

DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS DE ALARMA EN EL DESARROLLO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

– Miguel Llorca Linares –

Profesor Titular de Universidad (actualmente, jubilado). Coordinador del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna. (Tenerife)

– Josefina Sánchez Rodríguez –

Profesora Titular del Departamento de Didáctica e Investigación Educativa, Universidad de La Laguna. Coordinadora del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna. (Tenerife)

– Cori Camps Llauredó –

Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología, Universitat Rovira i Virgili. Coordinadora del Máster Internacional en Educación y Terapia Psicomotriz, Universitat Rovira i Virgili. (Tarragona)

– Fabia Morales Vives –

Profesora Agregada Serra Hunter (figura equivalente a Profesor Contratado Doctor), Universitat Rovira i Virgili. (Tarragona)



INTRODUCCIÓN

En nuestra experiencia, al trabajar con niños y niñas con peculiaridades asociadas a los trastornos del espectro autista, nos encontramos, en el momento de hacer la entrevista a las familias, que muchas de ellas hablan de que las dificultades en el desarrollo de su hijo/a empezaron a ser evidentes en torno al año y medio, percibían que su evolución se estancaba e incluso perdía habilidades adquiridas, fundamentalmente comunicativas. En otros muchos casos, al indagar en la evolución desde el nacimiento, nos cuentan que ya antes del año había algo en su hijo/a que no iba bien, con dificultades para interactuar con él. La mayoría señala que en los primeros meses sus hijos/as eran muy tranquilos, algunos ni siquiera demandaban comer, por lo que podemos pensar que no había mucho interés o respuesta a las interacciones de su entorno.

La constatación de que cuanto más tempranamente se intervenga más posibilidades existen de conseguir una evolución favorable remarca la importancia de la detección de los signos de alarma lo antes posible. Si se quiere mejorar su condición autista es necesario intervenir antes de los tres años para evitar que sus trastornos precoces se cronifiquen formando parte de su mundo interno (Larbán, 2018). Por este motivo, en las dos últimas décadas, muchas de las investi-

gaciones sobre este trastorno intentan averiguar cuáles pueden ser los biomarcadores o características conductuales que faciliten su detección temprana.

En relación a la detección, son los familiares de los afectados los que manifiestan la tardanza en obtener un diagnóstico, muchos de ellos después de un largo periplo por diferentes profesionales. Sólo un pequeño porcentaje de niños son diagnosticados antes de los tres años y, en muchos casos, es el profesional educativo el que detecta las dificultades al iniciarse a la escolaridad. En un estudio, citado por Klin et al. (2015), de los registros de vigilancia del Center for Disease Control and Prevention de Estados Unidos (Wiggins et al., 2006), incluso a los niños que fueron objeto de una evaluación inicial por un posible TEA a una media de edad de 4 años, no se les acabó diagnosticando dicho trastorno como mínimo hasta los 5 años en promedio.

Esta tardanza diagnóstica se contradice con la opinión expresada por las familias que manifiestan observar signos de alarma en el desarrollo de sus hijos desde edades más tempranas: el 30% de los padres de niños con TEA sospechó problemas de desarrollo antes del primer aniversario del niño, el 50%, a los 18 meses y el 80% a los 2 años (Chawarska et al., 2007; Wetherby et al., 2008). Pese a ello, la mediana de edad del diagnóstico

en Estados Unidos sigue siendo de 5,5 años (Shattuck et al., 2009). En investigaciones desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Canarias, se encontró que en el 79% de los casos fue la propia familia quien tuvo las primeras sospechas de que algo no iba bien en el desarrollo de los niños. El 69%, recibieron el primer diagnóstico durante los 3 primeros años; el 32%, antes de los 2 años. La demora diagnóstica se situó en 16 meses (Fortea et al., 2013). Estos autores concluyen que la mayoría de los padres de niños con TEA son conscientes de alteraciones en el desarrollo de sus hijos alrededor de los 18 meses e insisten en que la detección temprana mejora el pronóstico. Igualmente, Chakrabarti (2009), a partir de la utilización del ADI-R con padres de niños autistas, concluyó que la edad media de los padres para reconocer algún problema fue de 23,4 meses. El retraso de tiempo medio desde el primer reconocimiento del problema hasta la búsqueda de ayuda profesional fue de 4 meses y para el diagnóstico de 32 meses.

LA INVESTIGACIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LOS TEA DESDE EL ÁMBITO PSICOEDUCATIVO

Si bien es cierto que se ha avanzado mucho en la investigación desde la medicina y la neurobiología, la realidad es que el diagnóstico de los TEA prioritariamente se realiza a través de las conductas desajustadas en el ámbito de la comunicación, la interacción social o por la presencia de conductas llamativas relacionadas con la inflexibilidad mental o comportamental. Ciertamente, el mayor conocimiento del patrón conductual del autismo y el avance en los instrumentos de detección y diagnóstico ha posibilitado que los TEA sean visibles en edades cada vez más tempranas (Hernández et al., 2005; Larbán, 2012).

En nuestro país, desde la creación del Grupo de Estudio de TEA del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, se ha insistido en la importancia de la investigación en relación a la detección temprana de los TEA. Investigaciones como la de Maestro et al. (2005), a través del análisis de videos caseros, muestra que entre los 6 meses y el año, en un por-

centaje muy importante de casos (87%), se puede detectar y diagnosticar la evolución hacia un funcionamiento autista. Barbaro y Dissanayake (2013) se refieren también a la importancia de contar con marcadores de TEA en edades tempranas, centrándose su estudio en las edades de 12, 18 y 24 meses de edad.

En el ámbito internacional, existen diferentes pruebas validadas para este proceso de detección: Checklist for Autism in Toddlers (CHAT. Baron-Cohen et al., 1992); Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT. Robins et al., 2001); Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions (ASSQ. Ehlers et al., 1999); o Childhood Asperger Syndrome Test (CAST. Scott et al., 2002), que plantean su aplicación a partir de los 18 meses, no teniendo la mayoría de ellas traducción ni validación a nuestro contexto.

En España se recomienda el M-CHAT como elemento de cribado a partir de los 18 meses y posterior derivación a una evaluación diagnóstica (Canal-Bedia et al., 2011 i 2014). Para el diagnóstico definitivo de TEA, las pruebas específicas y más reconocidas son el ADOS y el ADI-R ofreciendo un algoritmo de diagnóstico para el autismo tal y como se describe en el CIM-10, el DSM IV-TR y el DSM-V. Aun así, existen determinadas características en el desarrollo social, comunicativo y simbólico en los dos primeros años de vida de estos niños/as que todavía no son suficientemente tenidas en cuenta por las familias e, incluso, por los profesionales adscritos a la atención en la primera infancia (Ferre et al., 2008). Una definición concreta del desarrollo peculiar de las personas con TEA, con respecto a dichas características en esos primeros 24 meses de vida, nos permitiría anticipar la posible presencia de dificultades asociadas al espectro antes de los 2 años; y, en determinados casos, adelantar el diagnóstico, que en la mayoría de las ocasiones es el punto de partida para la planificación de la intervención y la implementación de programas de atención temprana que estimulen aquellas funciones del desarrollo que se encuentren limitadas.

La estimulación temprana de niños con signos de riesgo ha demostrado que ayuda de manera significativa a disminuir la discapacidad asociada con el trastorno. La plasticidad neurológica en esas edades permite que, con la estimulación oportuna, los niños se enfrenten en el futuro con mejores herramientas personales al entorno social. A partir de los tres años, cuando el trastorno autista se interioriza, es más difícil el tratamiento, siendo además más costosos los tratamientos en todos los sentidos y con resultados menos satisfactorios cuanto mayor sea la edad del niño.

Una de las pocas investigaciones que hemos encontrado para la detección de signos de TEA antes de los 2 años es el estudio de Veness et al. (2012), en el cual no encontraron diferencias a los 8 meses. Sin embargo, entre los 12 y 24 meses empezaron a encontrar diferencias entre los niños con posible TEA, sobre todo en su intención de comunicación; aunque el estudio cuenta con poca potencia estadística debido a la escasez de muestra. Bölte et al. (2013) insisten en la necesidad de realizar estudios longitudinales y en edades precoces para poder detectar el autismo y argumentan que es posible diagnosticarlo antes de los 2 años, edad promedio en que se suele identificar el problema, perdiendo un gran tiempo de intervención y, por consiguiente, calidad de vida del niño.

Matson et al. (2011) observaron que el 76,2% de los padres de niños posteriormente diagnosticados de TEA tiene dudas en relación al desarrollo de sus hijos a partir de edades muy tempranas y plantean que muchos de los síntomas son observados desde el nacimiento. Argumentan que la piedra angular del tratamiento precoz es la detección temprana y el diagnóstico. Por tanto, se necesitan escalas que sean más específicas para los niños muy pequeños.

Teniendo en cuenta que la prueba más empleada como screening de TEA en nuestro país es el M-CHAT, que se aplica a partir de los 18 meses, y también la evidencia de signos de alarma antes de esta edad, nos animamos a desarrollar el Proyecto de I+D+I (PS12013-45794-R) "Detección precoz de signos de alarma

en el desarrollo de personas con TEA”, aprobado en la convocatoria de 2013 y que finalizó en el 2017. Uno de los objetivos que nos planteamos al realizar este proyecto era detectar la existencia de signos de alarma relevantes, en relación a los TEA, desde el nacimiento a los dos años de vida, incluso en aquellos niños que después de un desarrollo ajustado hasta los 18 meses pierden competencias adquiridas. Tratamos de elaborar un cuestionario que permitiera un seguimiento longitudinal de las opiniones de la familia acerca del desarrollo de sus hijos y de la observación de las/os pediatras, ya que el M-CHAT solo cuenta con una batería de preguntas a desarrollar a partir de los 18 meses en función de la percepción de la familia en este momento. Sentimos que las familias necesitan tiempo para reflexionar y seguir con atención las preguntas que se les hacen sobre el desarrollo de sus hijos, ya que en ocasiones la condición de primerizos y su disponibilidad a interactuar con sus hijos ocasiona que no sean ajustados en las respuestas que ofrecen en una entrevista puntual, no identificando señales de alerta.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de conseguir el objetivo que nos proponíamos en la investigación, desarrollamos un instrumento consistente en diversos protocolos de observación, en función de la edad del niño/a, y que denominamos “Cuestionario para la detección precoz de signos de alarma en el desarrollo de personas con Trastornos del Espectro Autista” (TF-234-16). Estos protocolos son aplicados por los pediatras de atención primaria en las visitas rutinarias de los niños de 0 a 24 meses.

El instrumento citado consta de siete protocolos, uno para cada una de las siguientes edades:

- T0: Protocolo para niños/as de 0-4 meses: 8 ítems
- T1: Protocolo para niños/as de 4-6 meses: 12 ítems
- T2: Protocolo para niños/as de 6-9 meses: 13 ítems
- T3: Protocolo para niños/as de 9-12 meses: 18 ítems
- T4: Protocolo para niños/as de 12-15 meses: 15 ítems
- T5: Protocolo para niños/as de 15-18 meses: 15 ítems

- T6: Protocolo para niños/as de 18-24 meses: 28 ítems

Cada uno de los protocolos de evaluación se divide en cinco áreas de observación vinculadas a las áreas de desarrollo en las cuales los niños con TEA muestran dificultades. Cada área incluye un conjunto de ítems en función de las características propias del periodo evolutivo del niño/a. Para determinar la idoneidad de los ítems redactados se siguió el método Delphi (Varela-Ruiz, Díaz-Bravo, García-Durán, 2012). Considerando los resultados obtenidos, se eliminaron algunos ítems y se modificaron otros, lo que dio lugar a un total de 109 ítems. Se repitió nuevamente el procedimiento, que confirmó la adecuación por unanimidad de estos ítems. Las áreas de observación son las siguientes: Comunicación, Interacción social, Simbolismo, Conducta, Sensorial motora. Cada ítem conlleva una pequeña explicación de la conducta a observar y a continuación se hace explícita la condición para marcar el expresado ítem. Los ítems que finalmente utilizaron los pediatras quedan reflejados en la siguiente tabla:

Ítems de los cuestionarios para la detección precoz de signos de alarma en el desarrollo de personas con TEA

Edad	Comunicación	Interacción Social	Sensorial y Motora	Conducta	Simbolismo
4m	Uso comunicativo del llanto.	Mirada a las personas. Respuesta a la voz de figuras de referencia. Respuesta al ser cogido en brazos.	Reflejo de succión. Respuesta a los estímulos del entorno.	Irritabilidad. Trastorno del sueño.	

6m	Uso del llanto o grito comunicativo. Expresividad emocional.	Conductas anticipatorias. Respuesta al contacto afectivo. Interés por las personas. Respuesta a la voz de figuras de referencia. Mirada a las personas.	Exploración de manos y pies. Respuesta a los estímulos del entorno.	Nivel de actividad. Irritabilidad.	
9m	Expresividad emocional. Interacción comunicativa. Balbuceo y emisiones vocálicas.	Llamadas de atención a la figura de referencia. Respuesta a personas. Anticipación de brazos. Mirada a las personas.	Indiferencia ante sonidos. Movimientos llamativos, peculiares y repetitivos.	Trastornos del sueño. Aceptación de alimentos.	Conductas de imitación.
12m	Reconocimiento de expresiones emocionales básicas. Respuesta a órdenes verbales. Emisiones silábicas. Gesto de señalar.	Respuesta al contacto afectivo. Demanda de respuesta ante sus acciones. Respuesta al nombre. Uso de la mirada.	Movimientos estereotipados. Desarrollo motor.	Intereses obsesivos o peculiares. Uso repetitivo de objetos. Pérdida de aprendizajes adquiridos.	Juegos circulares. Conductas imitativas.
15m	Comprensión. Lenguaje oral. Gestos comunicativos.	Petición de ayuda. Demanda de consuelo. Interés por sus iguales. Evitación de la mirada.	Marcha independiente. Irritabilidad ante determinados sonidos.	Intereses obsesivos. Conductas alimentarias.	Juegos pre-simbólicos. Conductas imitativas.

18m	Comprensión. Lenguaje oral. Gestos comunicativos.	Atención compartida.	Marcha y motricidad peculiar.	Sentido de la actividad. Intereses peculiares. Miedos inusuales. Identificación ante el espejo. Rutinas. Expresiones emocionales inapropiadas. Pérdida de aprendizajes adquiridos. Rechaza determinados tipos de alimentos.	Juego funcional. Imitación espontánea.
24m	Nivel de lenguaje. Comprensión. Dirección de las vocalizaciones. Entonación. Lenguaje ecológico. Lenguaje estereotipado. Uso instrumental del otro. Señalar para expresar interés. Uso de gestos. Expresiones faciales comunicativas.	Contacto visual. Placer compartido en las interacciones. Entregar objetos a otros. Mostrar objetos a otros. Iniciación espontánea a la atención conjunta. Respuesta a la atención conjunta. Ofrecimiento de consuelo. Interés por los otros niños.	Interés sensorial inusual. Movimientos estereotipados.	Intereses restringidos. Presencia de rituales. Nivel de actividad. Ansiedad. Pérdida de aprendizajes adquiridos.	Juego funcional. Imitación espontánea de acciones. Juego simbólico.

Se desarrolló un aplicativo informático para la recogida de datos en el que aparece cada uno de los cuestionarios, secuenciados trimestralmente, en relación a la detección de signos de alarma de los TEA (<http://psico.fcep.urv.cat/questionaris/pediatric/>).

Los cuestionarios aplicados por los/as pediatras o enfermeros/as de pediatría eran remitidos a la base de datos y analizados semanalmente por el equipo investigador que se ponía en contacto con los/as pediatras en aquellos casos en que se detectaban signos de alerta significativos en cualquier edad. En el caso de que el niño tuviera menos de 24 meses y los signos de alarma detectados fueran significativos, se les aplicaba la escala Haizea-Llevant (1991) a la vez que se valoraba de manera cualitativa, a través de una sesión de evaluación psicomotriz, la respuesta comunicativa, social y conductual de cada caso. Cuando se detectaban signos de alarma a los 24 meses, se aplicaba el test ADOS (Lord et al., 2009) y Haizea-Llevant, para confirmar o no los signos de alarma de TEA. Se realizaba un diagnóstico definitivo a los 36 meses mediante ADOS y ADI-R (Rutter et al., 2010).

Lamentablemente, dada la presión asistencial a la que están sometidos los/as pediatras de los centros de Atención Primaria, ha sido muy complicado conseguir la participación de los mismos. Por otra parte, también ha sido complicado hacer el seguimiento de los menores participantes en el proyecto, bien sea por no acudir a la cita de revisión correspondiente o por dificultades del profesional

sanitario (bajas laborales o abandono del proyecto). Todo esto da como resultado un número insuficiente de casos que nos permita validar el instrumento desarrollado con adecuadas propiedades psicométricas. Sin embargo, el análisis de los cuestionarios aplicados sí nos permite confirmar la existencia de signos de alarma relevantes a partir de los 12 meses. Por otra parte, el análisis de los datos de los centros nos facilita información sobre el número de casos que presentan algún signo de alarma en el periodo de 0 a 2 años, lo que nos permite detectar dificultades en el desarrollo, al margen de que finalmente se confirme el diagnóstico de TEA, y facilita estar alerta sobre la necesidad de implementar programas de Atención Temprana. Esto viene a confirmar la validez de los programas de cribado para detectar a niños con TEA, además de ser provechoso para identificar retrasos evolutivos, así como otros trastornos del neurodesarrollo en general (Canal-Bedia et al., 2013; Charman y Gotham, 2013; García-Primo et al., 2015).

SUJETOS DEL ESTUDIO

El cuestionario se aplicó a los niños y niñas de 0 a 2 años que pasaban sus revisiones médicas en las consultas de los/as pediatras de Atención Primaria que participaban en el proyecto de la provincia de Santa Cruz de Tenerife y de Tarragona, una vez aprobado el protocolo de la investigación y la participación de los pediatras por parte de los comités éticos de cada organismo público. El total de ni-

ños/as a los que se les han aplicado los cuestionarios es de 2.381 (1.757 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y 624 en Tarragona).

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS Y RESULTADOS

El análisis de todos los cuestionarios nos ha permitido encontrar que el total de niños/as con algún signo de alarma presente en su desarrollo es de 482 (323 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y 159 en Tarragona). Teniendo en cuenta el número total de la muestra, podemos destacar que aproximadamente un 20% de los casos que han formado parte de esta investigación presenta señales de alerta en su desarrollo.

De estos casos, han sido diagnosticados de TEA un total de 24 menores (17 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y 7 en Tarragona). Esta información nos permite establecer una prevalencia de 1/99 (1/103 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife; 1/89 en Tarragona). En la tabla 2, recogemos en la primera columna aquellos ítems que han resultado más significativos; en la segunda, la edad a la que fue aplicado el cuestionario (tramo); en la tercera, el número total de sujetos a los que se aplicó el cuestionario correspondiente a su edad (muestra); en la cuarta, el número de sujetos que señalan el ítem como presente en señal de alerta, tanto si han sido diagnosticados como TEA o no (N total) y en la última, el número de sujetos con TEA que han señalado el ítem sobre el total de sujetos diagnosticados en ese tramo de edad (%TEA).

Ítems significativos

Ítem	Tramo	Muestra	N total (%)	% TEA
Anticipación de brazos	9m	914	9 (0,98%)	1/1 (100%)
Gesto de señalar	12m	1065	63 (5,91%)	5/5 (100%)
Desarrollo motor	12m	1065	8 (0,75%)	3/5 (60%)
Intereses obsesivos	12m	1065	10 (0,93%)	3/5 (60%)
Lenguaje oral	15m	935	28 (2,99%)	4/7 (57,1%)
Petición de ayuda	15m	935	14 (1,49%)	4/7 (57,1%)
Marcha independiente	15m	935	72 (7,7%)	4/7 (57,1%)
Comprensión	18m	1160	11 (0,94%)	5/10 (50%)
Lenguaje oral	18m	1160	34 (2,93%)	6/10 (60%)
Gestos comunicativos	18m	1160	9 (0,77%)	5/10 (50%)
Nivel de lenguaje	24m	996	156 (15,66%)	20/22 (90,9%)
Comprensión	24m	996	21 (2,10%)	12/22 (54,54%)
Señalar para expresar interés	24m	996	14 (1,40%)	11/22 (50%)
Contacto visual	24m	996	20 (2,00%)	9/22 (40,9%)
Iniciación espontánea atención conjunta	24m	996	20 (2,00%)	13/22 (59,09%)
Ofrecimiento de consuelo	24m	996	20 (2,00%)	11/22 (50%)
Juego simbólico	24m	996	23 (2,30%)	10/22 (45,45%)
Nivel de actividad	24m	996	91 (9,13%)	12/22 (54,54%)

Nos hemos limitado a analizar los cuestionarios, aplicados por tramos de edad, exclusivamente en los casos diagnosticados como TEA, tras la aplicación del ADOS y ADI-R.

A los 9 meses, solo se ha observado un signo de alarma y tan solo en un sujeto, haciendo referencia al ítem de **“anticipación de brazos”**. A esta edad es esperable que el niño/a reconozca la postura que siempre toma su figura de referencia para cogerlo, en este caso, el menor no anticipa y alarga los brazos antes de que lo cojan.

A los 12 meses, sí resulta significativo que los cinco sujetos diagnosticados de TEA y a los que se les aplicó el cuestionario a esta edad presenten dificultades

relacionadas con el **“gesto de señalar”**: el niño/a no utiliza el gesto de señalar, ni mira hacia el lugar donde se le señala, coincidiendo con los resultados de la investigación de Barbaro y Dissanayake (2012).

También resulta llamativo (presente en tres de los cinco sujetos evaluados) el retraso en el **“desarrollo motor”**, donde el niño no se ajusta a los patrones posturales correspondientes a su edad, no siendo capaz de girarse, mantenerse sentado, gatear o agarrarse a algo para incorporarse y la presencia de **“intereses obsesivos o peculiares”** referidos a algún objeto, material o juguete (fijación con el tambor de la lavadora, ventiladores, objetos que giran, acumular objetos en

la mano...). A los 12 meses, ya es posible detectar dificultades en la comunicación, así como en el desarrollo motor, y conductas peculiares.

Las dificultades en el **“lenguaje oral”** se hacen evidentes a los 15 meses. De los siete sujetos evaluados, cuatro presentan ausencia total de lenguaje y un quinto sólo balbucea o imita entonaciones o ritmos de canciones a través de aproximaciones a palabras. Las dificultades también aparecen en relación con la **“petición de ayuda”**: el niño generalmente no pide ayuda para resolver sus necesidades. También observamos la presencia frecuente de un retraso en el desarrollo psicomotor, donde los sujetos no han adquirido la **“marcha independiente”**,

lo que ocurre en cuatro de los sujetos. En los diez sujetos evaluados a los 18 meses, la mayor dificultad aparece en el **“lenguaje oral”** (el niño no dice ninguna palabra), presente en seis de los sujetos. En cinco sujetos aparecen dificultades de **“comprensión”** (no comprende órdenes sencillas relacionadas con actividades del entorno cotidiano, como pueden ser: dame, ve, siéntate, dame un besito...) y en **“gestos comunicativos”**, donde los sujetos no reproducen gestos básicos que implican la interacción con una persona (decir adiós con la mano, aplaudir al escuchar “¡bien!”, etc.). Por lo tanto, podemos señalar que a los 18 meses se hacen más evidentes las dificultades en el ámbito de la comunicación.

A los 24 meses, el ítem más significativo (presente en veinte sujetos de los veintidós evaluados) es **“nivel de lenguaje”**: el niño no utiliza combinaciones de dos o más palabras. Esto, unido a las dificultades de **“comprensión”** (doce sujetos), referido no solo a la comprensión de órdenes básicas, sino a que también sean capaces de entender verbalizaciones contextualizadas, ponen de manifiesto que las mayores dificultades de las personas con TEA en los primeros años de vida están referidas al ámbito de la comunicación. El retraso del lenguaje es la señal de alerta más frecuente en la muestra utilizada en esta investigación, tanto en los niños diagnosticados de TEA como en los que no.

Si a las dos conductas anteriores unimos la dificultad, en la mitad de los sujetos evaluados, de **“señalar para expresar interés”** (once sujetos), ya que a esta edad es esperable que el niño señale aquellas cosas que le llaman la atención para compartirlas con otros y, por otra parte, la dificultad en la **“iniciación espontánea de la atención conjunta”** (trece sujetos), donde el niño no atrae la atención de otras personas para dirigirla hacia objetos, acciones o personas, o lo hace sin un **“contacto visual”** adecuado (nueve sujetos), vemos que las dificultades de comunicación llevan apareadas dificultades en la interacción social. En este ámbito, se perciben además dificultades en el **“ofrecimiento de consuelo”** (también presente en la mitad de los

sujetos diagnosticados de autismo). El debate sobre la detección temprana del autismo y su posible coincidencia de signos de alarma con otros trastornos vienen a confirmar lo que hemos detectado en nuestra investigación, donde las habilidades de atención conjunta, la utilización de la mirada interactiva y los protodeclarativos (señalar para expresar interés) sólo son un signo clínico si no están presentes después de los 18 meses (García-Primo et al., 2015).

Otra conducta que resulta llamativa, presente en doce sujetos, es el **“nivel de actividad”**, mostrándose significativamente activos, con dificultades para permanecer en una actividad y, en muchos de los casos, deambulando o correteando sin sentido. También resulta llamativa en la población diagnosticada de TEA la ausencia de **“juego simbólico”** (diez sujetos). Estos resultados coinciden con otras investigaciones como las de Barbaro y Dissanayake (2012) o Klin et al. (2015), quienes señalan la ausencia de juego simbólico, de la conducta de señalar y las dificultades en el contacto visual como señales de alerta tempranas en la identificación del TEA.

CONCLUSIONES

Los resultados señalados en esta investigación nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

- No hemos encontrado ningún signo de alarma antes de los 9 meses que nos permita diagnosticar la presencia de autismo.
- La ausencia del gesto de señalar a los 12 meses es un signo de alarma presente en todos los niños evaluados, coincidiendo con otras investigaciones (Millá y Mulas, 2009; Barbaro y Dissanayake, 2012).
- La ausencia de lenguaje es el signo de alarma más evidente a partir de los 15 meses, cuando según el Inventario de Desarrollo Atención Temprana (IDAT) los niños ya deberían utilizar entre siete y diez palabras reales; haciéndose muy evidente a los dos años.
- Coincidimos con Barbaro y Dissanayake (2012) en que, además de la ausencia de lenguaje, los principales indicadores de alarma son las dificultades de contacto visual y la ausencia de la conducta de

señalar en todas las edades, unido a los déficits de expresión desde los 18 meses, en combinación con la ausencia de juego simbólico a los 24 meses.

– Llamamos la atención la frecuencia de las dificultades en el desarrollo motor y el retraso en la adquisición de la marcha como señales de alerta en el desarrollo de los niños y niñas diagnosticados con TEA.

– A medida que aumenta la edad, también aumenta la presencia de signos de alarma.

Por el escaso tamaño de las muestras, no hemos podido obtener resultados estadísticos significativos que nos permitan validar los cuestionarios aplicados, aunque sí hemos podido comprobar la coincidencia de algunos signos de alarma señalados en otros estudios y publicaciones, junto a otros que resultan significativos en el nuestro. Para seguir avanzando en la detección temprana del autismo se necesita continuar realizando estudios longitudinales en edades precoces y con muestras más amplias, acometida que trataremos de desarrollar en colaboración con sanidad. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Barbaro, J. y Dissanayake, Ch. (2012). Indicadores de detección temprana de los trastornos del espectro del autismo en bebés y niños pequeños. *Autism*, 17 (1), 64-68.
- Barbaro, J. y Dissanayake, Ch. (2013). Early markers of autism spectrum disorders in infants and toddlers prospectively identified in the Social Attention and Communication Study. *Autism*, 17 (1), 64-86.
- Baron-Cohen, S., Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161 (6), 839-843.
- Bölte, S., Falck-Ytter, M.T., Charman, T., Roeyers, H. y Elsabbagh, M. (2013). Infants at risk for autism: a European perspective on current status, challenges and opportunities. *European child & adolescent psychiatry*, 22 (6), 341-348.

- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M.V., Santos-Borbujo, J., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, L. y Posada-de la Paz, M. (2011). Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal of autism and developmental disorders*, 41 (10), 1342-1351.
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M.V., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, M., Guerra, I., et al (2013). Diagnóstico precoz y sistemas de cribado en los trastornos del espectro autista. En F. Alcantud (Ed.), *Trastornos del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana* (pp. 61-94). Madrid: Pirámide.
- Charman, T. y Gotham, K. (2013). Measurement Issues: Screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (1), 52-63.
- Chawarska, K., Paul, R., Klin, A., Hannigen, S., Dichtel, L.E. y Volkmar, F. (2007). Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (1), 62-72.
- Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 129-141.
- Ferre, F., Palanca, I. y Crespo, D. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, COGESIN, S.L.U.
- Fortea, M.S., Escandell, M.O. y Castro, J.J. (2013). Prevalencia estimada de los TEA en las Islas Canarias. *Anales de Pediatría*, 79 (6), 352-359.
- García-Primo, P., Posada-de la Paz, M., Martín-Cilleros, M.V., Santos, J., Bueno, G. y Canal-Bedia, R. (2015). La detección e intervención tempranas en menores con trastorno del espectro autista. *Diglo Cero*, 46 (2), 31-55.
- Grandin, T. (2014). *El cerebro autista*. Barcelona: RBA.
- Hernández, J.M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona, M., ... Posada-De la Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41 (4), 237-45.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F. y Cohen, D. (2001). Defining and quantifying the social phenotype in autism. *Psychiatry*, 159 (6), 895-908.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F. y Cohen, D. (2015). Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Archives of General Psychiatry*, 59 (9), 809-816.
- Larban, J. (2012). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.
- Larban, J. (2018). Autismo y psicopatología en el bebé. *Revista eipea*, 4, 13-18.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C. y Risi, S. (2009). *Escala de observación para el diagnóstico del autismo*. Madrid: TEA.
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M.C., Pecini, C., Cesari, A., Paziente, A., ... Palacio-Espasa, F. (2005). How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (4), 383-396.
- Matson, J.L., Rieske, R.D. y Tureck, K. (2011). Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: *Review of available instruments. Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (4), 1319-1326.
- Millá, M.G. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), S47-S52.
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L. y Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 31 (2), 131-144.
- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2010). *ADI-R. Entrevista para el diagnóstico del autismo - Revisada*. Madrid: TEA
- Scott et al. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test) Preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school-age children. *Autism*, 6 (1), 9-31.
- Shattuck, P.T., Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Mandell, D.S., Wiggins, L. y Cunniff, C. (2009). Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (5), 474-83.
- Veness, C., Prior, M., Bavin, E., Eadie, P., Cini, E. y Reilly, S. (2012). Early indicators of autism spectrum disorders at 12 and 24 months of age: A prospective, longitudinal comparative study. *Autism*, 16 (2), 163-77.
- Wetherby, A.M., Brosnan-Maddox, S., Peace, V. y Newton, L. (2008). Validation of the Infant-Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*, 12, 487-511.
- Wiggins, L.D., Baio, J. y Rice, C. (2006). Examination of the time between first evaluation and first autism spectrum diagnosis in a population based sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27 (2), S79-87.