
Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista

E. Caretti Giangaspro^a, M. Alcamí Pertejo^b

^aPsiquiatra. Centro de Salud Mental Villa de Vallecas (Programa infantojuvenil). Madrid.

^bPsiquiatra. Hospital de día de trastornos psiquiátricos graves. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9: 301-15

Eugenia Caretti Giangaspro, eucagian@hotmail.com

Resumen

Una intervención temprana en los trastornos autistas es de suma importancia para mejorar el pronóstico de estos pacientes. La dificultad que supone el diagnóstico en niños pequeños suele conllevar una demora considerable en su primera valoración por el especialista en salud mental infantil. Por ello, el propósito de nuestro trabajo ha sido aportar un material que oriente al pediatra en la detección precoz de los trastornos del espectro autista mediante una revisión actualizada de los instrumentos estandarizados y una reconsideración de los criterios clínicos más discriminativos.

Palabras clave: Autismo, Detección precoz, Trastornos del desarrollo, Diagnóstico.

Abstract

An early intervention in the autistic disorders is of supreme importance in order to improve the prognosis of these patients. The difficulty involved in the diagnosis in the early years of life leads to a considerable delay in their first evaluation by a specialist on children mental health. That's why the purpose of our paper is to facilitate a material that may orientate the paediatrician in the early detection of the autistic spectrum disorders by means of an updated review of the standardized instruments and a reconsideration of the most discriminative clinical criteria.

Key words: Autism, Early detection, Developmental disorders, Diagnosis.

Introducción

Cualquiera que tome contacto con la asistencia a niños autistas se encuentra una y otra vez con la sensación de que se ha escapado demasiado tiempo hasta que el niño es traído a la consulta. Va-

rios estudios^{1,2} han mostrado el importante retraso entre la primera inquietud de los padres, habitualmente entre los 15 y los 22 meses, y la evaluación diagnóstica, que raramente es anterior a los 3 años. Abreviar esta demora es funda-

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

mental, puesto que permitiría no sólo un diagnóstico, sino, lo que es más importante, una intervención temprana, tanto terapéutica como educacional, en un momento de la vida en el que la patología supone una detención en el desarrollo de las capacidades cognitivas y relacionales del sujeto y en su constitución psíquica. Esta intervención temprana mejora el pronóstico a largo plazo y evita el malestar y la angustia adicionales a los padres, que no favorecerían una buena evolución del niño.

Se ha postulado que una de las causas de esta demora tiene que ver con la gran dificultad que entraña el diagnóstico de estos trastornos a edades muy tempranas. Varios factores contribuyen a esto: a) la presentación de los síntomas varía enormemente de caso a caso y con la edad; b) los déficits sociales y los retrasos del lenguaje pueden no ser identificados hasta que el niño comienza a relacionarse con sus pares en edad preescolar; c) la baja incidencia conlleva un bajo índice de sospecha (tabla I); y d) las adquisiciones

motoras no suelen verse afectadas³. Esto favorece que el autismo y otros trastornos del desarrollo rara vez se identifiquen en las evaluaciones pediátricas de rutina antes de los 3 años^{2,4}.

La intención de este trabajo es proporcionar una revisión acerca de los instrumentos de cribado que se han desarrollado en los últimos años para la identificación precoz de los trastornos autistas –más recientemente denominados “trastornos generalizados del desarrollo”–, definidos como aquellos trastornos en los que aparecen, en mayor o menor medida, alteraciones en la socialización, en la comunicación verbal y no verbal y en la aparición de patrones de comportamiento restringidos o repetitivos (tabla II). Dada la falta de un marcador biológico para ellos, éstos toman forma de escalas, en las que se intenta organizar datos objetivos procedentes de la experiencia clínica.

Múltiples artículos proponen como lugar idóneo para la detección de los trastornos autistas la consulta pediátrica de rutina del niño sano^{3,5,6}. Una herramienta

Tabla I. Características epidemiológicas de trastornos generales del desarrollo (TGD)

- Prevalencia de TGD: 2-5 de cada 10.000 niños menores de 12 años.
- Prevalencia de fenotipo del espectro autista: 5-10 por 10.000.
- Si incluimos el retraso mental grave con elementos autistas, el índice sube hasta 20 por cada 10.000.
- 3-5 veces más frecuente en niños que en niñas.

de cribado dentro de este dispositivo, además de ser sensible y específica, requiere que sea objetiva, fácil de administrar y breve. Igualmente, es de suma importancia que incluya la información que puedan aportar los padres, puesto que la visita pediátrica, como lugar de observación, supone un encuentro entre el niño

y el médico demasiado particular y breve que puede sesgar las observaciones.

Proceso de detección del autismo

En 1999 se formó un panel de consenso dirigido por Filipek⁵ con profesionales de múltiples disciplinas con el objetivo de determinar los parámetros prácticos para

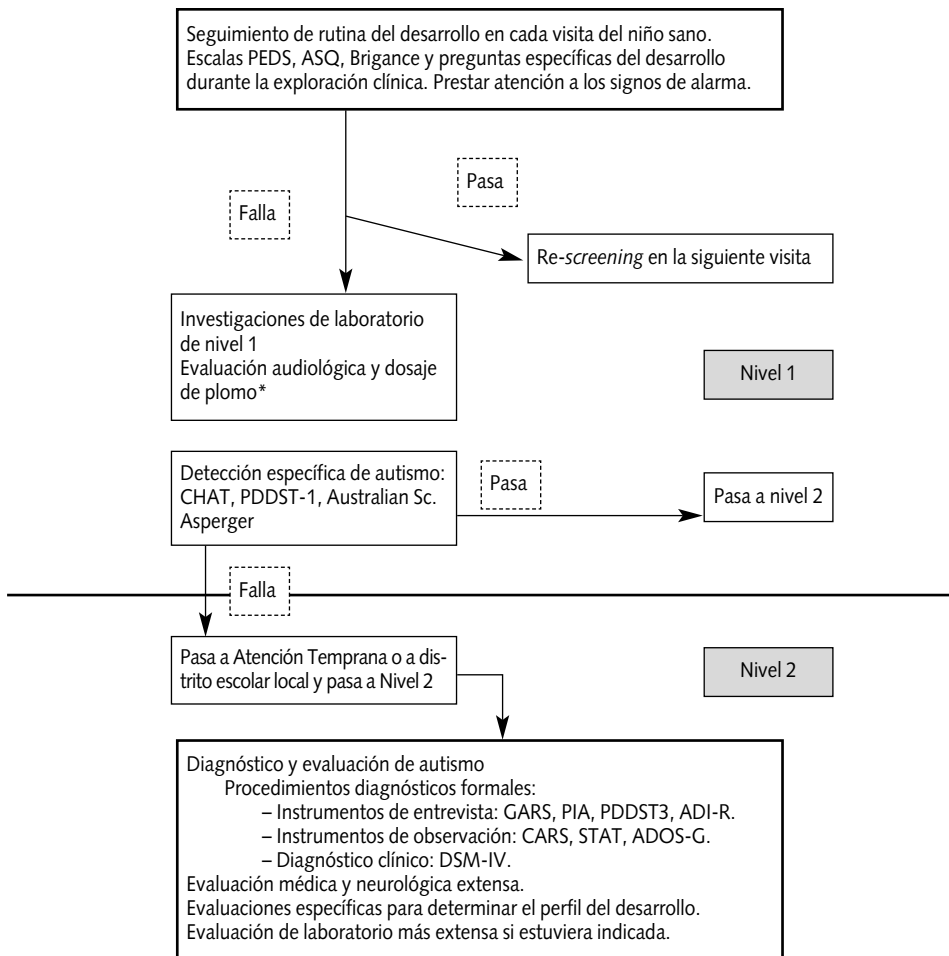
Tabla II. Criterios diagnósticos del trastorno autista según el DSM-IV

- A. Un total de seis o más ítems de los apartados 1, 2 y 3 con, por lo menos, dos del apartado 1 y uno de los apartados 2 y 3:
1. Alteración cualitativa de la interacción social manifestada, al menos, por dos de las siguientes características:
 - (a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como el contacto ocular, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos reguladores de la interacción social.
 - (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - (c) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.
 - (d) Falta de reciprocidad social o emocional.
 2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) Retraso a ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado por intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación tales como gestos o mímica).
 - (b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad de iniciar o mantener una conversación con otros.
 - (c) Utilización estereotipada o repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - (d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
 3. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - (a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados o restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
 - (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
 - (d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en, por lo menos, una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1) interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social o 3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

el cribado y el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Las decisiones se tomaron a través de grupos de discusión tras la revisión de aproximadamente 2.500 artículos relevantes presentes en la

literatura científica desde 1990 y se han publicado en un extenso documento. En este panel se proponen dos niveles a la hora de identificar los trastornos del espectro autista (figura 1)⁵:

Figura 1. Algoritmo sobre detección precoz del autismo. Panel de Consenso (Filipek et al. 1999)⁵.



* En España, estos casos son excepcionales, por lo cual sólo se recomendaría la realización de determinación de niveles de plomo en niños que también tengan pica.

- Nivel 1: identificar a los niños de riesgo para cualquier tipo de desarrollo atípico, incluidos los trastornos autistas.
- Nivel 2: supone una investigación más en profundidad de niños ya identificados como niños de riesgo de autismo que incluiría diferenciar el autismo de otro tipo de trastornos del desarrollo y una evaluación por un especialista para determinar el tipo intervención.

Vamos a centrar nuestro trabajo en el nivel 1 del proceso de detección, que consiste en el reconocimiento de rutina del desarrollo y el cribado específico para el autismo.

Reconocimiento de rutina del desarrollo evolutivo

En este primer nivel de detección resulta fundamental que desde la Atención Primaria pediátrica, durante los programas de seguimiento y atención del niño sano, se incluyan las preocupaciones de los padres, una valoración de las capacidades propias de cada edad y una observación especializada dirigida a valorar el desarrollo emocional y de las capacidades de interacción del niño. Debe prestarse especial atención a las preocupaciones de los padres, puesto que, cuando aparecen, casi siempre

existe algún tipo de problema del desarrollo. Sin embargo, si éstas no existieran, no debe dejarse de evaluar el desarrollo.

A pesar de que puede existir sintomatología observable previamente, se sugiere iniciar el cribado a partir de los 18 meses puesto que los síntomas desde este momento ya son medibles y permanecen estables hasta la edad escolar.

En el panel de consenso dirigido por Filipek⁵ propusieron como metodología que se debía seguir, en primer lugar, una serie de cuestionarios estandarizados para evaluar el desarrollo evolutivo y, en segundo lugar, un listado de preguntas para sondear durante la exploración clínica, específicamente, el desarrollo social, comunicativo y del comportamiento.

La forma de actuación se organizaría de la siguiente manera:

En caso de que los padres explicitaran cualquier preocupación en estas áreas, se deben aplicar directamente los cuestionarios específicos para el autismo. Las preocupaciones más frecuentes que hay que tener en cuenta son:

1. Preocupación por el retraso en el habla o en el lenguaje: suelen aparecer entre 1-5 años y generalmente por problemas en el lenguaje expresivo.

2. Sospechas de problemas en el desarrollo social o en el comportamiento:

deben tomarse muy en serio e investigarse inmediatamente, actitud que no es la habitual.

3. Hermanos pequeños de niños con autismo: hay que prestar especial atención porque la sintomatología puede quedar enmascarada por diversas razones.

En la tabla III reflejamos las demandas más frecuentes encontradas, como pre-

ocupaciones de los padres en la comunicación, en lo social y en el comportamiento.

Algunas de estas preocupaciones deben tomarse como verdaderos signos de alarma que obligan a una evaluación en profundidad:

- La falta de balbuceo a los 12 meses.

Tabla III. Principales preocupaciones de los padres⁵

1. En la comunicación:
 - No contesta al nombre.
 - No puede decirme lo que quiere.
 - Retraso en el lenguaje.
 - No sigue las indicaciones.
 - Parece sordo por momentos.
 - Parece oír unas veces y otras no.
 - No señala o hace adiós con la mano.
 - Antes decía algunas palabras y ahora no.
2. En lo social:
 - No sonríe a otros.
 - Parece que prefiere jugar solo.
 - Coge las cosas por sí mismo.
 - Es muy independiente.
 - Hace las cosas precozmente.
 - Poco contacto visual.
 - Está en su propio mundo.
 - Nos excluye.
 - No se interesa por otros niños.
3. En el comportamiento:
 - Rabietas.
 - Es hiperactivo, no coopera o se opone.
 - No sabe cómo jugar con los juguetes.
 - Se queda estancado en cosas una y otra vez.
 - Anda de puntillas.
 - Especial apego por algunos juguetes.
 - Alinea objetos.
 - Es hipersensible a algunas texturas o sonidos.
 - Hace movimientos extraños.

- La ausencia de gesticulaciones a los 12 meses.
- Ninguna palabra a los 16 meses.
- Menos de dos frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de cualquier lenguaje a cualquier edad.

En muchas ocasiones los padres no expresan inquietudes o preocupaciones en ese campo y será el pediatra quien deba sondear y explorar la existencia de síntomas de autismo. En la tabla IV

aportamos una batería de preguntas sobre las alteraciones típicas anteriormente descritas.

Asimismo, se recomienda evaluar regularmente las distintas áreas del desarrollo en cada visita pediátrica de control. En la tabla V se recogen los instrumentos estandarizados recomendados por el consenso. Las cuatro herramientas tienen una buena sensibilidad y especificidad para determinar si existen alteraciones en el desarrollo

Tabla IV. Cribado evolutivo específico para síntomas de autismo⁹

1. En la socialización:

- ¿Abraza el niño como otros niños?
- ¿Te mira cuando estás hablando o jugando?
- ¿Sonríe en respuesta a la sonrisa de otros?
- ¿Participa de juegos recíprocos como el cucu-trás?
- ¿Juega a juegos simples de imitación?
- ¿Muestra interés por otros niños?

2. En la comunicación:

- ¿Señala con el dedo?
- ¿Gesticula o dice "sí" o "no"?
- ¿Llama tu atención llevando objetos para que los veas?
- ¿Has notado algo raro en su forma de hablar?
- ¿Enseña cosas a la gente?
- ¿Conduce al adulto hacia lo que quiere con la mano?
- ¿Responde inconsistentemente a su nombre o a indicaciones?
- ¿Usa un lenguaje concreto, repetitivo o ecológico?
- ¿Memoriza series de palabras o inscripciones?

3. En el comportamiento:

- ¿Hace movimientos estereotipados, repetitivos o extraños?
- ¿Tiene preocupaciones o un estrecho rango de intereses?
- ¿Atiende más a partes de los objetos que al todo?
- ¿Tiene un juego simulado muy limitado o ausente?
- ¿Imita las acciones de otras personas?
- ¿Juega con los juguetes siempre de la misma forma?
- ¿Está fuertemente fijado a algún objeto concreto inusual?

evolutivo del niño y difieren fundamentalmente en el tiempo y la forma de aplicación y en cómo se organizan y puntúan sus ítems.

Por otro lado, los instrumentos tradicionales que se han venido empleando, como la escala Denver II (DDST-II, Frankenburg, 1992) y Revised Denver Prescreening Developmental Questionnaire (R-DPDQ, Frankenburg, 1986) no se recomiendan para este primer nivel por sus bajas sensibilidad y especificidad⁵.

Cribado específico para el autismo

Se considera que estamos ante un niño de riesgo si existe cualquier preocupación de los padres, espontánea o no, o si las escalas del desarrollo han puntuado por debajo de lo esperado. En ese caso debemos detenernos para investigar la posibilidad de rasgos autistas. Para ello, en el panel de consenso se han propuesto como herramientas el CHAT, el PDDST-1 y la escala australiana para el síndrome de Asperger⁵. Existe, asimismo, una modifica-

Tabla V. Cuestionarios de valoración del desarrollo evolutivo⁵

- The ages and stages questionnaire. 2 ed. (ASQ Broker & Squires, 1999): parte de información de los padres de niños de 0-3 años. Son formularios separados para cada rango de edad con 10 a 15 ítems. Estandarizada y validada, con buena sensibilidad y excelente especificidad. Aporta puntuaciones de corte. Es especialmente útil como prescreening dado que es breve y que es fácil de usar la única puntuación resultante como referente.
- The Brigance screens (Brigance 1986, Glascoe, 1996): formularios separados para cada 12 meses desde los 21 hasta los 90 meses. Usa preguntas directas y observación y lleva unos 10 minutos administrarla. Estandarizada y validada. Se ha estado usando durante 10 años. Se obtienen un punto de corte y equivalencias en las puntuaciones en función de la edad para el lenguaje, lo motor y la lectura y un punto de corte global. Buenas sensibilidad y especificidad.
- The child developmental inventories (CDI, Ireton, 1992): incluye tres mediciones separadas con 60 ítems cada una para distintos rangos de edad (0-21, 15-36 y 36-72 meses). Se completan en 5-10 minutos por los padres. No está estandarizada aunque se han comprobado su eficacia en varios estudios de validación, así como una excelente sensibilidad y buena especificidad. Sirve más para un asesoramiento que para un screening, ya que no permite ver cuál es el área más afectada.
- The parents evaluation of developmental status (PEDS, Glascoe, 1998): es un formulario de 10 preguntas en un nivel idiomático asequible que ayuda a la interpretación de las preocupaciones de los padres y puede ser contestada por éstos. Ha sido validada y estandarizada. Tiene una sensibilidad para los problemas del desarrollo y una especificidad para el desarrollo normal del 70-80%. Muestra la buena capacidad de los padres para detectar problemas independientemente de su nivel de instrucción.

ción del CHAT que también consideraremos por su presencia en la literatura científica y por ser posterior al panel.

1. Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)^{7,8}

Es la escala de cribado de autismo más estudiada y difundida. Está pro-

puesta para su aplicación en Atención Primaria pediátrica durante el reconocimiento del niño sano a los 18 meses de edad, momento en que los síntomas ya son medibles y permanecen estables hasta la edad preescolar, según han demostrado recientes estudios.

Tabla VI. CHAT⁷

<p>Sección A: Preguntas a los padres</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Disfruta su hijo al ser mecido, al botar en sus rodillas, etc.?• ¿Se interesa su hijo por otros niños? *• ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?• ¿Disfruta su hijo jugando al cucu-trás/escondite?• ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té de juguete o simula otras cosas? *• ¿Utiliza alguna vez el dedo índice para señalar, para pedir algo?• ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar interés por algo? *• ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo, coches o bloques) y no sólo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?• ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para mostrarle algo? * <p>Sección B: Observación</p> <p>I. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con usted durante la observación?</p> <p>II. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga "¡Oh, mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!". Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que usted está señalando? (Asegúrese de que el niño no ha mirado sólo a su mano sino que realmente ha mirado el objeto que usted le estaba señalando).</p> <p>III. Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera y una taza de juguete y diga "¿Puedes servir una taza de té?". (Si puede lograr cualquier otro ejemplo de simulación, puntúe sí en este ítem.) *</p> <p>IV. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice la luz? (Repítalo con "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable si el niño no entiende la palabra luz. Para registrar "sí" en este ítem el niño tiene que haber mirado a su cara en torno al momento de señalar.) *</p> <p>V. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos?</p>
<p>* Son las preguntas críticas, las más indicativas de la existencia de rasgos autistas.</p>

Consta de nueve ítems en forma de preguntas a los padres y otros cinco de observación (tabla VI) evaluados por un visitador sanitario a domicilio, figura existente en el sistema inglés que puede administrarse en aproximadamente 15 minutos. De estos 14 ítems totales sus autores seleccionaron –después de dos importantes estudios: uno con una población de riesgo por antecedentes fa-

miliares de autismo y otro más amplio para validar la escala– cinco ítems críticos como los más discriminativos, correspondientes a los siguientes hitos del desarrollo: gesto protodeclarativo (A7 y BIV) y seguimiento de la mirada (BII) (ambos valoran la atención conjunta) y juego de ficción (A5 y BIII).

No proponen un punto de corte concreto. En caso de fallar una o dos de es-

Tabla VII. M-CHAT³

1. ¿Le gusta a su hijo ser mecido, botar sobre sus rodillas, etc.?
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños? *
3. ¿Le gusta subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?
4. ¿Le gusta jugar al cucu-trás, al escondite u otros juegos similares?
5. ¿Ha simulado su hijo alguna vez que habla por teléfono, que cuida a las muñecas u otras cosas?
6. ¿Utiliza alguna vez el dedo índice para pedir algo?
7. ¿Utiliza alguna vez el dedo índice para señalar, para mostrar interés en algo? *
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con pequeños juguetes (por ejemplo, coches o ladrillos) y no sólo llevarse los a la boca, manosearlos o tirarlos?
9. ¿Alguna vez le lleva su hijo objetos para mostrarle algo? *
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?
11. ¿Se ha mostrado alguna vez su hijo hipersensible a los ruidos (por ejemplo, tapándose los oídos)?
12. ¿Su hijo se ríe en respuesta a su cara o su sonrisa?
13. ¿Le imita su hijo (por ejemplo, cuando usted hace alguna cara)? *
14. ¿Responde su hijo a su nombre cuando le llaman? *
15. ¿Si usted señala a un juguete que esté en la habitación, su hijo lo mira (al juguete)? *
16. ¿Su hijo camina?
17. ¿Hace su hijo movimientos inusuales con los dedos cerca de su cara?
18. ¿Mira su hijo las cosas que usted está mirando?
19. ¿Intenta su hijo llamar su atención hacia sus propias actividades?
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su hijo es sordo?
21. ¿Entiende su hijo lo que le dice la gente?
22. ¿Algunas veces su hijo se queda mirando al infinito o deambula sin ningún propósito?
23. ¿Mira su hijo su cara para comprobar su reacción cuando se encuentra con algo no familiar?

* Son las preguntas críticas, las más indicativas de la existencia de rasgos autistas.

tas categorías, indicaría cierto riesgo de autismo o de otros trastornos del desarrollo y en caso de fallar en las tres categorías, alto riesgo. En ambos casos se indicaría la derivación a servicios de salud mental para una valoración más en profundidad. Esta escala no es aplicable a niños con un retraso mental grave.

El valor del CHAT reside en la facilidad de aplicación y en su demostrada especificidad. En los estudios realizados por Baron Cohen se observó que todos los niños que fallaban los cinco ítems-criterio eran finalmente diagnosticados de autismo. Sin embargo, el estudio epidemiológico posterior ha demostrado que es menos sensible a los síntomas menos agudos de autismo, pues varios niños que no fallaron en el CHAT fueron más tarde diagnosticados de trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NE), Asperger o autismo atípico. Por tanto, se la ha considerado una herramienta utilizable pero no lo suficientemente potente como para la identificación de la mayoría de los niños que caerán dentro del espectro autista.

2. CHAT modificada, M-CHAT²

Esta escala conserva sólo los primeros nueve ítems del CHAT correspondientes a la parte de preguntas a los padres

(sección A) y añade 14 nuevas preguntas (tabla VII); queda como resultado un cuestionario íntegramente dirigido a los padres. La nueva configuración tiene el propósito de intentar corregir dos deficiencias del CHAT: a) su baja sensibilidad para los trastornos más leves del espectro autista; y b) la necesidad de adecuarlo a sistemas sanitarios que no cuenten con la figura del visitador de salud a domicilio, que es quien evaluaría los ítems de observación. Esto se debe a que una única exploración en la consulta pediátrica conllevaría un importante sesgo, dada la brevedad y particularidades de ésta.

Asimismo, se espera aumentar también la sensibilidad evaluando a los niños a los 24 meses en vez de a los 18 para incluir los casos de regresión y fijando un umbral más bajo para la derivación. El punto de corte para una evaluación en profundidad es fallar en dos de los seis ítems críticos (señalar protodeclarativo, seguir un punto, llevar objetos para enseñárselos a los padres, imitación, interés en iguales y responder al nombre) o en tres cualesquiera. Es interesante apuntar que todos los síntomas observados como críticos son síntomas negativos, es decir, capacidades aún no adquiridas y que serían esperables para la edad.

Uno de sus inconvenientes es que no diferencia autismo de otros retrasos del desarrollo no autistas y algunos investigadores opinan que no complementar la información de los padres con una exploración médica podría disminuir la sensibilidad. Aún se encuentra pendiente de nuevos estudios.

3. Pervasive Developmental Disorders Screening Test-Stage 1 (PDDST-1)⁹

Es un cuestionario para aplicar en Atención Primaria con ítems graduados desde el nacimiento hasta los 36 meses. A diferencia del CHAT, esta escala rasrea tanto síntomas positivos como negativos e incluye un número de preguntas sobre "regresión". Además de sondear áreas similares a otras escalas, evalúa el temperamento, las respuestas sensoriales, las estereotipias, la atención, el apego y el interés por sus compañeros de edad. El informe de los padres sobre las estereotipias así como otras conductas es más fiable que la observación por el profesional pues éstos tienen la posibilidad de ver al niño en situaciones más diversas y más prolongadamente.

Un grupo significativo de tres respuestas positivas en este test se ha definido como umbral para una considera-

ción diagnóstica más amplia de los trastornos autistas. Este cuestionario aún no se ha publicado.

4. The Australian Scale for Asperger's Syndrome¹⁰

Es una escala para aplicar a padres o profesores de niños de más edad con alto nivel funcional dentro del espectro autista que aún no hayan sido detectados en edad escolar. Consiste en 24 preguntas que se puntúan del 1 al 6, más un cuestionario adicional de 10 preguntas de sí o no sobre características conductuales. Si la mayoría de las preguntas se responden con sí y la mayoría de las puntuaciones están entre 2 y 6, se debe remitir al niño a una evaluación diagnóstica.

Fuera de lo estipulado por el consenso y desde nuestra experiencia como psiquiatras, alertaríamos del riesgo de utilizar este diagnóstico desde la consulta de Atención Primaria. En los últimos años estamos encontrando un sobrediagnóstico de este trastorno, equiparándose a niños con dificultades en la relación con iguales como portadores de este trastorno del espectro autista. Existen numerosas características temperamentales o trastornos psíquicos que dificultan la integración social de los niños (inhibición, excesiva impulsividad y

rasgos de hiperactividad, trastornos adaptativos...); será tarea del segundo nivel de atención (el servicio de salud mental) la realización de ese diagnóstico diferencial y el abordaje terapéutico, que diferirá de forma importante según los supuestos diagnósticos.

Conclusiones

Hasta aquí hemos analizado los instrumentos de detección del autismo que proponen las últimas investigaciones para lograr una identificación temprana de estos pacientes que permita poner en juego, lo antes posible, los recursos terapéuticos necesarios. A pesar de la enorme cantidad de estudios e investigaciones que se han desarrollado para diseñar una herramienta suficientemente sensible, específica, fiable y válida, ninguna de las escalas hasta ahora formuladas ha conseguido una solución completamente satisfactoria. Probablemente esto tenga que ver con la enorme dificultad que supone objetivar y medir la subjetividad. Más aún en el caso de los niños pequeños, en los que ésta se encuentra en proceso de construcción y la falta de lenguaje no nos alerta de su presencia.

Los primeros años de vida suponen un momento de construcción de toda una estructura psíquica que nos permiti-

rá establecer lazos con los otros y acceder a los objetos que nos rodean y que condicionará nuestra experiencia en el futuro. Por ello, en la exploración del niño pequeño no debemos olvidar la valoración de su capacidad de interacción con los otros y con el entorno, evaluando el contacto ocular, la sonrisa social, el interés por la voz, la imitación, la utilización de gestos comunicativos y la simbolización en el juego. En el niño de rasgos autistas estos indicadores estarán ausentes. Nos sorprenderemos ante un pequeño paciente que nos ignora, no interacciona o no se interesa por nuestra demanda y en el cual el juego y el lenguaje se han quedado detenidos en etapas previas o destacan por su rareza.

Dentro de las manifestaciones tempranas de autismo, tras analizar las diversas herramientas de cribado, podemos concluir que los indicadores más específicos de trastornos autistas serían la ausencia de las siguientes capacidades:

- Gesto protodeclarativo: señalamiento con el dedo índice de algún objeto de interés con el único fin de compartir con otra persona las emociones que éste produce (por ejemplo, un niño señala a un perro y seguidamente mira a la cara de su padre expresando sorpre-

sa o profiere algún tipo de exclamación o lo nombra). No debemos confundirlo con el gesto protoimperativo en el cual el señalamiento se realiza para pedir un objeto.

- Seguimiento de la mirada: capacidad de dirigir la mirada hacia un punto concreto al cual otro está mirando (por ejemplo, una madre le dice al hijo: ¡Mira, un coche!, y el niño dirige su mirada hacia el coche, es decir, hacia el objeto que ella mira y no hacia ella simplemente).

Estos dos indicadores pertenecen a los comportamientos que implican una atención conjunta y que aparecen a los 9-14 meses.

- Juego de ficción: suele estar presente a los 12-15 meses. Es el juego en el que los objetos se usan como si tuvieran propiedades que realmente no tienen. Implican cierto grado de fantasía y de simbolización. Los juguetes representan objetos reales con funciones concretas y se usan en el juego como si fueran aquellos objetos (por ejemplo, hacer como si se sirviera y se tomara una taza de té, usar muñecos como si fueran personas en una escena o hacer como si hablara por teléfono o cualquier otro

juego que implique una simulación de la realidad). Hay que diferenciarlo del juego funcional, que sería aquel en el que los juguetes se usan como se espera que se haga, pero no implican una fantasía ni una simulación de la realidad (por ejemplo, hacer rodar un coche –sin acompañarlo de sonido ni recorridos en el aire–, hacer botar una pelota, etc.).

Otras manifestaciones clínicas menos específicas, pero que deben tenerse en cuenta a la hora de la detección precoz del autismo, especialmente si queremos que no se pierdan en el camino los casos más leves o atípicos, son:

- No suele tener interés por otros niños.
- No suele llevarle objetos al adulto con la intención de mostrárselos.
- No suele imitar al adulto.
- No responde al nombre cuando se le llama.

Nuestras recomendaciones finales para la detección de los trastornos autistas son, además de familiarizarse con los instrumentos de cribado y nutrirse de sus claves diagnósticas, no olvidar el estatuto de herramientas de éstos y reavivar dos clásicas labores clínicas:

En primer lugar, dedicar una cuidadosa mirada a este niño, a su comportamiento

y a su modo de relación en el pequeño espacio de la consulta pediátrica y en el valioso tiempo que supone su atención prolongada a lo largo de los distintos momentos de sus interurrencias médicas y del programa del niño sano.

En segundo lugar, aprovechar el espacio de la consulta pediátrica para favorecer el despliegue de las preocupaciones y preguntas de los padres que tan valiosa información nos aportan.

Bibliografía

1. Siegel B, Pliner C, Eschler J, Elliot G. How children with autism are diagnosed: difficulties in identification of children with multiple developmental delays. *J Develop Behav Pediatr.* 1988;9:199-204.

2. Gillberg C. What is autism? *Int Rev Psychiatry.* 1990;2:61-6.

3. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Develop Dis.* 2001;31:131-51.

4. Robin PG, Myers BJ. Characteristics of infantile autism: moving toward earlier detection. Focus on autism and other developmental disabilities. *Focus Autism Dev Disabilities.* 2004;19:5-12.

5. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Develop Dis.* 1999;29:439-84.

6. American Academy of Pediatrics. Commit-

tee on Children with Disabilities. The paediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. *Pediatrics.* 2001;107:1221-6.

7. Baron Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *Br J Psychiatry.* 1992;161:839-43.

8. Baron Cohen S, Cox A, Baird G. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry.* 1996;168:158-63.

9. Siegel B. Early screening and diagnosis in autism spectrum disorders: the pervasive developmental disorders screening test (PDDST). Paper presented at the NIH State of the science in autism. Bethesda: Screening and Diagnosis Working Conference; 1998. p. 15-7.

10. Garnett MS, Atwood AJ. The Australian scale of Asperger's syndrome. In: Atwood T, editor. *Asperger's syndrome. A guide for parents and professionals.* London: Kingsley; 1998. p. 17-9.

