, Stewart-Artz L, Attar S. Do Autism- Specific and General Developmental Screens Have Complementary Clinical Value? *J Autism Dev Disord*. 2022;



53(8):3065-3076. doi: 10.1007/s10803-022-05541-y.

41. Beacham C, Reid M, Bradshaw J, et al. Screening for Autism Spectrum Disorder: Profiles of Children Who Are Missed. *J Dev Behav Pediatr.* 2018;39(9):673-82. doi: 10.1097/DBP.0000000000000607.
42. Rouvier ME, Grañana N, Rovira Ruiz F, Zeltman A, Rodriguez Gil S. Screening for Autism Spectrum Disorders in Underserved Populations: Global Versus Specific Surveillance Instruments. *Adv Neur Neur Sci.* 2022;5(3):155-60.
43. Galbe Sánchez-Ventura, J. Cribado de los trastornos del espectro autista. Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2010. [pag. 3]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/autismo.htm>
44. Wieckowski AT, Williams LN, Rando J, Lyall K, Robins DL. Sensitivity and Specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (Original and Revised). *JAMA Pediatr.* 2023; 77(4):373-383. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.5975.
45. Aishworiya R, Ma VK, Stewart S, Hagerman R, Feldman HM. Metaanalysis of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised/ Follow-up for Screening. *Pediatrics.* 2023;151(6):e2022059393. doi: 10.1542/peds.2022-059393.
46. Sánchez-García AB, Galindo-Villardón P, Nieto-Librero AB, Martín-Rodero H, Robins DL. Toddler Screening for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy. *J Autism Dev Disord.* 2019;49(5):1837-52. doi: 10.1007/s10803-018-03865-2.
47. Wing, Lorna. El autismo en niños y adultos Una guía para la familia. 1ra Edición 1996 by Lorna Wing







GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL
PARAGUAY

PARAGUÁI
TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA

DGPS



DIRECCION GENERAL DE
PROGRAMAS DE SALUD