



Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

Cribado de los trastornos del espectro autista

José Galbe Sánchez-Ventura^a, Laura García Soto^b, Juan Hidalgo Sanz^c, Leyre Martí Martí^d,
José M.^a Mengual Gil^e, Carmen Rosa Pallás Alonso^f, Julia Colomer Revuelta^g, Olga Cortés Rico^h,
M.^a Jesús Esparza Olcinaⁱ, Ana Gallego Iborra^j, Ana Garach Gómez^k

Recibido: 27-junio-2026

Aceptado: 5-julio-2026

Publicado en Internet:
29-septiembre-2026

José Galbe Sánchez-Ventura:
galbester@gmail.com

Resumen

La prevalencia global de los trastornos del espectro autista está en torno al 1%. En las últimas décadas se ha visto incrementada por varias razones, entre las que se cuentan los cambios en la definición, la mayor concienciación de los profesionales y la mayor supervivencia de los niños de alto riesgo neurológico.

Tras el planteamiento y la respuesta a una serie de preguntas estructuradas, el grupo PrevInfad emite una serie de recomendaciones. La primera de ellas es recomendar la supervisión del desarrollo en la población general de 0 a 36 meses, realizada en Atención Primaria aplicando la metodología del Programa de Salud Infantil.

El cribado del trastorno del espectro autista se recomienda que se aplique con la escala M-CHAT-20-R/F (*Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*) solo en la población de 16 a 30 meses que esté en un grupo de riesgo de trastorno del espectro autista.

No se encuentran pruebas de buena calidad para recomendar, pero tampoco para desaconsejar, el cribado con M-CHAT-R/F en la población general de 16 a 30 meses, que debería realizarse siempre en el contexto de otras intervenciones de supervisión del desarrollo psicomotor.

Se recomienda la derivación, lo más precoz posible, a atención temprana de todos los menores de 0 a 30 meses con sospecha o diagnóstico de trastorno del espectro autista o del desarrollo.

Palabras clave:

- Cribado
- Desarrollo infantil
- Trastorno del espectro autista

Screening for autism spectrum disorder

Abstract

The global prevalence of autism spectrum disorder is around 1%. In recent decades, it has increased for several reasons, including changes in diagnostic definitions, greater awareness among professionals, and improved survival rates of children at high neurologic risk.

After formulating and answering a series of structured questions, the PrevInfad group has issued several recommendations. The first is developmental surveillance in the general population from 0 to 36 months of age, mainly at the primary care level, and in the framework of the Child Health Program.

Screening for autism spectrum disorder using the M-CHAT-20-R/F scale (*Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*) is recommended only in the children aged 16 to 30 months who belong to a risk group for autism spectrum disorder.

There is no good-quality evidence to either recommend or discourage screening of the general population aged 16 to 30 months with the M-CHAT-R/F, which should always be carried out in the context of other neurodevelopmental assessments.

It is recommended that all children aged 0 to 30 months with suspected or diagnosed autism spectrum disorder or developmental disorders be referred to early intervention services as early as possible.

Key words:

- Autism Spectrum Disorder
- Child development
- Screening

Este manuscrito es una colaboración del grupo PrevInfad con la *Revista Pediatría de Atención Primaria* y es una versión adaptada del mismo tema publicado en la web de PrevInfad.

Cómo citar este artículo: Galbe Sánchez-Ventura J, García Soto L, Hidalgo Sanz J, Martí Martí L, Mengual Gil JM, Pallás Alonso CR, et al. Cribado de los trastornos del espectro autista. 2026;28:381-9. <https://doi.org/10.60147/4f868165>

INTRODUCCIÓN

Según la clasificación DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) se conoce como trastorno del espectro autista (TEA) a aquella situación de base genética y persistente en el tiempo con un trastorno heterogéneo del neurodesarrollo, alteración en la comunicación, interacción social, intereses restringidos, conductas repetitivas y poco flexibles. No siempre se puede evidenciar el trastorno en las primeras etapas, aunque sí pueden aparecer señales de alarma¹⁻⁵. La neurodiversidad es un concepto por el que las diferencias de pensamiento, sentimiento y comportamiento de las personas con TEA deben ser interpretadas no como algo patológico, sino como variantes de la normalidad. Este enfoque promueve la integración y la no medicalización de la vida de las personas con TEA. Es cierto que muchas personas con TEA presentan además otros problemas médicos y déficits cognitivos, pero no es menos cierto que otros neurotípicos también⁶.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La prevalencia global de los TEA está en torno al 1%^{7,8}. En las últimas décadas se ha visto incrementada por varias razones. En primer lugar, por el cambio en la definición y el paso de la clasificación del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*) al DSM-5, de forma que varios epígrafes del DSM-IV desaparecen y se incorporan al DSM-5. Otro factor a tener en cuenta es que en países de recursos limitados la información epidemiológica es peor y puede dar lugar a cifras de menor prevalencia. Es importante señalar la mayor concienciación y alerta de los profesionales sobre estos trastornos. Podríamos señalar otros factores como las campañas de información a profesionales y familias o cambios de diagnóstico dentro del espectro menos grave. También ha aumentado gracias a la mayor supervivencia de niños de alto riesgo neurológico. En el enlace siguiente puede verse la prevalencia de TEA

por diferentes regiones y países del mundo: <https://autismprevalence.thetransmitter.org/>

SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (SDPM)

La supervisión del desarrollo psicomotor (SDPM) es el conjunto de observaciones sistemáticas, exploraciones, preguntas a los padres y escalas para la detección de desviaciones en el desarrollo a lo largo de todo el período de provisión de cuidados, que realizan los profesionales de Atención Primaria. Estas intervenciones se realizan tanto de forma seriada y programada como oportunista⁹. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria dispone de un programa denominado Programa de Salud Infantil (PSI) que integra las actividades que conforman la SDPM y que puede obtenerse en el enlace: <https://aepap.org/programa-de-salud-infantil/>

Existen cuestionarios como el denominado *Parent's Evaluation of Developmental Status* (PEDS), diseñado para valorar las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo psicomotor de sus hijos; tiene una sensibilidad del 70-90% y una especificidad del 70-80% para la detección de trastornos del desarrollo⁹. Todas estas actividades se han de realizar en conjunto y no una en particular o una escala de cribado de forma aislada. En la práctica, estas medidas conducen a una detección más precoz de todos los trastornos del desarrollo y de los TEA. La precocidad en el diagnóstico es importante para lograr también una intervención temprana, ya que de ello dependerá una mejor adaptación del menor a su entorno familiar, escolar y social y unos mejores resultados. No existen, pese a todo, evidencias de buena calidad para definir el método óptimo de SDPM y, en general, se aboga por una prudente combinación de todos ellos. En el caso de usar cuestionarios, deben estar validados para nuestra población. Es importante que cualquier escala para valorar el desarrollo sea aplicada en combinación con la observación del menor, además de conocer los signos clínicos de alerta o de sospecha de TEA.

PREGUNTAS CLÍNICAS ESTRUCTURADAS

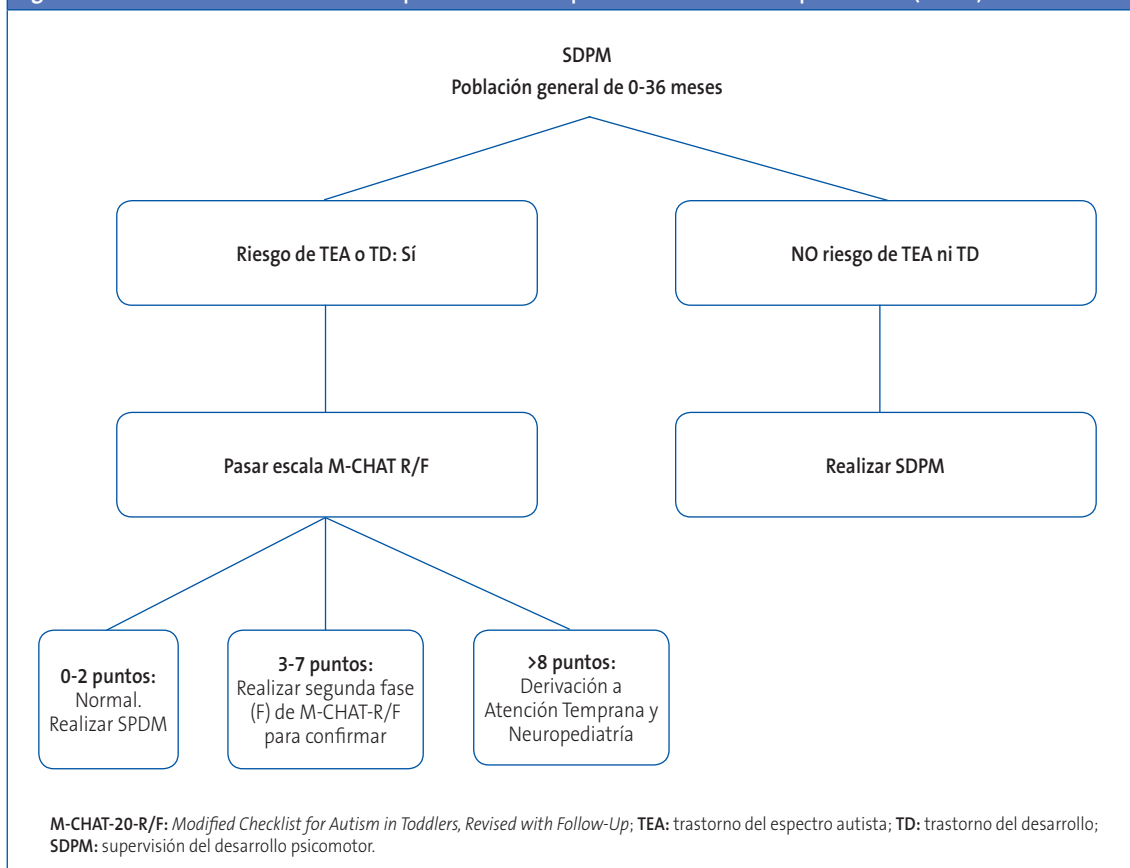
Pregunta 1. ¿El cribado del trastorno del espectro autista en niños de 16 a 30 meses conduce a una detección temprana de los mismos, respecto a los no sometidos a cribado y que siguen la vía de la supervisión del desarrollo psicomotor?

El cribado de los TEA se realiza con diferentes escalas de cribado. Nos referiremos preferentemente al M-CHAT-R/F (*Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*). El M-CHAT-R/F es una escala que puede ser cumplimentada por padres o cuidadores: <https://www.autismspeaks.org/deteccion-temprana>¹⁰⁻¹⁶.

Está diseñada para el cribado, no para el diagnóstico. El diagnóstico requiere cuestionarios específicos y la valoración de un equipo multidisciplinar de

expertos. El cuestionario está validado formalmente en España para niños de entre 16 y 30 meses. Consta de dos fases: el cuestionario inicial de 20 preguntas y una entrevista de seguimiento (*Follow-Up, F*) para los casos de riesgo intermedio o positivo. El M-CHAT-R/F tiene 20 ítems. Para todos los ítems la respuesta “No” implica riesgo de TEA, excepto para los ítems 2, 5 y 12; para estos últimos es el “Sí” el que implica riesgo. Esta escala se interpreta de la siguiente manera: entre 0 y 2 puntos se considera normal. Entre 3 y 7 puntos se realiza la segunda fase de seguimiento del M-CHAT-R/F, de forma que nos permita confirmar y recalificar la situación de riesgo. Si la puntuación es igual o mayor a 8 puntos supone un alto riesgo y conviene derivar para diagnóstico más preciso a un equipo multidisciplinar de atención temprana y Neuropediatría. En la **Figura 1** puede verse el algoritmo decisional.

Figura 1. Cribado de los trastornos del espectro autista. Supervisión del desarrollo psicomotor (SDPM) 0-36 meses



Uno de los principales estudios de cribado del trastorno del espectro autista (CTEA) con M-CHAT-R/F es el de Canal Bedia, realizado en Castilla y León en 2011 en el ámbito de la pediatría de Atención Primaria¹³. En este estudio se desarrolló un sistema de revisión telefónica de las respuestas que cuenta con un protocolo específico para cada ítem y que ha sido validado en España. De esta forma, este programa reduce el número de falsos positivos.

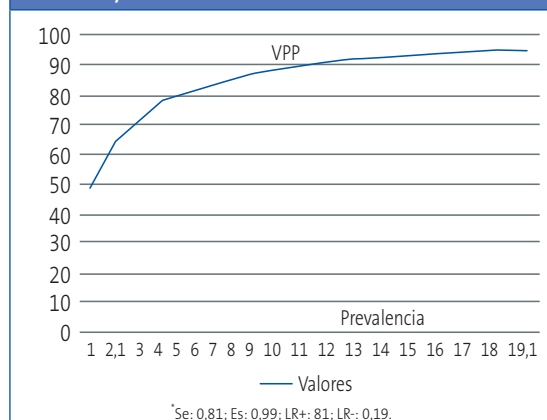
El rendimiento del M-CHAT -R/F en este estudio tiene una sensibilidad del 81% y una especificidad del 99%, con un cociente de probabilidad positivo de 81 y negativo de 0,19. En la **Figura 2** se muestra la correlación entre VPP y prevalencia o probabilidad preprueba. En la **Tabla 1** podemos observar los principales grupos de riesgo con sus prevalencias y el VPP del M-CHAT-R/F. Se puede concluir que el rendimiento del test es relativamente bajo en población general y mucho más elevado en población de riesgo. La implementación del test en población general producirá un número elevado de falsos positivos necesitados de evaluación en otros niveles asistenciales. El grupo de trabajo de Canal Bedia afirma que el CTEA con M-CHAT-R/F detectará muchos trastornos del desarrollo, aunque no entren en la categoría de TEA. Es cierto también que la mayoría de estos trastornos del desarrollo serán

descubiertos en la SDPM, por detección de situaciones predisponentes, factores de riesgo o presencia de signos de alarma. Por otra parte, en el mencionado estudio se utiliza una entrevista telefónica de seguimiento con arreglo a un protocolo específico. Estas condiciones no son exactamente las que van a utilizar, ahora mismo, los profesionales de Atención Primaria en nuestro medio y probablemente se producirán muchos más falsos positivos, derivaciones, etc. La propuesta más razonable es que el CTEA con M-CHAT-R/F se realice cuando en el primer nivel de SDPM haya surgido alguna duda o indicador de riesgo o estemos en alguna de las situaciones que presuponen una mayor probabilidad de TEA.

La Escala Autónoma puede ser cumplimentada por padres o profesores de niños de más de cinco años en los que se sospeche TEA sin discapacidad intelectual. Publicada en 2008, es fruto de la colaboración entre el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid y las organizaciones Confederación Autismo-España (CAE), FESPAU y Fundación ONCE. Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas (nunca, a veces, frecuentemente, siempre, no observado). Los resultados estimaron una sensibilidad entre el 97,8 y 100% y una especificidad entre el 98,9 y 72% para los puntos de corte 37 y 36, respectivamente.

El test del espectro autista (CAST, del inglés, *Childhood Asperger Syndrome Test*) es una prueba de tipo cuestionario que puede ser útil y que está diseñado para población española de entre 4 y 12 años. Consta de 31 preguntas sobre comportamiento social y comunicativo. Es un test pensado para ser autocumplimentado por los padres con dos opciones (sí o no). Los estudios de validación aconsejan un punto de corte de 15, con una sensibilidad de 0,83, especificidad de 0,91 y VPP de 0,61.

Figura 2. Cribado de los trastornos del espectro autista. Correlación entre prevalencia de TEA y VPP del test M-CHAT-R/F*



García Primo P, Santos Borbujo J, Martín Cilleros MV, Martínez Velarte M, Lleras Muñoz S, Posada de la Paz M, Canal Bedia R. 2013.

M-CHAT-20-R/F: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up; TEA: trastornos del espectro autista; VPP: valor predictivo positivo.

Pregunta 2. ¿La detección temprana conduce a una más pronta realización del tratamiento o intervención?

Existe un acuerdo generalizado en realizar la intervención cuanto antes, es decir, a partir de los 18

Tabla 1. Cribado de los trastornos del espectro autista. Rendimiento del cribado con M-CHAT 20 R/F*. Estudio en Castilla y León

Población	Prevalencia	VPP	VPN
Población general menor de 3 años	1,00%	45%	99,8%
Prematuros <35 semanas	2,10%	63,5%	99,6%
Prematuros <28 semanas	2,15%	63,5%	99,6%
Peso nacimiento <2500 gramos	1,85%	59,8%	99,6%
Un gemelo TEA	19,10%	95%	95,7%
Encefalopatía hipóxicoisquémica	5,50%	82,5%	98,9%
Valproato en gestación	4,40%	78,8%	99,1%
Padre 40-49 años	4,80%	80,3%	99%
Madre >40 años	1,30%	51,6%	99,7%
Psicosis parental	2,90%	70,8%	99,4%
Trastorno afectivo parental	2,40%	66,6%	99,5%
Otros trastornos de salud mental parental	2,4%	66,6%	99,5%

*Se: 0,81; Es: 0,99; LR+: 81; LR-: 0,19.

García Primo P, Santos Borbujo J, Martín Cilleros MV, Martínez Velarte M, Lleras Muñoz S, Posada de la Paz M, Canal Bedia R. 2013.

M-CHAT-20-R/F: *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*; **TEA:** trastornos del espectro autista; **VPN:** valor predictivo negativo; **VPP:** valor predictivo positivo.

meses, porque a esta edad el diagnóstico de TEA es ya bastante estable y seguro¹⁷⁻¹⁹. Cuanto más precoz es el inicio de la atención temprana, mejor es la adaptación de la familia y se reduce el estrés tanto en los menores como en sus familias. Es una preocupación importante el retraso en el diagnóstico en Atención Primaria, pero también la magnitud de las listas de espera en servicios de Neuropediatría y atención temprana, que actúan como auténticas barreras y determinan el retraso en el inicio de las intervenciones.

Pregunta 3. ¿Existen daños potenciales y costes de la detección temprana de los TEA?

En primer lugar, los falsos positivos derivados de la propia técnica de cribado. Es necesario buscar el equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad de la prueba de cribado y se recomienda que ambas superen el 0,7. Si la sensibilidad es baja suben los falsos negativos (casos no detectados) y se producen retrasos en el inicio del tratamiento. Cuando baja la especificidad aumentan los falsos positivos (niños etiquetados innecesariamente que hay que valorar) y aumentan los costes del CTEA. Se ha evaluado la viabilidad del CTEA¹¹⁻¹⁶. El tiempo que cuesta a un profesional realizar el cribado con

M-CHAT-R/F es de alrededor de 4,43 minutos, de modo que el 74% lo encuentran viable y un 22% viable aún con reparos por motivos de tiempo. El coste por caso cribado es de 7,28€ (valor del año 2014) por cada cribado y de 1641€ por cada caso detectado. Se puede estimar que son costes muy razonables, ya que el CTEA nos permite un diagnóstico más temprano. De cara a la precocidad de la intervención, sería importante reducir las importantes demoras en los servicios de Neuropediatría y atención temprana.

Pregunta 4. En niños de 16 a 30 meses, ¿mejora la atención temprana la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o las habilidades cognitivas y sociales, respecto a los no sometidos a atención temprana?

Los principales grupos de expertos coinciden en que el inicio de la intervención debe ser lo más precoz posible. La atención temprana es un conjunto heterogéneo de actividades cuya eficacia es difícil de evaluar. La intensidad y duración de la atención temprana es variable, desde intervenciones cortas a otras más intensivas superiores a 20 horas semanales. No siempre las intervenciones más intensivas son las mejores. En general, se debe intentar

implicar a los padres como parte de la terapia y tener siempre un profesional coordinador de cada caso que planifique y evalúe el tratamiento. Es mejor implementar los programas en entornos naturales como la familia, la escuela, etc. Existen metaanálisis que indican que las intervenciones tempranas centradas en la comunicación social mejoran el conjunto de síntomas de TEA²⁰⁻²⁴. Varios estudios evalúan la eficacia de la atención temprana. Según los trabajos del metaanálisis de Sandbank sobre 289 estudios²⁰, y utilizando como criterio el estadístico “g de Hedges”, que es una medida estandarizada del tamaño del efecto que se utiliza en un metaanálisis para comparar grupos experimentales y controles, su valor indica cuántas desviaciones estándar separan las medias del grupo intervención respecto del control. Para su interpretación, un efecto de hasta 0,2 es pequeño, 0,5 moderado y 0,8 o más grande. El metaanálisis de Sandbank se mostró moderadamente eficaz en dimensiones como la comunicación social (“g”: 0,54), social-emocional y conducta desafiante (“g”: 0,59). De la misma forma, en el de Daniolou²², sobre 33 trabajos, la dimensión más eficaz fue la comunicación social (“g”: 0,33). Con estos resultados, las intervenciones precoces en los TEA son moderadamente eficaces en cuanto al tamaño del efecto. Las intervenciones en programas que trabajan la comunicación social y conductas disruptivas se ubican, por lo tanto, en el grupo de las de eficacia moderada y de pequeño tamaño del efecto para las de habilidades cognitivas. Estas intervenciones son difíciles de evaluar dado lo heterogéneo de los TEA, a lo que se suma la gran variabilidad de las intervenciones en cuanto a intensidad y duración, así como en contenido. Existen también barreras para el acceso a las mismas, ya que al tiempo que se tarda en realizar la detección y el diagnóstico debe sumarse el largo tiempo de espera en la mayoría de las unidades de atención temprana.

Pregunta 5. ¿Existen daños potenciales y costes de la atención temprana?

No existen daños potenciales descritos de las intervenciones de la atención temprana más allá de

la estigmatización y la pérdida de horas lectivas de la escuela. El coste de la atención temprana es muy importante; se calcula que las intervenciones más intensivas pueden tener un coste entre 1500 y 3000€ mensuales. Hay autores que han calculado que el coste a lo largo de la vida de un TEA que sea dependiente está entre 1,7 y 2,4 millones de dólares²⁴. Esto convierte a los TEA en un importantísimo problema de salud pública.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

A partir de lo aportado, podemos concluir que debe realizarse una supervisión del desarrollo psicomotor en todos los niños como parte de su proceso de Atención Primaria de salud y que se extienda hasta los 36 meses. Proponemos utilizar para ello el programa PSI de la AEPap, de gran accesibilidad y aplicación en nuestro medio para el contexto del seguimiento del niño sano. Cuando se detecten algunas de las situaciones de riesgo de TEA o de trastorno del desarrollo se puede utilizar además el cuestionario M-CHAT-R/F para el CTEA. Este cuestionario es de amplia aplicación y muestra unas propiedades adecuadas de sensibilidad y especificidad. La implementación del cribado de los TEA con M-CHAT-R/F en población sin riesgo de TEA ni trastorno del desarrollo es factible, asequible y económicamente viable, pero su VPP no es lo suficientemente alto como para superar el 50%, la posibilidad de cara o cruz al lanzar una moneda al aire (Tabla 1 y Figura 2). El VPP aumenta con la prevalencia o la probabilidad preprueba, de modo que es preferible aplicarlo en población de riesgo de TEA o de trastornos del desarrollo. En el caso de resultados del cribado negativos o no concluyentes debe extenderse la vigilancia y la repetición del cuestionario hasta los 36 meses como mínimo. Los estudios sobre la eficacia de la atención temprana muestran resultados heterogéneos en función de la dimensión de conducta evaluada. Estos resultados son más consistentes y mejores cuando se analizan las conductas disruptivas y la comunicación social. Deben buscarse intervenciones en entornos naturales como la familia, la escuela, etc.

Podemos concluir, por tanto, que la atención temprana probablemente mejora en conjunto los síntomas de los TEA y debe ser recomendada en cuanto exista un diagnóstico cierto o una sospecha de TEA²⁰⁻²⁴.

RECOMENDACIONES DE OTROS GRUPOS DE EXPERTOS

Los principales grupos y agencias de expertos no encuentran pruebas de buena calidad para establecer el cribado poblacional de los TEA en población asintomática. Sí existen pruebas de buena calidad para realizarlo en las situaciones de riesgo, como las que se mencionan en la **Tabla 1**, cuando existen signos o síntomas de alarma o existen síndromes genéticos o metabólicos que se asocian más frecuentemente con TEA^{4,25}.

RECOMENDACIONES DE PREVINPAD

Se recomienda la supervisión del desarrollo en la población general de 0 a 36 meses, realizada en Atención Primaria con metodología similar a la del PSI.

Se recomienda el cribado con la escala M-CHAT-20-R/F en población de 16 a 30 meses con riesgo de trastorno del espectro autista.

No hay pruebas de buena calidad para recomendar, como tampoco para desaconsejar, el cribado

con M-CHAT-R/F en población general de 16 a 30 meses. Debería realizarse siempre en el contexto de otras intervenciones de supervisión del desarrollo psicomotor.

Se recomienda la derivación, lo más precoz posible, a atención temprana de todos los menores de 0 a 30 meses con sospecha o diagnóstico de trastorno del espectro autista o del desarrollo.

CONFLICTO DE INTERESES

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

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

ABREVIATURAS

CAE: Confederación Autismo-España • **CAST:** test del síndrome de Asperger en la infancia • **CTEA:** cribado del trastorno del espectro autista • **CVRS:** calidad de vida relacionada con la salud • **DSM-5:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª ed.) • **DSM-IV:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed.) • **FES-PAU:** Federación Española de Autismo • **M-CHAT-20-R/F:** *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up* • **PEDS:** *Parent's Evaluation of Developmental Status* • **PSI:** Programa de Salud Infantil • **SDPM:** supervisión del desarrollo psicomotor • **TEA:** trastornos del espectro autista • **VPN:** valor predictivo negativo • **VPP:** valor predictivo positivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academy of Medicine Singapore. Clinical Practice Guidelines on Autism Spectrum Disorder In Children And Adolescents, 2nd ed.; 2023 [en línea] [consultado el 27/09/2026]. Disponible en www.ams.edu.sg/view-pdf.aspx?file=media%5C6917_fi_934.pdf&ofile=2023+CPG+on+ASD+in+Children+and+Adolescents+Lay+Version.pdf
2. Wong CM, Aljunied M, Chan DKL, Cheong JMY, Chew B, Chin CH, et al. 2023 clinical practice guidelines on autism spectrum disorder in children and adolescents in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2024;53:541-52. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2023307>
3. Fuentes J, Hervás A, Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(6):961-84. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
4. Shum KKM, Wong RMF, Au AHC, Au TKF. Autism spectrum disorder screening in Chinese-language preschools. *Autism*. 2022;26(2):545-51. <https://doi.org/10.1177/13623613211039373>

5. Reviriego Rodrigo E, Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares-Cordero I. Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2022. Informes de Evaluación de "Tecnologías Sanitarias: OSTEBA [en línea] [consultado el 27/09/2026]. Disponible en https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA_TEA.pdf
6. Botha M, Chapman R, Giwa Onaiwu M, Kapp SK, Stannard Ashley A, Walker N. The neurodiversity concept was developed collectively: An overdue correction on the origins of neurodiversity theory. *Autism*. 2024;28(6):1591-4. <https://doi.org/10.1177/13623613241237871>
7. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, *et al.* Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*. 2022;15(5):778-90. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
8. Issac A, Halemani K, Shetty A, Thimmappa I, Vijay V, Koni K, *et al.* The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health Res Perspect*. 2025;16(1):3-27. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2024.0286>
9. Glascoe FP. Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics Rev*. 2000;21(8):272-9. <https://doi.org/10.1542/pir.21-8-272>
10. Esparza Olcina MJ, Colomer Revuelta J, Martínez Rubio A, Mengual Gil J, Merino Moína M, Pallás Alonso CR, *et al.* Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. El marco analítico en la elaboración de recomendaciones del USPSTF. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;19:177-82.
11. García-Primo P, Hellendoorn A, Charman T, Roeyers H, Dereu M, Roge B, *et al.* Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *Europ Child and Adolesc Psychiatry*. 2014;23(11):1005-21. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0555-6>
12. Canal-Bedia R, García Primo P, Martín Cilleros MV, Guisuraga Fernández Z, Herráez M, *et al.* Diagnóstico precoz y sistemas de cribado en los trastornos del espectro autista. En: F. Alcantud (Coord.). *Trastornos del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Editorial Pirámide; 2013; pp. 61-94.
13. Canal-Bedia R, García-Primo P, Martín-Cilleros MV, Santos-Borbujo J, Guisuraga-Fernández Z, Herráez-García I, *et al.* Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *J Autism Dev Disord*. 2011;41(10):1342-51. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1163-z>
14. Posada de la Paz M, Canal-Bedia R. El trastorno del espectro autista en la Unión Europea (ASDEU). *Siglo Cero*. 2021;52(2):43-59. <https://doi.org/10.14201/SCERO20215224359>
15. Canal-Bedia R, García-Primo P, Hernández-Fabián A, Magán-Maganto M, Sánchez AB, Posada-De La Paz M, *et al.* De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. *Rev Neurol*. 2015;60 Suppl 1:S25-9. <https://doi.org/10.33588/rn.60S01.2015023>
16. García Primo P, Santos Borbujo J, Martín Cilleros MV, Martínez Velarte M, Lleras Muñoz S, Posada De La Paz M, *et al.* Programa de detección precoz de trastornos generalizados del desarrollo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(5):285-92. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.06.030>
17. Salgado-Cacho JM, Moreno-Jiménez MDP, de Diego-Otero Y. Detection of early warning signs in autism spectrum disorders: A systematic review. *Children (Basel)*. 2021;8(2):164. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33671540/>
18. Wieckowski AT, Williams LN, Rando J, Lyall K, Robins DL. Sensitivity and Specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (Original and Revised): A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2023;177(4):373-83. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5975>
19. Aishworiya R, Ma VK, Stewart S, Hagerman R, Feldman HM. Meta-analysis of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised/Follow-up for Screening. *Pediatrics*. 2023;151(6):e2022059393. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-059393>
20. Sandbank M, Bottema-Beutel K, Crowley Lapoint S, Feldman JI, Barrett DJ, Caldwell N, *et al.* Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): updated systematic review and secondary analysis. *BMJ*. 2023;383:e076733. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076733>
21. Conrad CE, Rimestad ML, Rohde JF, Petersen BH, Korfitsen CB, Tarp S, *et al.* Parent-Mediated Interventions for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and

- Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2021; 12:773604. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.773604>
22. Daniolou S, Pandis N, Znoj H. The Efficacy of Early Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(17):5100. <https://doi.org/10.3390/jcm11175100>
 23. Franz I, Goodwin CD, Rieder A, Matheis M, Damiano DL. Early intervention for very young children with or at high likelihood for autism spectrum disorder: An overview of reviews. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(9):1063-76. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15258>
 24. Sankhla A, Lohar D, Khan J, Arora A. Comparing The Efficacy Of Early Intervention And Late Intervention For Autism Spectrum Disorder In Children And Adults: A Systematic Review And Meta-analysis. *Int J Curr Pharm Res*. 2023;15(4):111-3. <https://dx.doi.org/10.22159/ijcpr.2023v15i4.3045>
 25. Dauchez T, Camelot G, Levy C, Rajerison T, Briot K, Pizano A, *et al.* Diagnostic Process for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis of Worldwide Clinical Practice Guidelines for the Initial Somatic Assessment. *Children (Basel)*. 2022;9(12):1886. <https://doi.org/10.3390/children9121886>