

“2021 Año de homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr César Milstein”



Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Dr. Fernan Gonzalez Bernaldo de Quiros

Subsecretario de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

Dr. Gabriel Alejo González Villa Monte

Coordinadora Residencia y Concurrencia de Psicopedagogía

Lic. Lorena Yonadi

Director Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”

Dr. Hugo Anibal Pandullo

Jefa Departamento de Área Programática de Salud

Dra. María Teresa Saggio

Jefa División, Programas y CeSACs

Dra Ana Milanino

Director Comité de Docencia e Investigación

Dr. Leonardo Kogan

Coordinadora del programa local de residencia y concurrencia en Psicopedagogía

Lic. Cecilia Amitrano

Instructora de residentes de Psicopedagogía

Lic. Nadia Aiello

“Diagnóstico diferencial ante la sospecha de TEA”

Residentes:

Lic. Aldana B. Almirón

Lic. Ana L. Malovrh

Lic. Delfina Brandes

Lic. Ma. Guadalupe Rubio Domínguez

Lic. Ma. Guadalupe Drault Boedo

Lic. Megan Waldner

Concurrente:

Lic. Ma. Agustina Morales

2021

Índice

Introducción	2
Trastorno del espectro autista, conceptualización y características	4
Criterios diagnósticos	5
Etiología y teorías explicativas	8
Detección precoz	10
Banderas rojas o señales de alarma en TEA de 0 a 5 años (Tabla 1)	13
Banderas rojas o señales de alarma en TEA 6 a 12 años	19
Diagnóstico específico de TEA	22
Primer nivel: vigilancia evolutiva de rutina	22
Segundo nivel: detección específica de trastornos del desarrollo	25
Tercer nivel: evaluación específica para determinar el diagnóstico	27
Programa de Orientación Temprana y Concientización en Trastornos del neurodesarrollo y en el Espectro Autista (PROTECTEA)	32
Diagnósticos diferenciales en TEA: Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático	36
El lenguaje y sus dimensiones	37
Criterios diagnósticos: Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático	39
¿Cómo diferenciar el diagnóstico de TEA de los de Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático?	42
Casos clínicos	49
Conclusión	50
Bibliografía	57
Anexo	61

Introducción

El equipo se encuentra, nuevamente, frente al desafío que implica la escritura de un ateneo, pero este año con la particularidad del momento que se está atravesando. La pandemia supuso nuevos modos de trabajar impulsando la adaptación a nuevas prácticas, tales como escribir el presente trabajo de manera grupal, pero con medios virtuales.

Se eligió como temática el diagnóstico diferencial del Trastorno del Espectro Autista (TEA) como un desafío académico grupal que impulsa a enriquecer nuestra práctica hospitalaria. El TEA, su conceptualización, sus características diagnósticas y los modelos de intervención, se encuentran en constante revisión y actualización. Se busca investigar en bibliografía diversa, aprender de la práctica y la interconsulta con otros profesionales afines, capacitarse y actualizarse en forma constante en las buenas prácticas para personas con TEA. Asimismo la complejidad de un diagnóstico diferencial se encuentra en intentar despejar las características que definen a un diagnóstico de otro en el encuentro diario con cada uno de los pacientes.

El hospital Gral. de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía (HRM) forma parte de la red de centros públicos de salud que participan del Programa de Orientación Temprana y Concientización en Trastornos del Neurodesarrollo y en el Espectro Autista (PROTECTEA). Dicha participación constituye un aporte enriquecedor para compartirlo con todas las sedes de residencia.

En un primer momento se comenzará conceptualizando al Trastorno del Espectro Autista, sus criterios y características diagnósticas. La importancia de la detección precoz teniendo en cuenta las alertas del desarrollo o “banderas rojas” para la intervención temprana y específica considerando los beneficios que esta tiene para un mejor pronóstico.

Luego se describirán, siguiendo los lineamientos propuestos por las guías internacionales de buenas prácticas en TEA, los tres momentos de valoración del desarrollo que suponen una evaluación gradual en la determinación diagnóstica de un niño con TEA: control de desarrollo en una edad temprana, evaluación de screening para los niños en los cuales se detectaron signos de alarma de TEA y, por último, una evaluación específica para precisión diagnóstica. Asimismo, se incluirán las técnicas y herramientas utilizadas en cada fase. Se presentará el dispositivo PROTECTEA que funciona en el HRM en el cual se llevan a cabo las fases dos y tres previamente mencionadas.

Por último, se profundizará en el Trastorno del Lenguaje y en el Trastorno de la Comunicación social o pragmático a fin de realizar un diagnóstico diferencial con TEA y se complementará con la exposición de dos casos clínicos ilustrativos.

Trastorno del espectro autista, conceptualización y características

Este apartado se centrará en la conceptualización actual del TEA, sus criterios y características diagnósticas, la importancia de la detección precoz y las alertas del desarrollo o “banderas rojas”.

Se comenzará definiendo al TEA como “una condición neurológica y de desarrollo temprano que comienza en la niñez y persiste durante toda la vida” (Bakker, L y Rubiales, J., 2019). Según informes del departamento de salud del Estado de Nueva York (2017), el TEA impacta en diferentes aspectos del desarrollo de una persona, tales como el “funcionamiento social, comunicativo, de aprendizaje y de adaptación”. Esto quiere decir que su condición afecta el desarrollo del cerebro de manera estructural y funcional, teniendo implicancias en las conductas de las personas que lo padecen.

Existen ciertos componentes nucleares en el diagnóstico de TEA que se manifiestan de diversas formas, lo cual lleva a observar cuadros clínicos sumamente heterogéneos (Bakker y Rubiales, 2019; Rattazzi, 2014). Por lo tanto, se lo denomina “espectro”, en tanto cada niño puede presentar características diferentes dentro del mismo diagnóstico de TEA. Utilizando la metáfora de Daniel Valdéz (2016) “Si el “espectro” de colores describe las distintas gamas de colores con sus diversas tonalidades, hablar de “espectro autista” supone referirse a un *continuo dimensional* con la misma diversidad que los colores de un arco iris”.

En 2013, la nueva publicación del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (en adelante DSM-5) ofreció una nueva definición para el TEA donde describe una diada de alteraciones desde una perspectiva dimensional y no categórica. Es decir, que se espera que dentro de un diagnóstico de TEA los síntomas puedan tener un rango de gravedad que varía según cada individuo, no determinándose dicho diagnóstico únicamente por la presencia o ausencia de ellos. La categoría diagnóstica descrita en el DSM 5 incluye los trastornos previamente denominados “autismo atípico”, “trastorno generalizado del desarrollo no especificado”, “trastorno desintegrativo de la infancia” y “trastorno de Asperger”.

“Las personas con TEA presentan cuadros clínicos sumamente heterogéneos, tanto en el nivel de severidad (leve, moderado, severo), como en el nivel de lenguaje (sin habla, palabras sueltas, frases, fluencia verbal), el nivel cognitivo (discapacidad intelectual, inteligencia promedio, inteligencia superior), el perfil sensorial, el patrón de inicio de síntomas (progresivo, regresivo), especificadores

y problemas médicos concomitantes. Por esto mismo, se habla de un *espectro autista*” (Rattazzi, 2014, p.291).

Por tal motivo el DSM-5 establece que se debe identificar el nivel de desarrollo alcanzado por el niño y el nivel de gravedad en función de las ayudas que éstos requieren. Cada niño es diferente, y la mayor importancia radica en determinar las ayudas que cada uno en su individualidad necesita para elevar su calidad de vida. Se debe tener en cuenta la diversidad y el grado de desarrollo alcanzado para poder pensar las mejores intervenciones.

Criterios diagnósticos

_____Para determinar el diagnóstico de TEA deberán cumplirse los cinco criterios establecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) que se exponen a continuación:

- A) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.
- 1) Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varía, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución de intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 - 2) Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varía, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 - 3) Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

- 1) Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- 2) Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones patrones de pensamiento rígido, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- 3) Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p.ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- 4) Hiper-Hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

C) Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D) Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E) Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual (DI) y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un TEA y DI, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

Se deben tener en cuenta todos los especificadores y asignar el “nivel de gravedad” en los dominios de comunicación social y conductas repetitivas, los mismos varían según la necesidad de apoyos y se dividen en: grado 3 (necesita ayuda muy notable), grado 2 (necesita ayuda notable) y grado 1 (necesita ayuda). El manual ofrece una tabla que brinda descripciones de las conductas relacionadas con cada uno de los niveles. Al momento de informar por escrito el diagnóstico de certeza se deben utilizar, junto con la denominación de la entidad diagnóstica y sus especificadores, el código del trastorno según cada manual: para el DSM V, 299.00 y para la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE- 10), el código F84.0.

En síntesis, las características principales del TEA son el **deterioro persistente en la comunicación social recíproca y la interacción social** (criterio A) y los **patrones de conducta, intereses o actividades restrictivas o repetitivas** (criterio B). Estas características están presentes **desde los primeros años de vida e impiden o limitan el funcionamiento en varios contextos** en los que se desempeña el paciente (Criterios C y D). Dependiendo de las características del individuo (nivel del desarrollo, edad cronológica, gravedad de la afección autista) y de su entorno, la detección del deterioro en las diferentes áreas resultará más o menos significativa en un período del desarrollo u otro. Además, los ejes centrales del TEA pueden no manifestarse como dificultad en algunos contextos, inicialmente, debido a la intervención, compensación y las ayudas recibidas.

En resumen, las alteraciones que presenta una persona con TEA varía según factores internos (gravedad del cuadro, la edad y el nivel intelectual) y externos (intervenciones pasadas y presentes). Las deficiencias verbales pueden variar desde la ausencia completa del habla por retrasos del lenguaje hasta la escasa comprensión del habla de los demás, la ecolalia, o el lenguaje poco natural y demasiado literal. Las deficiencias de la reciprocidad socioemocional (es decir, la capacidad para interactuar con otros y compartir pensamientos y sentimientos) varían de igual manera. El niño puede iniciar la interacción social o mantener una atención compartida ocasionalmente o nunca y/o puede haber una imitación reducida o ausente del comportamiento de otro. Las deficiencias en los comportamientos comunicativos pueden ir desde una ausencia total de contacto ocular y expresiones faciales a una presencia escasa o atípica. Asimismo, puede haber un interés social ausente, reducido o atípico, manifestado por el rechazo a las otras personas, la pasividad o un trato inapropiado que parece agresivo o destructivo.

Los síntomas se reconocen normalmente durante el segundo año de vida, pero se pueden observar antes de los 12 meses si los retrasos del desarrollo son graves o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles (DSM-5,2014).

El siguiente cuadro resume lo explicado acerca de los niveles de gravedad y permite ilustrar la condición de “espectro” que se ha ido desarrollando.



Ejes del espectro autista (Grañana, 2018)

Etiología y prevalencia.

Sin intención de realizar una presentación acabada sobre la etiología y las teorías explicativas del trastorno del espectro autista, se describirán brevemente las principales teorías que han intentado explicar el funcionamiento cognitivo a la hora de procesar la información del medio de una persona con autismo (Grañana, 2018):

- *Mecanismo de teoría de la mente* (theory of mind mechanism, ToMM): la teoría de la mente es la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y creencias. Es una habilidad “heterometacognitiva” porque da cuenta de cómo un sistema cognitivo logra conocer a otro sistema cognitivo (Tirapu-Ustárroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrían Valero, 2007). Los pacientes con TEA suelen tener dificultades a la hora de realizar inferencias, anticipar acciones de otros y ponerse en el lugar de los demás, especialmente en situaciones emocionales. Por lo tanto, se cree que las personas con TEA suelen tener un déficit en el desarrollo del ToMM.

- *Teoría de la coherencia central:* los seres humanos tenemos una tendencia espontánea a interpretar de manera global la realidad que nos rodea. Esta habilidad nos permite integrar información, generalizar y dar un significado coherente y holístico a una situación. Las personas con TEA tienen dificultades a la hora de establecer esta teoría y, por lo tanto, no logran comprender situaciones de manera global. Focalizan su atención en detalles u objetos irrelevantes que, como consecuencia, llevan a que su comportamiento sea desadaptativo o inapropiado.
- *Funciones ejecutivas:* cuando hablamos de funciones ejecutivas, hablamos de un módulo de habilidades mentales orientadas a la resolución de problemas. Implican varios componentes tales como la iniciativa, la planificación, la organización, la secuenciación, el automonitoreo y la flexibilidad. En pacientes con autismo, dichas habilidades se encuentran afectadas, por lo que suelen presentar dificultades en la resolución de problemas novedosos, obteniendo un mejor rendimiento cuando logran repetir y aprender una estrategia para resolver una situación.

Respecto a la epidemiología del trastorno del espectro autista, diversos estudios han dado cuenta de un aumento significativo en la prevalencia del TEA en los últimos años. Las cifras más recientes publicadas por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, muestran que 1 de cada 68 niños se encuentra dentro del espectro del autismo (Rattazzi, 2014). El aumento de prevalencia que muestran, a nivel mundial, los informes podrían asociarse, según Grañana (2018) a tres factores:

- El cambio conceptual en la concepción del autismo como espectro ocasiona que cuadros que anteriormente no se incluyeran dentro del diagnóstico de TEA ahora sí lo hagan. Sin embargo, definir de manera dimensional a los signos asociados al autismo, amplía la visión y permite intervenir en diversos casos, sin importar la gravedad de los mismos, con el objetivo de influir positivamente en la calidad de vida.
- La inclusión de subtipos con rendimiento intelectual normal y formas más sutiles, que no eran contempladas en las primeras definiciones, nuevamente aumenta la cantidad de casos que se diagnostican como TEA con el consecuente beneficio de la asignación de los tratamientos adecuados.
- El mayor conocimiento, capacitación de profesionales y servicios de diagnóstico e intervención promueven una mayor concientización sobre el TEA y aumenta la capacidad de detección.

Detección precoz

Los avances en el campo de la investigación del autismo en los últimos años han permitido detectar alertas de riesgo a más temprana edad con el fin de favorecer el diagnóstico en niños cada vez más pequeños. Como resultado, se han logrado desarrollar programas de intervención temprana, basados en evidencia científica, que mejoran el pronóstico de los pacientes con TEA y sus familias, disminuyendo así las barreras de participación y generando mejoras en la calidad de vida y el bienestar emocional (Valdez, 2016).

Rattazzi (en Valdez, 2016) afirma que las intervenciones tempranas en TEA se basan en el concepto de neuroplasticidad. El mismo hace referencia a la capacidad del cerebro de modificarse a partir de la interacción con el ambiente. Los aprendizajes que experimente un niño a temprana edad moldearán el cerebro y le permitirán crear nuevas redes neuronales que potencien su funcionamiento. Por lo tanto, teniendo en cuenta que el nivel de plasticidad es mayor durante los primeros años de vida de un niño, se diseñan programas de intervención que aprovechan esta capacidad del cerebro para generar oportunidades que favorezcan su desarrollo. En estas intervenciones, el rol de los padres y cuidadores primarios resulta esencial ya que son quienes pasan más tiempo con los niños y tienen la posibilidad de generar ambientes óptimos de estimulación que produzcan cambios positivos. Las intervenciones se realizan en áreas como la imitación, la comunicación, el lenguaje, la motivación social, las habilidades motoras, las habilidades cognitivas y el juego, ya que son las áreas del neurodesarrollo más afectadas en los niños con TEA.

Resulta importante destacar que las intervenciones tempranas afectan positivamente tanto al niño como a su familia, ya que contar con un diagnóstico temprano facilita la obtención, por parte de la familia, de información y herramientas para incidir positivamente en el desarrollo de los niños, pudiendo planificar estrategias y solicitar los apoyos necesarios. El pronóstico y la evolución de las personas con TEA tiene una relación directa con el tipo de atención recibida y el momento en el que se inicia la intervención. Contar con los tratamientos adecuados desde temprana edad promueve mejores posibilidades de desarrollo y calidad de vida (Perry, Blacklock y Dunn Geier, 2013; Levy y Perry, 2011).

Como explican Hervás Zúñiga y cols. (2017), la intervención temprana implica diferentes niveles de abordaje con el paciente y su familia. En el primer nivel se realiza la vigilancia del desarrollo, luego la detección específica de TEA y finalmente, en el tercer

nivel, la evaluación diagnóstica específica por parte de un equipo especializado. Estos niveles serán explicados detalladamente más adelante en este escrito.

El desarrollo normal y sus alteraciones en el trastorno del espectro autista

Para lograr una detección y un diagnóstico precoz, cobra real importancia conocer el desarrollo típico de un niño para poder identificar desvíos o alteraciones. Teniendo en cuenta esto, se desarrollarán brevemente algunos hitos evolutivos del desarrollo normal en lo que respecta al desarrollo social y, a modo de síntesis, se presentará un cuadro comparativo con las alteraciones o “banderas rojas” que se deben tomar en cuenta como signos de alarma

Conductas sociales básicas

Las habilidades de relación interpersonal, alteradas en el niño con TEA, son habilidades innatas. El ser humano es social por naturaleza, es decir, cuenta con una predisposición genética a la interacción social. Es así, que los neonatos, presentan preferencias visuales que se relacionan con características particulares del rostro humano. De la misma manera, hay bastantes experimentos que demuestran que sus capacidades de localización auditiva tienen una preferencia e inclinación hacia sonidos que tienen la frecuencia de la voz humana, repitiéndose esta selectividad hacia ambos tipos de estímulos de la misma especie.

Además de estas preferencias biológicas, se ha observado en los neonatos formas simples de imitación. “La imitación neonatal indica la presencia de transferencia intermodal de información, de relacionar información que proviene de distintos canales sensoriales. Estos programas luego van a ser de gran importancia para poder adquirir el lenguaje” (Rivière, 2002b). Entre los 2 y los 4 meses, los bebés comienzan a demostrar indicios de aprendizajes a través de reacciones circulares primarias, es decir, algo que se repite en relación a lo que uno hace, implica que se comienza a establecer en los bebés una percepción de contingencias (posibilidad de que una cosa suceda o no suceda) que será la base de las capacidades de anticipación. Hay trabajos (Watson, 1979) que muestran cómo la percepción de contingencias evoca respuestas sociales, lo cual produce un aumento de vocalizaciones, sonrisas y protogestos. En este momento del desarrollo evolutivo, el bebé también comienza a mostrar patrones expresivos (la sonrisa social, los

intercambios de gestos expresivos) siendo las primeras formas de intersubjetividad como capacidad para compartir estados emocionales con otros.

Hacia los 8 meses, luego de un gran proceso de diferenciación yo-mundo, se comienza a observar en el bebé cierta fascinación con lo que el otro hace. Comienza a aparecer luego, mayor diferenciación de medios-fines y por ende las primeras conductas intencionadas de anticipación. En consecuencia, aumenta la motivación hacia la experimentación activa del mundo exterior, las personas, los objetos y el descubrimiento constante de novedades. Este progreso va a implicar, hacia el año, las primeras conductas comunicativas en las cuales el objetivo del bebé comienza a ser mediado por otro ser humano, un ejemplo de ello es el señalamiento, donde la intención está en conseguir o mostrar algo. Cabe destacar que estas primeras conductas comunicativas se dan porque el niño comienza a comprender que los otros seres humanos son personas como él con quienes se puede compartir.

Progresivamente los niños comenzarán a perfeccionar sus habilidades de comunicación y su capacidad para reconocer sus propios estados emocionales y los de los demás. La detección de la relación emocional o intencional de los otros con respecto a las cosas es un nuevo paso adelante en la percepción de la mente del otro, esta habilidad es denominada “Teoría de la mente (ToM)”, el origen de éste concepto se encuentra en los trabajos pioneros de Premack y Woodruff (1978) y se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones, sus emociones y sus creencias.

Por último, aproximadamente entre el año y medio y los dos años de edad, el acceso a la actividad simbólica, así como el juego o cualquier utilización de símbolos en representación de algo no presente, es un nuevo indicio de la representación que el niño tiene de la mente propia y ajena.

Las competencias sociales básicas desarrolladas anteriormente, se encuentran especialmente afectadas en los niños con TEA. Por ejemplo, en lo que respecta a la atención preferente a las personas (visual y auditivamente) “los niños con TEA tienden a mirar más la boca que los del grupo de control. Su conducta visual, parecería depender de la sincronía audiovisual más que de la naturaleza social de los estímulos” (Valdez, 2016). Esto provoca una gran dificultad para la interacción social, para dejarse influir por las relaciones sociales y viceversa, así como para compartir gustos, preferencias, necesidades, juegos, se observa en estos niños una alteración o ausencia de conductas sociales que son

consideradas básicas en el ser humano.

La “falla” se produce en el desarrollo interpersonal temprano (capacidades intersubjetivas) y, como por un “efecto cascada”, el resto de las habilidades más complejas de la cognición social (entre las que se encuentra la ToM) también se desarrollan de manera anómala o alterada (Valdez, 2016). El impacto negativo que tiene ese déficit en su funcionamiento cotidiano se manifiesta, entre otras cosas, en su dificultad para comprender el punto de vista de los demás, detectar engaños, modificar la conducta o el lenguaje en función del contexto, anticipar las repercusiones que las propias conductas tienen sobre los demás y comprender las reglas y códigos sociales (Howlin, 2008).

Tal como se desarrolló anteriormente, el término espectro nos debe recordar que las características pueden variar de un niño a otro, y al encontrarse en período de desarrollo, es importante, para detectar alteraciones, tener en cuenta y estar en conocimiento de los logros esperados, ya que, se debe estar atento a los signos de alarma según el período evolutivo y no en cualquier momento.

Los signos de TEA suelen aparecer más tempranamente cuando existe también una discapacidad intelectual. “En estos casos, los signos propios del autismo se acompañan de los propios de la discapacidad, con retraso evolutivo generalizado en su psicomotricidad, comunicación, curiosidad, control de esfínteres y, en general, en su capacidad de adaptación funcional” (Hervas Zuñiga). En cambio, cuando el niño cuenta con una capacidad cognitiva más alta, los primeros signos tienen cualidades más específicas de autismo.

Banderas rojas o señales de alarma en TEA

Hasta acá, se han descrito brevemente las capacidades sociales y emocionales básicas del ser humano en los inicios de su desarrollo, lo que servirá de base para poder comprender e identificar las alteraciones que se presentan en los niños con TEA, en quienes las habilidades de relación interpersonal se encuentran comprometidas.

Teniendo en cuenta la importancia de la detección precoz y, a modo de resumen, se sintetizan en la **Tabla 1**, algunos hitos evolutivos en el desarrollo del niño desde los 2 meses de edad hasta los 5 años y las “banderas rojas” o alertas del desarrollo que pueden indicar sospechas de TEA. Poder identificar dichas “banderas” permite la intervención específica y oportuna para el mejor pronóstico.

Tabla 1

Indicadores de Desarrollo y banderas rojas para TEA - 0 a 5 años.

Edad	Indicadores del desarrollo	Banderas rojas
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede calmarse sin ayuda por breves momentos. ● Empieza a sonreírle a las personas. ● Realiza sonidos (ej: gorjeos). ● Mueve la cabeza para buscar sonidos. ● Se interesa en las caras. ● Sigue las cosas con los ojos y reconoce personas a la distancia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Poco intercambio de miradas, expresiones sonoras y gestos. ● Ausencia de Balbuceo. ● Ausencia de Contacto Ocular. No sigue con la mirada objetos o personas en movimiento ● Interés social ausente, reducido o atípico. ● Ausencia de Sonrisa Social. ● No reacciona ante los sonidos. Impresión de sordera por falta de respuesta. ● No demuestra gestualmente estados de placer o displacer. ● No muestra anticipación cuando va a ser levantado. ● Falta de interés en juegos interactivos simples. ● Ausencia de alegría compartida. ● Falta de ansiedad (llanto, sorpresa) ante los extraños (indicador desde los 6 a los 9 meses de edad).
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Sonríe espontáneamente a las personas. ● Le gusta jugar con otros y, en ocasiones, llora cuando estas interacciones terminan. ● Copia algunos movimientos faciales. ● Empieza a balbucear. ● Balbucea con entonaciones propias y copiadas de otros. ● Llora de diferentes maneras para demostrar qué quiere. ● Responde ante las demostraciones de afecto. ● Observa con atención las caras. ● Reconoce objetos y personas vistas con anterioridad. ● Sigue con la vista cosas que se mueven. 	

<p>0 a 12 meses</p>	<p>6 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconoce caras familiares y comienza a darse cuenta si alguien es desconocido. ● Responde ante las emociones de otras personas. ● Le gusta jugar con los demás. ● Reacciona a los sonidos con sus propios sonidos. ● Une varias vocales cuando balbucea y le gusta hacer sonidos por turnos con otros. ● Reacciona cuando mencionan su nombre. ● Hace sonidos para demostrar diferentes estados de ánimo. ● Emite sonidos usando algunas consonantes. ● Muestra curiosidad por las cosas y personas que lo rodean. 	
--------------------------------	---------------------------	--	--

	<p>9 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede tener miedo a los desconocidos. ● Puede aferrarse a personas conocidas ● Tiene juguetes preferidos. ● Entiende cuando se le dice no. ● Hace muchos sonidos diferentes. ● Imita sonidos y gestos de otros. ● Señala objetos con los dedos. ● Busca cosas escondidas. ● Responde a su nombre. ● Repite sonidos o acciones para llamar la atención. ● Muestra qué quiere hacer. 	
	<p>12 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumple con consignas muy sencillas ● Utiliza y comprende gestos simples ● Muestra expresividad y entonación cuando habla o balbucea ● Repite palabras que dice el adulto ● Explora los objetos ● Mira lo que algo que es nombrado ● Imita gestos ● Juega a imitar cosas sencillas (juego simbólico) ● Señala para mostrar algo o qué quiere hacer 	<ul style="list-style-type: none"> ● Poco o ausente contacto ocular. ● No responde a su nombre. ● No señala para “pedir o mostrar algo” ni mira hacia donde el otro le señala (atención conjunta) ● Respuesta inusual ante estímulos auditivos. ● Falta de interés en juegos interactivos simples. ● Ausencia de imitación espontánea. ● Ausencia de balbuceo social/comunicativo. ● Camina sobre la punta de los pies

<p>18 a 36 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dice palabras sueltas y oraciones de dos palabras. ● Señala partes del cuerpo. ● Dibuja garabatos. ● Puede seguir instrucciones verbales de un solo paso que no se acompañen con gestos. ● Se entusiasma por compartir tiempo con otros niños. ● Copia a otras personas, especialmente adultos y otros niños. ● Cada vez es más independiente. ● Demuestra comportamientos desafiantes. ● Juega con otros niños. ● Señala y nombra. ● Dice frases de 2 a 4 palabras. ● Sigue instrucciones sencillas y de dos pasos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo. ● No utiliza frases. ● Regresión en el lenguaje. Pierde habilidades de comunicación y lenguaje que había adquirido. ● Lenguaje unilateral, falta de reciprocidad. ● Prosodia y tono de voz pueden ser extraños. ● Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos. ● Interés social ausente, reducido o atípico (rechazo, pasividad o trato inapropiado). ● No responde cuando se le llama. ● No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen (ej. muecas, aplaudir). ● Pocas expresiones para compartir afecto positivo. ● Aparición de signos positivos de TEA como estereotipias o intereses restringidos. ● Rigidez en el comportamiento o en los pensamientos. ● Hipo o hiperreactividad sensorial.
-----------------------------	---	---

<p>3 a 5 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia a los adultos y los amigos ● Demuestra afecto por sus amigos espontáneamente ● Espera su turno en los juegos ● Se preocupa si ve un amigo llorando ● Entiende la idea de lo que “es mío”, “de él” o “de ella” ● Expresa una gran variedad de emociones ● Se separa de su mamá y su papá con facilidad ● Sigue instrucciones de 2 o 3 pasos ● Dice palabras como “yo”, “mi”, “nosotros”, “tú” y algunos plurales. ● Puede conversar usando 2 o 3 oraciones ● Disfruta haciendo cosas nuevas ● Juego simbólico. ● Cada vez se muestra más creativo en los juegos de imaginación ● Le gusta más jugar con otros niños que solo ● Habla con mucha claridad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contenido dominado por excesiva información o tópicos de su propio interés. ● Referencia a uno mismo por su nombre o "usted" o "él / ella" después de los tres años. ● No utiliza el “mío”, “yo”. ● Conciencia reducida o ausente del espacio personal, o inusualmente intolerante con las personas que ingresan a su espacio personal. ● Capacidad de respuesta reducida o ausente a las expresiones faciales o sentimientos de otras personas. ● Respuesta inusualmente negativa a las solicitudes de otros (comportamiento de evitación de la demanda). ● Rechazo de los abrazos iniciados por los familiares, aunque pueden iniciar los propios abrazos. ● Juego repetitivo o estereotipado. ● Intereses demasiado focalizados o inusuales. ● Insistencia excesiva en seguir la propia agenda. Reactividad emocional extrema al cambio o a nuevas situaciones, insistencia en que las cosas sean "iguales". ● Sobre o baja reacción a estímulos sensoriales.
--------------------------	--	--

Nota. Centro de control y prevención de enfermedades (2021). Secretaría de Gobierno de

Salud. Ministerio de salud y desarrollo social (2019)

La tabla anterior permite identificar, desde los 0 a 5 años, los principales hitos evolutivos en relación a las habilidades de lenguaje, comunicación y socialización y las alteraciones que pueden indicar que un niño tenga TEA. Durante estos años se produce el mayor desarrollo en los niños, y el TEA puede ser identificado como tal si se tiene un conocimiento de las banderas rojas que pueden indicarlo. Sin embargo, los diagnósticos no siempre se realizan antes de los 5 años, los síntomas pueden ser variables en forma e intensidad, y el TEA puede no identificarse hasta la edad escolar. Es por este motivo que se presenta a continuación un listado de banderas rojas que pueden observarse y deben llamar la atención como sospecha de TEA en edad escolar.

Signos y síntomas de alerta para la detección de TEA en niños y niñas que concurren a escuela primaria (6 a 12 años)

Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de salud y desarrollo social (2019)

Interacción social y comunicación

Contacto visual, señalización y otros gestos

- Reducción y/o falta de integración de gestos, expresiones faciales y corporales, contacto visual y reducción o ausencia del habla durante la comunicación social.
- Reducción o ausencia de atención, demostrada por la falta de:
 - cambio de mirada siguiendo un punto (mirar hacia donde apunta la otra persona).
 - uso de la señalización (apuntar o mostrar) de objetos para demostrar interés.

Lenguaje hablado

Lenguaje hablado inusual, que puede tener las siguientes características:

- uso muy limitado.
- tono monocorde.
- habla repetitiva, uso frecuente de frases estereotipadas (aprendidas),
- contenido dominado por información excesiva sobre temas de interés propio.
- hablar 'a' otros, en lugar de compartir una conversación bidireccional con otras personas, puede parecer grosero o inapropiado.

Interacción con otros

- Respuesta reducida, o ausente, a la expresión facial o los sentimientos de otras personas.
- Respuesta reducida o retardada a la llamada por el nombre, a pesar de una audición normal.
- Interés social reducido o ausente hacia las personas, incluidos los niños y niñas de su misma edad. Si está interesado en otros, puede acercarse de manera inapropiada, pareciendo agresivo o disruptivo.
- Ausencia o reducción del saludo o de la despedida. Conciencia reducida o ausente del comportamiento socialmente esperado.
- Capacidad reducida o ausente para compartir el juego social o las ideas de otros, juegos en soledad.
- Dificultades sutiles para comprender las intenciones de los demás. Puede tomar las cosas literalmente y malinterpretar el sarcasmo o la metáfora.
- Respuesta inusualmente negativa a las solicitudes de otros (comportamiento de evitación de la demanda).
- Conciencia reducida o ausente del espacio personal, o inusualmente intolerante con las personas que ingresan a él.
- Incapacidad para adaptar el estilo de comunicación a situaciones sociales, por ejemplo, pueden ser excesivamente formales o inapropiadamente familiares.
- Aparente disfrute reducido o ausente frente a situaciones que a la mayoría de los niños y niñas les gustan.

Ideas e imaginación

- Aparente imaginación y creatividad reducidas o ausentes, escasa variedad de juegos de simulación. Pueden recrear las escenas que ven en medios visuales (por ejemplo, la televisión).
- Realiza comentarios sin conocimiento de las sutilezas o de las jerarquías sociales.

Intereses inusuales o restringidos y/o comportamientos rígidos y repetitivos

- Movimientos 'estereotipados' repetitivos, como aleteo de la mano, balanceo del cuerpo mientras está de pie, girando, golpeando con el dedo.

- Jugar de forma repetitiva y orientada a objetos más que a personas.
- Intereses demasiado enfocados o inusuales.
- Rígida expectativa de que otros niños y niñas deben adherirse a las reglas del juego.
- Insistencia excesiva en seguir las propias rutinas.
- Aversión al cambio, que a menudo conduce a la ansiedad u otras formas de angustia (incluida la agresión).
- Reactividad emocional extrema frente a ciertas circunstancias.
- Sobre o baja reacción a estímulos sensoriales, por ejemplo: texturas, sonidos, olores.

Los signos y síntomas mencionados serán igualmente considerados como alarmas para los jóvenes que se encuentran en la educación secundaria. Cuando estos jóvenes asisten a la consulta por sospecha de TEA, en muchas ocasiones, se reconstruye la historia de síntomas y conductas de TEA observadas desde épocas más tempranas. Particularmente, se observan dificultades de larga data en la comunicación y en la interacción social, como por ejemplo comprensión reducida o ausente de la amistad y deseo fallido de tener amigos. El aislamiento social y aparente preferencia por la soledad junto con la falta de creatividad social y de juego simbólico son banderas rojas que se suman a las ya mencionadas conductas en la etapa de escolaridad primaria.

Como se ha mencionado a lo largo de este apartado, la **detección precoz** es una herramienta fundamental para un mejor **pronóstico** y **calidad de vida** de una persona con TEA. Sin embargo, no siempre esto se logra, por lo que conocer las banderas rojas y las características del trastorno a lo largo de las etapas evolutivas de la vida de un individuo que lo padece es fundamental.

Diagnóstico específico de TEA. Programa de Orientación Temprana y Concientización en Trastornos del neurodesarrollo y en el Espectro Autista (PROTECTEA)

En el presente apartado se realizará una descripción de tres fases de valoración del desarrollo que suponen una evaluación y una indagación gradual en la determinación diagnóstica de un niño con TEA. Varios autores coinciden en la diferenciación de estas fases que se corresponden con, en primer lugar, un control del desarrollo desde una edad temprana, en segundo lugar, una evaluación de cribado para niños en los que se observaron signos de alarma de TEA en la fase anterior, y en tercer lugar, una evaluación específica para determinar el diagnóstico. Se describirán, también, las diferentes técnicas y herramientas utilizadas en cada fase.

Luego se presentará un dispositivo que funciona en el Hospital Gral. De Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía (HRM) perteneciente al Programa de Orientación Temprana y Concientización en Trastornos del neurodesarrollo y en el Espectro Autista (PROTECTEA) donde se pueden observar, en la práctica, las fases previamente desarrolladas.

Diagnóstico TEA

Para llegar al diagnóstico específico de TEA, la Academia Americana de Pediatría (Johson y Myers, 2007) y la Academia Americana de Neurología (Filipek et al., 1999) han presentado las guías para la identificación y el diagnóstico en la práctica clínica que se han convertido en las guías de una buena práctica basadas en la evidencia. Estos lineamientos proponen el uso de diferentes estrategias de evaluación de acuerdo con las etapas del proceso, que, como se mencionó anteriormente, involucra 3 niveles:

- A. la vigilancia del desarrollo e identificación de posibles casos,
- B. la detección específica de los trastornos del desarrollo, y
- C. la evaluación específica para determinar el diagnóstico (Filipek et al, 1999, Rugeri & Valdez, 2015, Fejerman & Grañana, 2017).

A. Primer nivel: vigilancia evolutiva de rutina

Este primer nivel de diagnóstico corresponde a la evaluación de rutina del desarrollo, que es llevada adelante por profesionales de la salud en el control pediátrico. Se propone que

incluya: las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo de sus hijos, la utilización de escalas y pruebas sobre el desarrollo general de los niños y la observación por los profesionales de las desviaciones que ocurren en el desarrollo (Hervás Zúñiga, Balmaña Salgado, 2017).

En primer lugar, se deben considerar los motivos de preocupación de los familiares. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que los primeros en sospechar el problema fueron los familiares (60%), seguidos a mucha distancia de los pediatras (10%) y en menor medida las instituciones educativas (7%) (English y Essex, 2001). Así también en una encuesta realizada a familiares de personas con autismo en España, donde se han obtenido resultados similares, siendo que sólo el 5% de las familias encuestadas identificaron a su pediatra como la persona que inició el proceso de diagnóstico. A partir de estos estudios, se pudo obtener que los comportamientos más llamativos para los familiares son las alteraciones de la comunicación, especialmente la ausencia del lenguaje oral, no responder a su nombre y no mirar a los ojos. Otras preocupaciones son las alteraciones en las relaciones sociales en las que incluyen la falta de atención, interés o curiosidad sobre lo que se hace o se dice, y las relaciones poco adecuadas con otros niños de su edad y las conductas externalizantes (Hernández et al, 2005). Así pues, estas preocupaciones percibidas por los padres acerca del desarrollo se deben considerar de manera “inmediata y seria por los médicos“ (Nachshen, Garcin y Moxness, 2008).

Por otro lado, la falta de preocupación de las familias no asegura la ausencia de problemas. Por tanto, la vigilancia debe realizarse en todos los niños en determinados momentos de la vida. El seguimiento del desarrollo implica usar sistemáticamente las herramientas de valoración. Existen estrategias de cribado que permiten detectar a los niños que estén en riesgo para una amplia gama de problemas en el desarrollo. En esta instancia la identificación de niños con riesgo de TEA pueden darse a partir de demoras en el desarrollo del lenguaje o a nivel cognitivo. A continuación, se describirán brevemente algunas herramientas para evaluar las pautas de desarrollo en edades tempranas, que fueron explicadas en el apartado anterior.

- El **Cuestionario de Edades y Etapas** (*Ages and Stage Questionary, ASQ-3*) es un cuestionario de pesquisa adaptado a nuestra población en varios países de Latinoamérica. Evalúa el desarrollo madurativo infantil, con 30 preguntas para cinco áreas: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y

área personal-social, a través de pautas que deben ser alcanzadas en edades entre 0 meses y 5 años y 6 meses. Puede ser completado por el profesional o como autorreporte por los padres (Bricker & Squires, 2009 en Fejerman y Grañana, 2017).

- El **Inventario de Desarrollo del Niño** (Child Development Inventory, CDI) es un instrumento de tamizaje del desarrollo infantil apropiado para niños entre 18 meses y 5 años que lo autoaplican los padres o cuidadores del niño. Permite obtener perfiles detallados del desarrollo de cada niño a través de 8 escalas: desarrollo social, autoayuda, motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo, conocimiento de Letras y Conocimiento de Números. Incluye una escala de desarrollo global (Ireton, 1992, Leal et al., 2005).
- El **Test de Evaluación a Padres del Estadío de Desarrollo** (Parents Evaluation of the Developmental Status, PEDS) es un cuestionario completado por padres de niños entre 0 y 8 años. Busca conocer las preocupaciones de los padres sobre el aprendizaje, desarrollo y conducta de sus hijos. Se evalúan los siguientes dominios: desarrollo global, cognitivo, lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo, socioemocional, escolaridad, autoayuda, motricidad fina y gruesa, y otras preocupaciones sensoriales y/o médicas (Glascoe, 1998 en Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).
- En el ámbito nacional, el **Instrumento para la Observación del Desarrollo Infantil** (IODI)¹ es un instrumento ordenador de la observación del desarrollo infantil durante la consulta. Su objetivo es que el profesional de salud tenga al alcance una lista de observación de los hitos del desarrollo, para poder realizar el seguimiento de los niños menores de cuatro años, así como contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. Incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de motricidad, de coordinación viso-motora, cognitivas, de comunicación y de lenguaje. No se utiliza para realizar diagnóstico, ni prueba de pesquisa, sino que complementa la observación clínica y examen físico (Ministerio de Salud y Desarrollo social, 2019).
- La **Prueba Nacional de Pesquisa** (PRUNAPE) es una herramienta eficaz destinada a la detección de problemas inaparentes del desarrollo en niños menores de seis años. Consiste en una serie de preguntas a los padres y pruebas para administrar al niño sobre habilidades motrices finas y gruesas, relaciones sociales, lenguaje y aspectos cognitivos (Sociedad Argentina de Pediatría, 2019).

¹ Ver Anexo I. p. 61

Una vez realizado el despistaje de desarrollo se contempla si aparecen signos de alarma. Si no es así, se cita al niño para la realización del seguimiento rutinario. En cambio pasa a la siguiente fase, si aparecen retrasos o signos de posibles alteraciones del neurodesarrollo, siendo las áreas de comunicación y socialización indicadores importantes de autismo. De tal modo, la valoración de déficits en estas áreas podrían ser una estrategia efectiva de identificación temprana de autismo.

B. Segundo nivel: detección específica de trastornos del desarrollo

Se comienza una evaluación del segundo nivel cuando un niño es detectado con riesgo de presentar un trastorno del neurodesarrollo en el primer nivel, es decir que “no ha alcanzado hitos críticos del desarrollo relacionados con la comunicación y /o comportamiento social o cuyos padres han expresado preocupaciones” (Nachshen, Garcin y Moxness, 2008). El riesgo debe ser evaluado más precisa y profundamente para poder acercarse a un diagnóstico. Realizar este nivel de evaluación no es garantía de arribar a un diagnóstico, pero no deja de ser útil debido a la información que otorga sobre un paciente, en un determinado momento, y esta información puede utilizarse para mejorar su calidad de vida, lo que corresponde al objetivo de toda evaluación.

Valdez y Ruggieri, en su libro “Autismo. Del diagnóstico al tratamiento”(2012) mencionan las siguientes técnicas que corresponden a esta segunda fase de evaluación, donde se busca identificar a aquellos niños con riesgo de presentar TEA.

- **Lista de Chequeo de Autismo para niños-modificada** (Modified Checklist for Autism in Toddlers - M - CHAT)² es un instrumento de fácil administración, destinado a la identificación de TEA en niños desde los 18 meses de edad. Contiene 23 ítems que son completados por los padres “Los elementos críticos del M-CHAT incluyen mostrar interés en otros niños, apuntar protodeclarativo, traer objetos para mostrar al padre, imitar, responder a su nombre y siguiendo un punto” (Robins *et al.*, 2001).
- **Lista de Chequeo de Conductas Autistas** (Autism Behavior Checklist - ABC) es un listado de preguntas a ser respondidas por un familiar adulto del niño, que busca recopilar información sobre la conducta del evaluado en tres categorías: uso del cuerpo y objetos; lenguaje y social; autocuidado. Sólo está validada en población preescolar y no detecta niños de alto funcionamiento. (Krug *et al.*, 1980).

² Ver Anexo II. p. 63

- **Escala de Evaluación del Autismo Infantil** (Childhood Autism Rating Scale - CARS) consta de 15 ítems y un instrumento de observación, cada ítem tiene una escala que indica el grado en el que la conducta del niño se desvía de lo esperado para su edad. Distingue TEA moderado del severo. Se considera que tiene alta sensibilidad en la identificación de niños y adultos con diagnóstico de TEA. Se recomienda administrar a partir de los 24 meses de edad. (Schopler et al. 1980, 1988).
- **Cuestionario de Comunicación y Socialización** (Social Communication Questionnaire - SCQ) está conformado por 40 ítems con respuestas si/no que corresponden a los criterios diagnósticos del DSM-5. Su autor es el creador del ADI-R, instrumento que se desarrollará en el tercer nivel, y el SCQ está basado en el mismo. Tiene dos formas de administración: ciclo vital (desarrollo total del niño) y actual (comportamiento en los últimos 3 meses). Ambas evalúan comunicación y funcionamiento social. (Rutter *et al.*, 2003).
- **Escala de Responsividad Social** (Social Responsiveness Scale - SRS) consta de 65 ítems y mide la severidad de los síntomas de TEA tal y como se manifiestan en situaciones sociales naturales. Pueden completarla padres o docentes. Mide: procesamiento de la información social; capacidad para la comunicación social recíproca; la evitación o ansiedad social; preocupaciones o rasgos autistas.
- **Escala Australiana para el Síndrome de Asperger** (ESAS) ³ con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV, es un cuestionario diseñado para identificar conductas y habilidades propias del Síndrome de Asperger, en edad escolar, dado que en este grupo es más florida la sintomatología de la entidad. El resultado de la escala no es estrictamente diagnóstico, consta de 24 preguntas que se evalúan, habilidades sociales, emocionales, comunicativas, cognitivas, motrices e intereses específicos, en calificaciones, donde 0 significa nunca y 6 significa siempre con grados de severidad evaluados de 1 a 5 por los padres, además contiene características específicas de miedos inusuales, movimientos estereotipados y tic, nivel de sensibilidad y adquisición tardía de lenguaje (Naranjo Flórez, 2014).

Ninguno de estos instrumentos debe analizarse de manera aislada, ya que sus resultados, en solitario, no otorgan información completa para realizar un diagnóstico. Se debe contemplar la información obtenida en los dos niveles y determinar si el niño presenta

³ Ver Anexo III. p. 64

riesgo específico de presentar TEA. Aquellos niños que son detectados de riesgo son evaluados en un tercer nivel.

C. Tercer nivel: evaluación específica para determinar el diagnóstico

Cuando un niño presenta alto riesgo de tener TEA, debe ser remitido a una evaluación específica. El diagnóstico debe realizarse por un equipo interdisciplinario de profesionales especializados, con experiencia y formación en TEA (Nachshen, Garcin y Moxness, 2008). El Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de personas con TEA recomienda que el equipo debe estar conformado por al menos dos profesionales en el que participen:

1. Un médico con especialidad en pediatría, medicina general y/o medicina de familia, y
2. Un profesional con experiencia y capacitación en desarrollo infantil perteneciente a alguna de las siguientes disciplinas: pediatría, psiquiatría infanto-juvenil, neurología infantil, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología (2019).

La evaluación clínica debe cumplir con los criterios de diagnóstico del DSM-5 y CIE 11 (Nachshen, Garcin y Moxness, 2008, Fejerman y Grañana, 2017). A continuación se describirán los instrumentos clínicos cuya estructura y algoritmos diagnósticos son compatibles con los mismos y, además, generan puntuaciones de corte definitorias para el diagnóstico de TEA.

Entrevista a padres:

- **Entrevista para el Diagnóstico de Autismo - Revisada** (Autism Diagnostic Interview - Revised - ADI-R) es una entrevista semiestructurada para los padres de niños, adolescentes y adultos en riesgo de TEA. Evalúa las esferas de alteración en la interacción social recíproca, las limitaciones comunicativas y de lenguaje, el juego, las conductas ritualizadas o perseverantes y el momento en que aparecieron. El rango de edad va desde la niñez hasta la adultez. La administración toma entre tres horas (versión completa) y al menos una hora (solo administrando ítems del algoritmo), depende del nivel de fluidez del informante y la severidad de la sintomatología explorada. Al realizar la entrevista, el profesional debe explorar si el comportamiento del niño concuerda con los criterios de diagnóstico. Para esto, es necesario obtener descripciones detalladas, y, adicionalmente, conocer si el comportamiento descrito es siempre de esta manera, o si varía, cómo y cuándo cambia. Después de recoger la

información, la misma se traslada a algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual. Existen de dos formas: algoritmo diagnóstico y algoritmo de la conducta actual. El primero se centra en la historia completa del desarrollo del sujeto evaluado para obtener un diagnóstico, y en la forma actual, explora el comportamiento del niño en los últimos tres meses. Otro aspecto importante de la ADI-R es que hace diferenciación, tanto en la entrevista como en los algoritmos, entre niños verbales y niños no verbales. Esto implica que los síntomas necesarios para el diagnóstico de niños que tienen lenguaje serán diferentes de aquellos niños que aún no han desarrollado lenguaje oral (hablado).

- **Entrevista Diagnóstica para el Trastorno de Comunicación y Socialización** (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder - DISCO) es una entrevista semiestructurada que abarca una amplia variedad de síntomas. Puede utilizarse para todas las edades y para todos los niveles de competencias. Recoge información como datos de identificación, desarrollo en los dos primeros años de vida, habilidades actuales (comunicación, socialización, imitación, imaginación, autonomía, académicas, visoespaciales), actividades repetitivas o alteraciones sensoriales, conducta desadaptativas, alteraciones de sueño, calidad de interacción y perturbaciones psiquiátricas. Esta entrevista incorpora ítems que cubren manifestaciones conductuales de los déficits asociados al TEA. Fue diseñada principalmente para uso clínico, en particular para elaborar recomendaciones para las personas dentro del TEA (Wing et al., 2002).

Escalas de observación directas:

- **Escala de Observación Diagnóstica de Autismo** (Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS 2) es una herramienta de observación de conducta de autismo (Lord et al., 2015). Se aplica en una situación de juego semiestructurada, donde se observan las habilidades de comunicación y lenguaje, de interacción social, y las conductas restringidas, repetitivas y rituales. La escala está estructurada en cinco módulos (1, 2, 3 y 4), cada uno destinado a personas con una edad cronológica y un nivel de lenguaje determinado. El ADOS-2 se puede aplicar a personas de edades, niveles de desarrollo y comunicación verbal muy diferentes (desde niños a partir de los 12 meses hasta adultos, desde aquellos sin habla hasta aquellos con un habla fluida). Cada uno de los módulos está compuesto por un conjunto de actividades que proporcionan contextos estandarizados donde el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos

comportamientos sociales y comunicativos relevantes para el diagnóstico del TEA. Tras corregir el protocolo y obtener las puntuaciones del algoritmo, se podrá realizar el diagnóstico a partir de los puntos de corte establecidos.

- **Breve observación de los síntomas del autismo** (Brief Observation of Symptoms of Autism - BOSA) fue desarrollado por la Dra. Cathy Lord y su equipo, en asociación con el UCLA Semel Institute, con el fin de poder realizar evaluación específica de TEA durante el contexto de pandemia por COVID 19 (Lord et al. 2020). Esta herramienta de observación de 15 minutos de la interacción entre padres/cuidador y el niño, es una adaptación del ADOS-2 y la Breve observación del cambio en la comunicación social (Brief Observation of Social Communication Change - BOSCC). Se requiere certificación para su uso y los profesionales que utilicen esta escala deben tener experiencia en la administración de ADOS-2 en entornos clínicos o de investigación, ya que se utilizan los códigos de puntuación de los módulos ADOS-2. El BOSA se puede administrar de dos maneras: a través de telesalud o presencial (el profesional utilizando la mascarilla y manteniendo la distancia social, y por otro lado, el cuidador y el niño sin mascarillas). Está estructurado en en cuatro módulos: BOSA-MV (cualquier edad, poca fluidez verbal), BOSA-PSYF (niños que usen frases flexibles o niños con fluidez verbal menores de 6 a 8 años), BOSA-F1 (niños con fluidez verbal de 6 a 8 a 10 años) y BOSA-FS (niños con fluidez verbal de 11 años en adelante hasta adultos). La puntuación BOSA se obtiene clasificando tantos códigos como sea posible para elementos seleccionados en el protocolo de puntuación del módulo ADOS-2 correspondiente. Los puntajes de los elementos ADOS-2 se convierten en puntajes binarios de BOSA (presentes o ausentes) en la lista de verificación del módulo correspondiente. Es fundamental complementar dicha escala con la entrevista al cuidador y otras herramientas como CARS, con medidas del comportamiento adaptativo y pruebas cognitivas para informar el diagnóstico.
- **Perfil Psicoeducativo - 3** (Psychoeducational Profile-3 - PEP-3) es un instrumento de evaluación del desarrollo y diagnóstico diseñado específicamente para evaluar niños con TEA. Esta prueba permite evaluar las habilidades y conductas de niños con autismo y dificultades en la comunicación, con una edad mental entre seis meses y siete años. Es de administración individual y toma entre 45 minutos y 90 minutos su aplicación. La prueba genera tres puntuaciones: comunicación, motora y conductas maladaptativas y tiene 10 subescalas de ejecución: cognitivo verbal/pre-verbal, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, motricidad fina, motricidad gruesa, imitación visomotora, expresión

afectiva, reciprocidad social, conductas motoras características y conductas verbales características (Schopler et al., 1990).

Actualmente, el ADI-R y el ADOS 2 son los instrumentos “gold standard“, es decir, de referencia en la evaluación clínica y de investigación del TEA (Fejerman y Grañana, 2017, Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017, Rugeri y Valdez, 2015). Ambos requieren certificación oficial, con supervisión de su aplicación.

En conjunto con la información obtenida de las escalas y las entrevistas, es necesario realizar una evaluación neuropsicológica con el fin de completar los especificadores de diagnóstico del DSM-5, conocer la funcionalidad del niño y diseñar los objetivos de intervención más adecuadas. Se valora:

- la evaluación neuropsicológica que permite obtener el coeficiente intelectual (CI) y conocer las fortalezas y debilidades de otras funciones, como la atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, visomotricidad, perfil sensorial, habilidades sociales y perfil psicológico familiar. Son consideradas como referencia de la evaluación del nivel intelectual las escalas de Wechsler, las cuales existen distintas versiones para cada edad.
- el nivel adaptativo, con escalas de habilidades adaptativas, de requisito para diagnóstico para DI. El perfil característico que aporta datos para la sospecha de autismo se lo conoce como “perfil Z“, que se caracteriza por edades mentales con una discrepancia significativa por menor rendimiento en lenguaje y habilidades socioadaptativas, respecto a las habilidades de autovalimiento y motricidad fina.

Entre algunas herramientas para evaluar dicha habilidad se encuentra la **Escala de Funcionamiento Adaptativo de Vineland**, la cual consta de cinco áreas de evaluación: habilidades de lenguaje y comunicación (receptivo, expresivo y lectoescritura), habilidades de la vida diaria (independencia en el cuidado personal, habilidades domésticas y comunitaria), habilidades socioadaptativas (interacción social, juego y de uso de tiempo libre), habilidades de motricidad fina y gruesa, y conductas maladaptativas. Estas últimas pueden ser internalizadoras (es excesivamente dependiente, evita a los demás y prefiere estar a solas, llora y ríe con demasiada facilidad, evita la interacción social, no mantiene contacto visual, etc.), externalizadoras (es

impulsivo, tiene berrinches, desobedece y desafía intencionalmente, es agresivo, etc.) y otros ítems críticos (prefiere constantemente los objetos a las personas, tiene hábitos y costumbres extraños, habla de forma extraña, se balancea hacia delante y hacia atrás de forma repetida, no es consciente de lo que ocurre a su alrededor, recuerda detalles pocos comunes, etc.). Se obtiene un cociente adaptativo por dominios y uno compuesto global.

- el nivel de lenguaje y comunicación realizada por un neurolingüista. La evaluación es compleja como lo es el lenguaje, ya que tiene presente varias dimensiones la fonología y la prosodia (sonidos, entonación, ritmo, expresión), la morfosintaxis (gramática), la semántica (significado), el léxico (vocabulario), el discurso, la comunicación no verbal y la pragmática (intenciones o propósitos). La evaluación del lenguaje se hace no solo para determinar los déficits del niño, sino también para saber qué conoce, qué necesita conocer sobre el lenguaje y cómo puede aprenderlo mejor; si puede avanzar solo o si necesita ayuda específica; cuál es la diferencia esperable entre tratamiento y no tratamiento. La misma se puede realizar a través de una hora de juego así como también a través de pruebas estandarizadas (Fejerman y Grañana, 2017).

También, se deben considerar los exámenes físico y neurológico. Esto implica revisar al niño en busca de manchas acrómicas o hiperacrómicas (enfermedades neurocutáneas), dismorfias mayores o menores, fenotipos físicos reconocibles (síndrome de frágil X), medición del perímetro craneano (macrocefalias y microcefalias), examen de tono y coordinación muscular, reflejos osteotendinosos, reconocimiento de fenotipos conductuales, etc. (Fejerman y Grañana, 2017, Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017). No obstante, los estudios que todo niño debe tener según el “Consenso internacional de autismo” son la evaluación auditiva con potenciales evocados auditivos de tronco con audiometría, EEG e interconsulta a genética si hay DI sin causa conocida.

Acabada la evaluación diagnóstica y considerando todos los elementos recogidos, tanto a través de las herramientas estandarizadas como a través de la observación y el juicio clínico del profesional, conoceremos el grado de severidad y funcionalidad del niño. Esto dará lugar a la orientación y planificación de futuras intervenciones. Cabe aclarar que los

instrumentos por sí solos no diagnostican, sino que permiten obtener una mirada más amplia y exhaustiva del niño para que así el juicio del profesional sea objetivo.

PROTECTEA. Las fases en la práctica.

En 2014 en la Ciudad de Buenos Aires, comenzó a funcionar el Programa de Orientación Temprana y Concientización en Trastornos del neurodesarrollo y en el Espectro Autista (PROTECTEA)⁴. El mismo se desarrolla a través de la articulación entre equipos del Ministerio de Salud, Educación y de Desarrollo Humano y hábitat de CABA, así como de diversas agrupaciones y organizaciones de la sociedad civil vinculadas al abordaje del espectro autista. Tiene como objetivo el trabajo en la concientización, detección temprana, diagnóstico, orientación, intervención temprana y seguimiento de personas con trastornos del neurodesarrollo, a través de abordajes interdisciplinarios e integrales.

El programa cuenta con 3 etapas o niveles en su proceso de intervención, de las cuales, las primeras dos, se corresponden con las fases diagnósticas expuestas previamente, y suman un tercer nivel de orientación y tratamiento (Red Espectro Autista, 2014).

Nivel 1: Pesquisa y detección temprana. Se realiza en la evaluación de rutina de la consulta pediátrica. Se utilizan herramientas específicas de cribado, como por ejemplo el M-CHAT. Si se detectan pacientes positivos para la pesquisa se derivan al nivel 2.

Nivel 2: Diagnóstico interdisciplinario. Tiene como objetivo hacer un diagnóstico preciso y brindar orientación en relación al tratamiento necesario. En este nivel se aplican técnicas específicas para el diagnóstico de TEA, que incluyen el perfil intelectual y adaptativo.

Nivel 3: Intervención temprana, orientación y seguimiento. Una vez arribado el diagnóstico y teniendo en cuenta cada caso en particular, se orienta a las familias en los pasos a seguir, como puede ser la obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD). Aquí entra en juego la articulación con las organizaciones de la sociedad civil, quienes ofrecen reuniones mensuales de orientación a los familiares. Si el diagnóstico se realizó en pacientes menores a 6 años, se deriva a la familia a la realización de talleres de intervención temprana,

⁴ Ver Anexo IV. p. 66

como por ejemplo el Programa de Capacitación para Padres de niños con trastornos del desarrollo (PST), que se desarrolla en el Centro de Salud y Acción Comunitaria número 11 (CeSAC 11)⁵. Además se realizan recomendaciones de planes específicos de tratamiento y se llevan a cabo los seguimientos correspondientes.

En el HRM el equipo de psicopedagogía participó en el armado, en 2014, del equipo interdisciplinario que, desde la sede, iba a formar parte del programa llevando adelante las intervenciones de algunos de sus niveles. Dicho equipo, una vez conformado, trabajó ininterrumpidamente hasta el comienzo de la pandemia en 2020, cuando se suspendieron sus actividades, y continúa suspendido hasta la actualidad, a la espera de retomarse una vez finalizada la pandemia.

Desde el HRM el equipo interdisciplinario lleva adelante las intervenciones del nivel 1 y 2 y una parte del nivel 3 (orientación para la obtención del CUD), y está conformado por las siguientes disciplinas: pediatría del desarrollo, neurología infantil, neurogenética, psicopedagogía, fonoaudióloga,

Las derivaciones suelen provenir de las instancias del primer nivel de programa, donde los pacientes han sido detectados de riesgo por otros profesionales de la salud (pediatras, fonoaudiólogos, neurólogos, entre otros). Las mismas pueden originarse en el mismo HRM o en otros hospitales que no disponen de un equipo interdisciplinario para el diagnóstico diferencial. Los pacientes también pueden ser derivados por las escuelas (docentes, directivos, miembros de los equipos de orientación) a través de las vías habituales de derivación del Programa de Salud Escolar. Habitualmente, un grupo grande de pacientes solicita turno de forma espontánea, a partir de las páginas de internet de las organizaciones de TEA en las que figura PROTECTEA y sus centros de atención.

Todo paciente ingresa al equipo a través de la pediatra del desarrollo quien realiza una pesquisa atendiendo a las preocupaciones manifestadas por el derivador, y administra los cuestionarios y pruebas pertinentes (M-CHAT, PRUNAPE, etc.). Luego, según los resultados obtenidos, deriva a la evaluación específica.

La evaluación específica o ampliada la realizan el neurólogo infantil, el neurogenetista, psicopedagogía y fonoaudiología. En el caso de que estos profesionales sean los derivadores su parte de la evaluación está realizada desde el comienzo de la derivación.

⁵ Ver Anexo V. p. 68

El neurólogo infantil hace la evaluación neurológica general y eventualmente solicita imágenes. En caso de que no haya sido ya evaluado por el genetista, el neurólogo pide la interconsulta con esa especialidad, cuando hay discapacidad intelectual sin causa conocida.

El neurogenetista solicita los estudios genéticos que considera necesarios y eventualmente brinda orientación familiar.

La fonoaudióloga realiza la evaluación neurolingüística, atendiendo a todos los componentes del lenguaje para determinar el nivel de lenguaje y la comunicación del niño.

El equipo de psicopedagogía realiza una primera entrevista con los padres y el paciente, en donde se administra la Vineland II y se realiza observación del niño a través del juego. A su vez, el equipo cuenta con una profesional certificada en ADOS-2 que trabaja en colaboración con una psicóloga que tiene la misma certificación. Es así que luego de la evaluación adaptativa se realiza la administración de esta técnica de consenso internacional para diagnóstico de TEA.

Para completar la evaluación y especificar el diagnóstico las psicopedagogas realizan la evaluación cognitiva a partir de las escalas de inteligencia Wechsler (WISC V y WIPPSI 4) en niños con lenguaje verbal, y la Escala manipulativa internacional de Leiter, tercera edición (LEITER 3) para aquellos niños sin lenguaje verbal.

Una vez realizado el diagnóstico, el equipo de psicopedagogía (en algunos casos junto con la pediatra del desarrollo) acuerda una entrevista de devolución con los padres, en donde se los orienta acerca de estimulación y tratamiento en niños con TEA. El equipo cuenta con un miembro de la Asesoría de Discapacidad del servicio, por lo que se les otorga un turno a las familias que lo necesitan, para la obtención del CUD. En aquellos casos en los que el diagnóstico no es TEA, se orienta a la familia y se realizan las derivaciones correspondientes a cada paciente.

Finalmente, se realiza un seguimiento telefónico de aquellos pacientes que así lo requieren, ya sea para orientación para la obtención del CUD. acceso a tratamiento, entre otras cuestiones.

Cada caso que llega al equipo de PROTECTEA del HRM tiene sus particularidades por lo que la característica más importante del trabajo que se realiza es la interdisciplina. Los

profesionales conocen a los pacientes, los evalúan y derivan para ampliar la mirada del caso. La información obtenida circula en el equipo y las decisiones se toman en conjunto, siempre velando por la mejor atención del paciente. Como se dijo anteriormente TEA incluye en su nombre la palabra *espectro* por la diversidad de características que presentan los pacientes que se incluyen dentro del cuadro, por lo que el trabajo de arribar a un diagnóstico, es un trabajo minucioso y difícil, que se resuelve en equipo, con todas las disciplinas presentes. En el próximo apartado intentaremos brindar herramientas para facilitar este trabajo, diferenciando TEA de otros diagnósticos que comparten características y suelen confundirse en las primeras fases del diagnóstico.

Diagnósticos diferenciales en TEA: Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático

Ya habiendo realizado un recorrido caracterizando el trastorno del espectro autista y las fases de evaluación para poder arribar a dicho diagnóstico, como se mencionó, en este apartado se describirán algunos de los trastornos diferenciales de TEA y se realizará una diferenciación entre los mismos.

El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista no siempre resulta claro y sencillo de realizar debido a las similitudes clínicas que presenta con otros diagnósticos. Entre los diagnósticos diferenciales más frecuentes, en el DSM-5 (2014) se destacan:

- Síndrome de Rett.
- Mutismo selectivo.
- Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático).
- Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin trastorno del espectro autista.
- Trastorno de movimientos estereotipados.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- Esquizofrenia.

Si bien existen diversos diagnósticos diferenciales con respecto al TEA, en el siguiente apartado, se presentarán las principales diferencias diagnósticas entre el TEA y dos trastornos de la comunicación: Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático (DSM-5, 2014). Se han seleccionado dichos trastornos debido a su frecuente aparición en la clínica y a la gran confusión que pueden generar a la hora de diagnosticar TEA.

A fin de presentar con la mayor claridad posible las diferencias diagnósticas entre el TEA y ambos trastornos de la comunicación, en un primer momento se explicará brevemente a qué nos referimos con lenguaje y cuáles son sus dimensiones. En un segundo momento, se presentarán brevemente los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 para el Trastorno del Lenguaje y el Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático. Luego, se establecerán las principales diferencias que nos permiten discernir el diagnóstico de TEA de dichos trastornos de la comunicación. Por último, se ejemplificarán tales diagnósticos

diferenciales con dos casos clínicos del equipo de PROTECTEA del Área Programática del HRM.

El lenguaje y sus dimensiones

A fin de definir el concepto de lenguaje, se considera pertinente conceptualizar previamente qué es comunicar. Verónica Maggio (Grañana, 2018) refiere que comunicar implica intentar transmitirle intenciones a otra persona, es buscar llegar a otro para conseguir algo deseado o simplemente para compartir con ese otro sujeto. Ese don de la comunicación está presente desde estadios muy tempranos del desarrollo y depende de la emergencia y combinación de distintas habilidades para poder desplegarse de modo apropiado.

La comunicación entre las personas y con uno mismo es posible, en gran parte, gracias al lenguaje. Este último es un atributo propio del género humano que le permite trascender tiempo y espacio y superar los requerimientos básicos de la supervivencia. Dicha comunicación es posible mediante el uso práctico y dinámico de un código que efectiviza, por su naturaleza representativa, la referencia a objetos, eventos y circunstancias del mundo real (Baullón en Aizpún y cols, 2013).

En otras palabras, el lenguaje emplea un sistema de signos sonoros y gráficos que permiten representar en ausencia objetos o ideas, mediatizando la realidad, trascendiendo el aquí y el ahora, y constituyéndose como sustento del pensamiento. Se ubica en el plano de las funciones cognitivas superiores –reguladas y controladas por la corteza cerebral- e implica relaciones de interdependencia con otras funciones cognitivas (memoria, percepción, funciones ejecutivas, etc.), así como también con otros aspectos del desarrollo, como el interpersonal, el cognitivo, el afectivo, el conductual (Narbona, 2001). Por lo tanto, el dominio del lenguaje en especial el oral, constituye un factor fundamental en el desarrollo de la personalidad del niño, de su éxito escolar, su integración social y su futura inserción laboral (Maggio, 2020).

El lenguaje constituye un sistema, formado por elementos o subsistemas interrelacionados que participan de manera orquestada, como la fonología y la prosodia (sonido, entonación, ritmo, expresión), la morfosintaxis (gramática), la semántica (significado), el léxico (vocabulario), el discurso, la comunicación no verbal y la pragmática (intenciones o propósitos) (Maggio, 2020). Estos **subsistemas o dimensiones del lenguaje** son:

- **Fonológico-fonético:** Se trata del repertorio de los sonidos y la unión de éstos en formas estables o fonemas, formando las palabras. Los fonemas son una abstracción o modelo mental del sonido (Villegas, 2004), siendo las unidades lingüísticas sonoras más pequeñas que distinguen significado. La fonética hace referencia a los sonidos y su producción, mientras que la fonología a los fonemas y su función. Existen distintos tipos de fonemas (fonemas vocálicos y fonemas consonánticos). Dentro de este subsistema se incluyen también las sílabas (conjuntos de sonidos) y los elementos suprasegmentales (acento, tono, pausas, velocidad, melodía, entonación y ritmo).

- **Léxico-semántico:** La semántica se refiere esencialmente al significado de las palabras y la construcción del léxico o vocabulario, que implica aprender a conectar correctamente secuencias de sonidos (significantes) a un conjunto de situaciones (referentes), utilizando como intermediarias las representaciones mentales (significados) correspondientes (Maggio, 2020). A partir de las combinaciones de palabras, se pueden formar unidades mayores como la oración o el discurso, de tal manera las palabras pueden ser ambiguas hasta que se entienden en el contexto de una oración, transmitiendo significados por el hecho de agruparse entre ellas (López-Higes, 2006).

-Morfosintáctico:

La morfología se relaciona con la organización interna de las palabras (Owens, 2003); estudia las formas o unidades estructurales con significado: palabras y morfemas. Se centra en la estructura (cómo están hechas) y en la función (el rol que cumplen al integrarse a enunciados, frases y oraciones). El morfema se define como cualquier unidad formal con contenido; libre o ligado, que no puede subdividirse en partes más pequeñas con significado (Granada y Pellizarri, 2009).

La sintaxis delimita el tipo de combinaciones de palabras que pueden considerarse aceptables, o gramaticales, y cuales no (Owens, 2003). Estudia la concordancia (armonía entre las distintas partes), el régimen (relaciones de dependencia entre los elementos) y la construcción (orden de ubicación de las palabras). Se centra en los enunciados y sus tipos, poniendo el foco en el enlace de las palabras que lo conforman (Bermeosolo, 2001).

- **Pragmático:** El funcionamiento del lenguaje se da siempre dentro de contextos sociales, situacionales y comunicativos. La pragmática es la ciencia que estudia las características del uso del lenguaje en la interacción comunicativa (intención de comunicar,

motivación del hablante, reacción del interlocutor, entre otros.), constituyendo un conjunto de reglas referidas a la utilización del lenguaje en un contexto comunicativo (Owens, 2003). Al respecto, Kibrik (2013) refiere que para ser un buen comunicador, no es suficiente dominar las reglas estructurales del lenguaje (morfología, sintaxis y semántica), sino que también es necesario conocer las reglas que rigen su uso en contextos sociales (qué se dice, cómo se dice, cuándo se dice). Se relaciona con aspectos como la información paralingüística (gestos y prosodia), la información cultural compartida, el desarrollo del código lingüístico y el de las habilidades mentalistas. Esta dimensión del lenguaje surge en la etapa preverbal y su desarrollo se da a lo largo de toda la vida (Maggio, 2020).

Tal como se mencionó anteriormente, se debe tener en cuenta, que dichas dimensiones del lenguaje no actúan en forma independiente unas de otras, sino que, por el contrario, interactúan constantemente en el proceso de comprensión y producción del habla. La aparición de todas ellas en el desarrollo evolutivo del lenguaje, ocurre desde los inicios, fortaleciéndose según se va complejizando el sistema lingüístico del niño/a, en la medida que el/la mismo crece y los requiere.

Criterios diagnósticos: Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático

Para definir el Trastorno del Lenguaje y el Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático, se recurrió al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), en el cual dichos trastornos se engloban como Trastornos de la Comunicación dentro de lo que corresponde a los Trastornos del Desarrollo Neurológico.

Con respecto al **Trastorno del Lenguaje** se señalan los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias en la comprensión o en la producción que incluye lo siguiente:
 - Vocabulario reducido (conocimiento y uso de las palabras)
 - Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de las palabras juntas para formar frases, basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 - Deterioro del discurso (capacidad para usar el vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación)

- B. Las capacidades de lenguaje están notablemente, desde un punto de vista cuantificable, por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Partiendo de los criterios presentados en el DSM-5 (2014), puede afirmarse que las *características diagnósticas* centrales del Trastorno del Lenguaje son las dificultades para la adquisición y el uso del lenguaje debido a deficiencias de la comprensión o la producción del vocabulario, las estructuras gramaticales y el discurso. Dichas deficiencias del lenguaje son evidentes en la comunicación hablada, la comunicación escrita y el lenguaje de señas. El aprendizaje y el uso del lenguaje dependen de capacidades receptoras y expresivas. La capacidad expresiva se refiere a la producción de señales vocales, gestuales o verbales, mientras que la capacidad receptiva se refiere al proceso de recibir y comprender los mensajes lingüísticos. Las capacidades del lenguaje tienen que ser evaluadas en sus modalidades expresivas y receptoras, ya que las alteraciones en cada una de estas pueden tener una gravedad diferente.

La dificultad en el lenguaje se manifiesta por unas habilidades que se encuentran por debajo de lo esperado para la edad desde un punto de vista cuantificable y que interfieren significativamente en los logros académicos, el desempeño laboral, la comunicación eficaz y la socialización. El diagnóstico de trastorno del lenguaje se debería realizar basándose en la síntesis de los antecedentes del individuo, las observaciones clínicas directas en diferentes contextos, es decir, en la casa, la escuela y el trabajo y en los resultados de las pruebas estandarizadas que pueden utilizarse para orientar las estimaciones de la gravedad (DSM 5. 2014).

Continuando con los lineamientos del DSM-5 (2014), con respecto al *desarrollo y al curso* del trastorno del lenguaje, se observa que el mismo aparece durante el período del desarrollo temprano; siendo el diagnóstico estable en el tiempo a partir de los 4 años y normalmente persiste hasta la edad adulta, aunque es probable que cambie el perfil particular de puntos fuertes y débiles durante el curso del desarrollo. Con respecto a las comorbilidades, el trastorno del lenguaje suele presentarse asociado a otros trastornos del neurodesarrollo,

tales como el trastorno específico del aprendizaje (lectura y aritmética), el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo de la coordinación. También puede estar asociado al trastorno de comunicación social (pragmático).

En cuanto al **Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático** se explicitan los siguientes criterios diagnósticos (DMS 5, 2014):

- A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por los siguientes factores:
 - 1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
 - 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
 - 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.
 - 4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).
- B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
- C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
- D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica, ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

En pocas palabras, las principales *características diagnósticas* del trastorno de la comunicación social (pragmático) son: dificultad primaria con la pragmática, o el uso social, del lenguaje y la comunicación que se manifiesta en forma de deficiencias de la comprensión y para seguir las reglas sociales de comunicación verbal y no verbal en contextos naturales, para cambiar el lenguaje según las necesidades del que escucha o la situación y para seguir las normas de conversación y narración. Las deficiencias de comunicación social causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, el desarrollo de relaciones sociales, los logros académicos y el desempeño laboral. Las deficiencias no se explican mejor debido a una escasa capacidad en el dominio del lenguaje estructural o una capacidad cognitiva deficiente (DSM-5, 2014).

Con respecto al *desarrollo y curso* de dicho diagnóstico, el presente manual (DSM-5, 2014) refiere que como la comunicación social (pragmática) depende del progreso adecuado del desarrollo del habla y el lenguaje, el diagnóstico del trastorno de la comunicación social (pragmático) es raro entre los niños de menos de 4 años. Al llegar a los 4 o 5 años, la mayoría de los niños debería tener capacidades del habla y del lenguaje suficientes como para permitir la identificación de deficiencias específicas en la comunicación social. Las formas más leves del trastorno pueden no resultar evidentes hasta la adolescencia temprana, cuando el lenguaje y las interacciones sociales empiezan a ser más complejas.

¿Cómo diferenciar el diagnóstico de TEA de los de Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático?

Con el objetivo de diferenciar dichos diagnósticos, se caracterizarán y compararán la conducta y socialización, el lenguaje y el nivel intelectual en cada uno de ellos. Luego, se realizará un cuadro a fin de esquematizar y sintetizar dicha información. Más allá de estas diferencias, se debe tener en cuenta que a pesar de la caracterización realizada, cada niño presenta dicha sintomatología de una manera particular y heterogénea, tal como se mencionó en la primera parte de este trabajo, al hablar de niños con TEA. Si bien hay ciertos criterios diagnósticos ya mencionados del DSM-5 que deben cumplirse como exclusión para los tres diagnósticos, los mismos pueden presentarse de diversas formas, y algunos otros que se mencionan a continuación, pueden no estar presentes para arribar al diagnóstico.

a) Conducta y socialización

- TEA

Los niños con TEA suelen *evitar el contacto ocular*, demostrando *poco interés por la interacción*, rechazo a jugar con sus pares y establecer relaciones sociales (DSM-5, 2015). Presentan un déficit en el desarrollo de la *teoría de la mente*, la cual se encuentra lentificada o ausente, por lo que les cuesta mucho inferir, anticipar o ponerse en el lugar de los demás (Grañana, 2018).

A su vez, pueden presentar *resistencia al cambio*, siendo muy rutinarios, por ejemplo, se pueden angustiar si cambian el camino a la escuela, si les tocan sus cosas, suelen insistir en usar siempre las mismas ropas, en comer los mismos platos. Presentan también *conductas* que tienden a ser *obsesivas* debido a su *disposición ritualista* con mucho interés en objetos o parte de ellos (*intereses restringidos*). Suelen usar objetos de modo funcional, mecánicamente, tal como alinear audífonos, apilar, clasificar objetos repetitivamente (Grañana, 2018).

Los niños con TEA presentan *dificultades conductuales*, tal como la tendencia a hablar de manera repetitiva, ecológica, a presentar *estereotipias motoras*, como aletear, andar de puntillas, dar vueltas, balancearse con el cuerpo o la cabeza (Fejerman, Grañana, 2017). Las rabietas, la inflexibilidad, la intolerancia a la frustración ante los cambios suelen ser frecuentes en la vida cotidiana de estos niños (Grañana, 2018).

Su dificultad de conducta generalmente se acompaña de trastornos en la *regulación sensorial*, con fascinación o temor excesivo a sonidos comunes de la vida diaria (a motores de autos, de electrodomésticos, a luces o objetos que giran, tal como el ventilador o el tambor del lavarropas cuando da vueltas). Con respecto a las texturas, pueden negarse a tocar cosas húmedas, la arena, ciertas prendas o etiquetas de ropa, entre otras cosas. Además, pueden sentir rechazo o fascinación por ciertos olores o sabores, o indiferencia al frío, al calor o al dolor (Grañana, 2018).

- *Trastorno del Lenguaje*

Maggio (2020) refiere que existen muchos estudios que mencionan la presencia de dificultades conductuales en niños con trastornos del lenguaje. Maggio et. al. (2013) sostienen que la alta frecuencia de dificultades de conducta en niños con trastornos del lenguaje requiere gran atención por parte de los profesionales. *Ansiedad, depresión, aislamiento, agresividad y oposiciónismo* pueden dificultar la identificación de un trastorno del lenguaje. En su investigación sobre problemas conductuales en niños con trastorno del lenguaje (2013), obtuvieron como resultado que los problemas de conducta aparecen en más

de la mitad de niños en preescolar con trastorno del lenguaje, un 80% mostró conductas internalizadoras y un 57% mostró conductas externalizadoras. En niños más grandes, las conductas internalizadas también fueron las más frecuentes. Las **conductas disruptivas** suelen presentarse debido al mal manejo de la frustración (Maggio, 2014, en Fejerman, Grañana, 2017).

De igual forma, Fejerman y Grañana, (2017) sostienen que las dificultades en la producción y comprensión del lenguaje de dichos niños suelen provocar que en ocasiones **se retraigan en el contacto social, se aíslen, o** presenten cierta inflexibilidad. Asimismo, Maggio (2020) señala que los niños con trastorno del lenguaje suelen tener menos habilidades sociales, especialmente aquellos en los casos en que el compromiso es mixto, y suelen cometer más errores que sus pares a la hora de codificar emociones de otras personas. Sin embargo, Elaine Maciques (2012) manifiesta que los niños con trastorno del lenguaje, a diferencia de los niños con TEA, presentan **empatía** y tienen habilidad para **reconocer las emociones** de los demás.

- Trastorno de comunicación social pragmático o síndrome semántico-pragmático

En el trastorno semántico de comunicación social pragmático, los niños presentan **dificultades en la interacción social** pero el problema se encuentra limitado a la esfera de la comunicación; por ende, a diferencia del TEA, tienen **empatía y reconocen emociones, no presentan intereses restringidos, conductas obsesivas y/o estereotipadas ni dificultades en la teoría de la mente** (Fejerman, Grañana, 2017).

b) Lenguaje y comunicación

- TEA

Las alteraciones del lenguaje en niños con TEA son uno de los síntomas más significativos. Por lo tanto, suele ser la principal preocupación de los padres y la que conduce a solicitar ayuda profesional, siendo el motivo de la primera consulta en más del 70% de los casos (Soprano, 2018)

Verónica Maggio (en Grañana, 2018) sostiene que, en caso de que desarrollen el lenguaje, la adquisición de las **primeras palabras se encuentra demorada** así como el proceso de construcción de frases, y **no suelen compensar con otros modos de comunicar**. En algunos casos, apareció el lenguaje pero se estancó, y en un tercio de los niños se produce una regresión del lenguaje (llegaron a adquirir palabras pero las

pierden) (Grañana, 2018).

A medida que crecen, los niños con autismo pueden presentar características muy variables de lenguaje. Esta variabilidad va desde la ausencia de comunicación a alteraciones en el componente pragmático y la prosodia, algunos hablan poco, otros son hiperverbales pero con dificultades en la recepción. A su vez, suelen tener dificultades para comprender las cuales impactan en las formas simbólicas en general, y en las situaciones sociales. Rasgos comunes son la **literalidad** y la dificultad para comprender las emisiones e intenciones que estas nos transmiten. No comprenden correctamente los enunciados con doble sentido, la ironía, las metáforas o el sarcasmo (Soprano, 2018).

A su vez, Grañana (2018) refiere que se observan **peculiaridades en la producción** del lenguaje, tales como uso de la segunda persona del plural y ecolalias (de manera directa, diferida o diferida apoyada en términos extraídos de la televisión o de películas). Soprano (2018) menciona también la inversión de pronombres personales, es decir, una dificultad en los términos deícticos del lenguaje.

Sin embargo, los síntomas más llamativos en el lenguaje de niños con TEA que ya han desarrollado apropiadamente el código lingüístico, son la **disminución o ausencia de intención comunicativa** (disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales) (DSM-5, 2014), y la presencia de **desajustes pragmáticos** que se manifiestan como la incapacidad para modificar el lenguaje en función de las circunstancias sociales. Algunas de estas alteraciones son: dificultad para reconocer preguntas con encabezadores, respuestas inadecuadas a determinadas preguntas, alteraciones de la expresión no verbal, dificultades de ajuste a las normas del contexto social, escaso respeto a las reglas de la conversación, y respuestas inadecuadas a preguntas (Maggio, en Grañana, 2018).

A su vez, V. Maggio (Grañana, 2018) sostiene que la **prosodia y el tono de voz** pueden ser **extraños**, tal como presentando una fluidez demasiado rápida. De igual forma, Soprano (2018) manifiesta que el habla de los niños con autismo se caracteriza por una modulación inadecuada de la entonación, el volumen, el tono, el acento y el ritmo. No utilizan la entonación para transmitir un significado de forma universalmente reconocible.

En relación al desarrollo fonológico de los niños con autismo, Soprano (2018) sostiene que aunque a veces comience más tarde y avance a un ritmo más lento, se parece al de los niños de desarrollo normal en cuanto al orden y la aparición de sonidos del habla. Lo mismo ocurre en relación a la gramática.

Por lo tanto, los componentes relacionados con la *pragmática, semántica y prosodia* se encuentran más afectados que los fonético-fonológicos, y los morfosintácticos.

- *Trastorno del Lenguaje*

Si bien los niños con Trastorno del Lenguaje al tener dificultades para expresarse y/o comprender, es frecuente que se aislen, presenten conductas disruptivas, o tengan comportamientos inapropiados así como ciertas dificultades pragmáticas, la principal diferencia es que *por otras vías de comunicación el niño tiene reciprocidad, suele sostener la mirada* o realizar un juego de ida y vuelta, por ejemplo con una pelota, y tiene mejor nivel simbólico (Maggio, 2014, en Fejerman, Grañana, 2017). En otras palabras, existe *intención comunicativa*, buscando comunicarse mediante gestos, señalamientos o lenguaje corporal (Maciques, 2012).

Los niños con Trastorno del Lenguaje pueden presentar *alteraciones en la producción y/o comprensión*, sin embargo, al igual que el TEA, es una entidad clínica de gran heterogeneidad, por ende, la frecuencia de signos, planos lingüísticos alterados y su combinación hacen a la originalidad de cada caso (Maggio, 2020).

En cuanto a las características *fonéticas y fonológicas*, Maggio (2020) refiere que suelen presentar menos verbalizaciones, un repertorio reducido de consonantes y vocales con un habla menos inteligible, suelen omitir sílabas átonas (no acentuadas), entre otras. Entre las características *léxicas y semánticas*, se destaca una lenta emergencia de palabras funcionales (como artículos y preposiciones), suelen usar menos variedad de verbos, su diccionario mental es menor que el de sus pares. En cuanto a las características *morfosintácticas*, suelen realizar una permanencia extendida en la etapa holofrástica (uso de la frase de dos palabras, se combina el sustantivo con el verbo), pueden presentar fallas en el armado de frases, uso de rodeo o circunloquios, ausencia de automonitoreo de lo expresado, entre otras. Con respecto a las *características pragmáticas*, suelen hacer uso extra de gestos para hacerse entender, inician menos temas de conversación y les cuesta sostener diálogos, y generalmente presentan dificultades para la formulación creativa del lenguaje, las fallas se advierten en la pérdida de la línea argumentativa y la desviación del tema a subtópicos.

- *Trastorno de comunicación social pragmático o síndrome semántico-pragmático*

En los niños con trastorno de comunicación social pragmático se observa *falta de adaptación al entorno interactivo, deficiente ajuste pragmático* a distintas situaciones, inestabilidad en la coherencia temática y *respuestas desajustadas* al tema de conversación. Suelen repetir varias veces preguntas a pesar de conocer las respuestas, y se observan serias dificultades en la comprensión de enunciados (Maggio, 2020) . Los componentes morfosintáctico y fonético-fonológico del lenguaje se encuentran conservados .

A su vez, generalmente presentan ecolalias y *lenguaje estereotipado*. Les cuesta procesar correctamente la información conciliada con la contextual y presentan dificultades para darse cuenta cuáles son los efectos de su intervención en las demás personas (Maggio, 2020). Suelen presentar *dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente* (p.ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p.ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación) (DSM-5, 2014). Sin embargo, a diferencia de niños con TEA, hay *intención comunicativa* (Bishop, 2003 en Fejerman, Grañana, 2017).

c) Nivel intelectual

- TEA

Su *nivel cognitivo es variable* ya que la discapacidad intelectual puede presentarse como comorbilidad del TEA. En el DSM V, se habla de dimensiones para categorizar el cociente intelectual de los niños con este trastorno ya que puede oscilar entre la Discapacidad Intelectual severa y el rendimiento intelectual superior a la media (Maggio, 2020).

- Trastorno del Lenguaje

El diagnóstico de Trastorno del Lenguaje no puede presentarse asociado a una discapacidad intelectual (DSM-5, 2014). Los niños que son diagnosticados con este trastorno deben presentar un coeficiente intelectual manipulativo con una diferencia significativa en relación a las habilidades verbales (Maggio, 2020).

- Trastorno de comunicación social pragmático o síndrome semántico-pragmático

El trastorno de comunicación social pragmático *no puede presentarse asociado*

a una discapacidad intelectual (DMS V, 2014).

A continuación se presentará en la **Tabla 2** las principales características de cada diagnóstico a fin de sintetizar y facilitar la comparación de los distintos perfiles diagnósticos.

Tabla 2

Diagnósticos diferenciales de TEA: Trastorno del Lenguaje y Trastorno de la Comunicación Social o Pragmático.

	TEA	Trastorno del Lenguaje	T. Social/ Pragmático
Conducta y socialización	<ul style="list-style-type: none"> -Poco o sin contacto ocular -Poco interés en la interacción -Resistencia al cambio. -Déficit en la Teoría de la Mente -Intereses restringidos -Conductas obsesivas-ritualistas -Dificultades conductuales -Estereotipias motoras -Déficit en el desarrollo de la teoría de la mente, -Trastorno en la regulación sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> -Pueden presentar dificultades conductuales (Ansiedad, depresión, aislamiento, agresividad y oposicionismo) -Tienen empatía y reconocimiento emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultades en la interacción social -Tienen empatía y reconocimiento emocional -No presentan intereses restringidos, conductas obsesivas y/o estereotipadas ni dificultades en la teoría de la mente
Lenguaje y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de intención comunicativa -Ausencia o alteración del lenguaje en la pragmática y la prosodia. -No suelen compensar con otros modos de comunicarse. -Peculiaridades en la producción del lenguaje. -No hay alteraciones en las dimensiones morfosintáctica y fonético-fonológico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intención comunicativa. Por otras vías de comunicación tiene reciprocidad -Alteraciones en la producción y/o comprensión del lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> -Intención comunicativa -Déficit pragmáticos -Desajuste en relación al contexto -Lenguaje estereotipado

Nivel intelectual	-Nivel cognitivo variable (DI, alto rendimiento)	-No presentan DI	-No presentan DI

Casos clínicos

- **Caso S**

S, de 13 años de edad (6° grado) ingresó al equipo de psicopedagogía del Área Programática del HRM en el mes de enero de 2019. Fue derivado por el servicio de pediatría para realizar una evaluación psicopedagógica por presentar dificultades de aprendizaje y repitencia escolar en quinto grado.

Al momento el niño vivía con su abuela, de cincuenta y nueve años, y su hermano menor, de nueve. La abuela fue quien acudió a las entrevistas ya que poseía la tenencia provisoria de ambos hermanos debido al fallecimiento de la madre (en el año 2016). A su vez, S mantenía buena relación con su padre, a quien veía los fines de semana.

En cuanto a tratamientos previos a la consulta, S realizaba tratamiento psicológico en el Servicio de Salud Mental del HRM desde el año 2016. Su abuela había consultado en dicho servicio espontáneamente refiriendo como motivo de consulta inestabilidad anímica debido al fallecimiento de su madre.

Durante las entrevistas, la abuela de S manifestó preocupación por las dificultades de aprendizaje de su nieto y refirió que había repetido 5to grado. A su vez, comentó que observaba dificultades conductuales, mencionando situaciones tales como: “le molestan mucho los ruidos”, “prefiere estar solo”, “es agresivo con su hermano”, “cuando era más chico presentaba movimientos extraños en las manos”, “no suele sostener la mirada cuando otro le habla”, “no presenta inhibición, cuando se va a bañar, se desnuda en cualquier parte de la casa delante de los demás sin importarle que haya otras personas en el mismo lugar”, “realiza comentarios desafortunados delante de otras personas”.

El equipo de psicopedagogía decidió llevar a cabo una evaluación. Para ello, por un lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas con la abuela de S en las que se le administró Historia evolutiva y Escala de conducta adaptativa Vineland II. A su vez, se evaluaron los distintos dominios cognitivos, las habilidades visomotrices y el aprendizaje de S utilizando

distintas técnicas estandarizadas: Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC IV), Test de Integración Visomotora VMI, Dibujo de la Figura Humana, Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada (PROLEC- R), Batería para la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): Aritmética y Problemas Aritméticos.

A fin de realizar una evaluación diagnóstica, el equipo realiza la selección de los test y/o baterías en función de la particularidad de cada caso, y dicha selección no se encuentra preestablecida sino que es dinámica ya que se va ajustando con la información que se va recabando sesión a sesión. En la medida en que las condiciones lo permiten, se busca evaluar los distintos dominios cognitivos así como los procesos subyacentes al aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo. En dicha evaluación, se van realizando a su vez observaciones y registros de la conducta del paciente, los cuales permiten ir obteniendo una mirada integral de ese niño, teniendo en cuenta cómo piensa, cómo aprende, cómo se comporta en los distintos ambientes, cómo se caracteriza su subsistema familiar y escolar.

De los datos obtenidos de la evaluación, se pudo observar con respecto a su conducta adaptativa, que S presentaba un nivel adaptativo bajo en todos los dominios evaluados (comunicación, habilidades de la vida diaria y socialización). En cuanto a su funcionamiento intelectual, el mismo se encontraba levemente por debajo de la media. Se observaba un déficit en la integración y coordinación motora pero un nivel de percepción visual dentro de la media. Sus habilidades académicas se encontraban descendidas en la precisión y fluidez lectora así como en el cálculo y en la resolución de problemas numéricos. La comprensión de textos y el procesamiento numérico se encontraban conservados.

Más allá de la evaluación cognitiva y de aprendizaje, en el caso de S, clínicamente se observaban ciertas conductas así como otras referidas por la abuela, que llevaban a levantar una sospecha sobre dos posibles diagnósticos diferenciales: TEA y Trastorno de Comunicación Social Pragmático. Pero, ¿Qué fue concretamente lo que despertó estas sospechas en S?

Por momentos, S utilizaba un lenguaje “neutro”, incluyendo términos que no eran esperados para su edad y/o situación, se observaban dificultades pragmáticas, realizando comentarios fuera de contexto o brindando respuestas un tanto extensas y peculiares a las preguntas que se le hacían (Ej: En una ocasión, antes de comenzar la evaluación, se le consultó si tenía calor ya que era el mes de enero y era un día muy caluroso, y en lugar de responder a la pregunta por sí o no, o bien, realizando un breve comentario, expresó que

no podía estar seguro si sentía calor y nos explicó cuáles síntomas solía presentar una persona cuando manifestaba calor utilizando un vocabulario excesivamente formal para la situación). A su vez, se observaba que en ciertas ocasiones presentaba dificultad para sostener la mirada, tal como refería su abuela.

A partir de la observación de los presentes síntomas, los cuales podrían coincidir con banderas rojas del diagnóstico de TEA, y a partir de los resultados obtenidos de la evaluación, se decidió realizar la derivación al equipo de PROTECTEA del Área Programática a fin de que este equipo especializado en la temática, evalúe a S y arribe al diagnóstico diferencial.

Al realizar la derivación, se le informó a este equipo que, según la evaluación psicopedagógica realizada, S presentaba un funcionamiento intelectual levemente descendido y dificultades en el área de la comunicación y en la coordinación visomotriz.

Teniendo en cuenta que S fue derivado con la evaluación psicopedagógica y sumado a los posibles riesgos de presentar TEA, S ingresó al equipo de PROTECTEA en el nivel 2, que consiste en realizar una evaluación específica para autismo. De este modo, se le administró la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS-2) (Módulo 3) así como los subtests de Teoría de la mente y Reconocimiento de emociones de la Evaluación Neuropsicológica Infantil II (NEPSY-II).

A su vez, se obtuvieron datos significativos de la observación clínica, donde el niño presentaba dificultades para comprender los chistes, y para inhibir comentarios desajustados. El niño manifestó también presentar dificultades en el componente social ya que refirió no querer estar con chicos, y no agradarle ir a los festejos de cumpleaños de sus pares. Sin embargo, presentaba empatía y un buen registro de lo que le pasaba a sus pares. El niño refirió que si un compañero estaba llorando o amargado le preguntaba si estaba bien, y si no lograba consolarlo, lo dejaba un tiempo tranquilo para que se le pase.

A partir de los datos obtenidos por el ADOS 2, se pudo observar que S presentaba *déficits significativos en las áreas de comunicación e interacción social recíproca* tales como: *mantener una conversación poco recíproca, contacto visual pobre, poca variedad de expresiones faciales, y escaso disfrute en la interacción con el terapeuta*. Esto se observó cuando el niño enumeraba los objetos de una imagen, mientras que la terapeuta realizaba comentarios que daban lugar a establecer una conversación y S continuaba nombrando lo que veía en la imagen, sin dirigir una mirada, gesto o palabra. Sin embargo, *no se observaban*

peculiaridades en torno al uso estereotipado o idiosincrásico de palabras o frases, interés sensorial inusual en los materiales de juego o en las personas, manierismos, ni interés excesivo en temas u objetos inusuales o altamente específicos o comportamientos repetitivos.

A su vez, mediante la evaluación los subtests de Teoría de la mente y Reconocimiento de emociones de la Evaluación Neuropsicológica Infantil II (NEPSY-II), se observó que S presentaba capacidad para interpretar las expresiones emocionales de los demás.

A partir de todo esto, *se consideró que* el perfil del joven *no era compatible con trastorno del espectro autista*. S no presentaba comportamientos repetitivos, uso estereotipado de palabras o frases, interés sensorial inusual en objetos o personas, manierismos, o interés excesivo en temas u objetos inusuales. A su vez, se pudo observar que el niño presentaba empatía, lograba reconocer las emociones de los demás, lo cual tampoco era compatible con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista ya que como se ha mencionado anteriormente, dichos niños suelen presentar gran dificultad en este dominio. Sus déficits se encontraban únicamente en las áreas de comunicación e interacción social recíproca.

Luego de la presente evaluación realizada por el equipo de PROTECTEA, se decidió realizar una derivación al equipo de fonoaudiología, con la *sospecha de un posible trastorno del lenguaje semántico pragmático* teniendo en cuenta los criterios diagnósticos presentados por el DSM-5. S presentaba *grandes dificultades en el uso social de la comunicación verbal y no verbal*: Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, dificultades para seguir las normas de conversación, para comprender lo que no se dice explícitamente y significados no literales o ambiguos del lenguaje.

- **Caso Y**

Y, de 3 años de edad, ingresó al equipo de PROTECTEA del hospital, derivado por el equipo de psicopedagogía del Cesac 45, a fin de realizar una evaluación debido a una sospecha de TEA. El niño se encontraba asistiendo a sala de 3 de un Centro de Primera Infancia (CPI) del Área Programática. Convivía con sus padres y un hermano de cinco años.

Su madre manifestó preocupación debido a que el niño no hablaba, y no lograban comunicarse en forma efectiva con él. La misma refirió que cuando le decía que no, "se agarraba de la cabeza o la cara y empezaba a temblar, y a hacer muchos berrinches".

A su vez, se recabó información significativa de los *informes realizados por el Centro de Primera Infancia*. En el año 2017, cuando el niño se encontraba en sala de 1 año, las docentes manifestaban: "el niño presenta dificultad para generar vínculos con pares, no busca ni disfruta el juego con ellos", "gatea por encima de los compañeros, como si no los percibiera", "interactúa con elementos de la sala durante tiempos prolongados", "percibe ruidos fuertes o el sonido que produce una birome sobre una carpeta". En relación a la comunicación refirieron que el niño "balbucea la mayor parte del tiempo sin dirigirse a alguien", "no interactúa con sus compañeros", "no responde a su nombre o a frases que le son susurradas al oído".

En el informe escolar del año 2018, correspondiente a sala de 2 años, sus docentes sostenían: "no logra mantener contacto visual y por momentos suele enfocar su mirada en un punto fijo sin referenciar el contexto", "el juego es principalmente solitario". Por último, en el año 2019, expresaban que el niño asistía al CPI con horario reducido. Asimismo, las docentes continuaban manifestando que disfrutaba de estar solo, que poseía un juego solitario, y que si algún compañero interrumpía su juego, se tensionaba y respondía mediante el cuerpo: golpeando y rasguñando. A su vez, referían que presentaba movimientos repetitivos de dos tipos: salta arrodillado de pared a pared, o en forma de aleteo con las manos. Asimismo, continuaba enfocando su mirada hacia puntos fijos, y alternándose frente a ruidos del ambiente, los cuales parecían angustiarse. De igual forma, en relación al lenguaje, el niño continuaba balbuceando sin intención de dirigirse a alguien en particular, y sin responder al llamado de su nombre.

La admisión se realizó por la pediatra, quien le administró a la madre el **Cuestionario de Edades y Etapas** (*Ages and Stage Questionary, ASQ-3*) donde obtuvo la categoría de "alto riesgo" en comunicación, resolución de problemas y socio-emocional; la de "riesgo moderado" en motor fino; y "bajo riesgo" en motor grueso. En la consulta el niño no miraba a los ojos, no seguía consignas, gritaba y lloraba, pegaba y mordía, por lo cual no se daban las condiciones para administrar la **Prueba Nacional de Pesquisa** (PRUNAPE). Por lo tanto se decidió administrarle el M-CHAT a la madre, el cual arrojó un resultado positivo para TEA:

- Presenta conductas repetitivas
- Falta de contacto visual

- No responde al nombre
- No le interesan sus pares

Para completar la evaluación la pediatra derivó el caso al equipo de psicopedagogía y realizó las siguientes interconsultas:

- Neurología, el cual solicita EEG de sueño y evaluación por neurodesarrollo
- Genética, la cual realiza evaluación sin observar particularidades y solicita cariotipo y molecular para X frágil.

A partir de la información recabada, el equipo de psicopedagogía llevó a cabo una primera entrevista con la madre del niño, y se le administró la Escala de Conducta Adaptativa-Vineland- II. Al niño se le administró la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS-2). Se observó que, tanto las conductas del niño en el hogar manifestadas por su madre, como las observadas por las docentes en los distintos años de su pasaje por el Centro de Primera Infancia, eran compatibles con los criterios diagnósticos de TEA. Cabe aclarar que debido a las características comportamentales del niño (gran labilidad atencional e inquietud motora), se decidió no administrar técnicas estandarizadas de inteligencia.

Por un lado, a partir de la Escala de Conducta Adaptativa-Vineland- II administrada a la madre de Y (cuestionario de respuesta subjetiva en relación al funcionamiento cotidiano de su hijo), se observó que todas las áreas de desarrollo de Y se encontraban descendidas, siendo la comunicación (lenguaje receptivo y expresivo) y las habilidades de socialización los dominios más afectados. En cuanto al área de comunicación, Y no hablaba, no decía su nombre al preguntarle, ni buscaba comunicar sus deseos a partir del señalamiento. En lo que respecta al área de socialización, la madre manifestó que el niño presentaba escaso interés por sus pares, mostrándose indiferente frente actividades que incluían a otros, y manifestando mayor interés frente a los objetos. A su vez, el niño presentaba un nivel elevado de conductas internalizadoras, tales como evitación de la interacción social, excesiva dependencia, evitación de las demás personas y preferencia a estar a solas. Asimismo, presentaba conductas externalizadoras en un nivel elevado, entre las cuales se destacaban los berrinches, la obstinación y la agresión física al frustrarse. La madre refirió también que Y estaba obsesionado con objetos (autos que se desarmen), realizaba movimientos con las manos, balanceaba hacia delante y atrás, y no era consciente de lo que ocurría a su alrededor.

Durante los encuentros con Y, las psicopedagogas observaron las mismas conductas, el niño no hablaba y no tenía intención comunicativa, no miraba a los ojos ni respondía a su

nombre. Asimismo, se observaba que no mostraba interés por las propuestas de juego libre ofrecidas por las psicopedagogas.

En cuanto a la administración del módulo 2 del ADOS-2 (evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación, la interacción social recíproca y el juego o el uso imaginativo de materiales para sujetos con sospecha de TEA), los resultados cuantitativos del mismo arrojaron una puntuación que, de acuerdo a los puntajes de corte de la técnica, se correspondían al diagnóstico de autismo en grado severo. En cuanto a lo cualitativo, en el área de comunicación las conductas significativas que se presentaron fueron las siguientes: no se observó una función comunicativa consistente, e instrumental; al jugar, no realizaba vocalizaciones; no realizaba gestos comunicativos ni señalaba. En el área de la interacción social recíproca: el niño no lograba la atención conjunta; no se observaba disfrute compartido con el otro durante las interacciones. Y, por último en el área de comportamientos restringidos y repetitivos: presentaba manierismos complejos e intereses y comportamiento repetitivos; mostraba resistencia y enojo ante los intentos de dirigir su atención hacia otros objetos o actividades.

En síntesis, Y presentaba indicadores significativos de TEA en todas las áreas: comunicación, interacción social recíproca y comportamientos restringidos y repetitivos. Los mismos se encontraban presentes en el niño desde las primeras fases del desarrollo y limitaban su funcionamiento en varios contextos. A partir de integrar toda la información obtenida, el equipo de PROTECTEA determinó que Y presentaba un ***perfil diagnóstico compatible con TEA, de grado severo.***

Una vez realizado el diagnóstico, el equipo realizó las intervenciones del nivel 3 de PROTECTEA, brindando ***orientaciones a la familia*** del niño: realizar interconsulta con neurología, comenzar tratamiento fonoaudiológico, y tratamiento cognitivo conductual a fin de estimular los prerrequisitos de la comunicación y de la conducta. Se sugirió la tramitación del CUD y una evaluación cognitiva cuando se den las condiciones conductuales para realizarla. A su vez se le facilitó un lugar en un taller para padres, donde se le brindaron estrategias para mejorar la comunicación y la conducta de su hijo.

Por último, considerando que Y comenzaría el jardín, el equipo brindó ***orientaciones a fin de favorecer los aprendizajes*** del niño en la mayor medida posible. Entre ellas, una maestra de apoyo o integradora diaria para fomentar y promover estrategias de comunicación, en el niño, la cual debería poner foco en los prerrequisitos de la comunicación y la conducta.

Conclusión

El presente escrito ha tenido por finalidad profundizar en la importancia de realizar diagnósticos diferenciales frente a la sospecha de Trastorno del Espectro Autista.

Partiendo de que la detección precoz es una herramienta fundamental para un mejor pronóstico y calidad de vida para las personas con TEA, se ha caracterizado al trastorno a lo largo de las etapas evolutivas y se ha hecho énfasis en la observación de las banderas rojas del desarrollo. Esto permite realizar intervenciones y orientaciones específicas, tanto para el paciente con TEA como para sus familias. Sin embargo, muchas veces, lograr este diagnóstico no resulta sencillo y es por eso que surge la necesidad de realizar una diferenciación con otros trastornos.

Tal como se explicó a lo largo del presente escrito, el Hospital Ramos Mejía forma parte de la red de centros públicos de salud que participan del Programa de Orientación Temprana y Concientización en Trastornos del Neurodesarrollo y en el Espectro Autista (PROTECTEA). A partir del presente programa, dicho hospital ofrece la posibilidad de brindar una evaluación gradual en la determinación diagnóstica de niños con TEA, diferenciándolo de otros trastornos.

Cabe aclarar que desde la experiencia del equipo, pese a contar con la posibilidad de realizar diagnósticos y orientaciones, aún se presentan dificultades a la hora de realizar derivaciones para la realización de tratamientos, siendo complejo encontrar lugares en el sistema de salud pública donde derivar a los niños detectados con TEA.

A pesar de dicha limitación, se considera que la detección precoz continúa siendo el primer paso para promover el mejor pronóstico y calidad de vida de las personas con TEA. La determinación diagnóstica permitirá realizar las orientaciones pertinentes a la familia y al paciente hasta que este último logre disponer de un tratamiento específico que responda a sus dificultades.

Bibliografía

- Aizpún, A. M.; Boullón, M.; Dudok, M.; Kibrik, L.; Maggio, V.; Maiocchi, A.; Vázquez Fernández, P (2013). *Enfoque neurolingüístico en los trastornos del lenguaje infantil*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Akadia.
- Arroyo, Caraballo y Ruggieri (2018) Neurodesarrollo: un puente entre salud y educación
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Baggi y cols. (2006) Guía de la buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Rev de neurología. Vol 43(7). Págs. 425-438
- Bakker, L y Rubiales, J. (2019) Neuroeducación y diversidad. Herramientas para potenciar las diferentes maneras de aprender. 1º edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Akadia.
- Barrios, N. y Soto, V. (2018) Alertas del desarrollo y estimulación. Fundación Brincar por un Autismo feliz.
- Bermeosolo, J. (2001). *Psicología del lenguaje. Fundamentos para educadores y estudiantes de pedagogía*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Castro Sacher, R (2011) Qué hacer cuando nos dicen “este niño es disfásico”. Reconocimiento e intervención de un semántico-pragmático TSP. *Innovación y experiencias educativas n° 41*.
- Centro para el control y la prevención de enfermedades () Indicadores de desarrollo: aprenda los signos. Reaccione pronto. Extraído de: <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/other-lang/milestone-moments-SP-booklet-2020-P.pdf>
- Departamento de salud del estado de Nueva York (2017) Pautas de práctica clínica sobre servicios de evaluación e intervención para niños pequeños con Trastornos del Espectro Autista (TEA)
- English A, Essex J. (2001) Report on autistic spectrum disorders: a comprehensive report into identification, training and provision focusing on the needs of children and young people with autistic spectrum disorder and their families within the West Midlands region. Warwick: Warwickshire County Council for the West Midlands SEN Regional Partnership.

- Fejerman, N.; Grañana, N. (2017) *Neuropsicología infantil*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B. & Volkmar, F. R. (1999) The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 29 (6), 439-484.
- Granada, M., & Pellizzari, E. (2009) *Manual de componentes del lenguaje: niveles fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático*. Talca: Universidad Católica de Maule.
- Grañana, N. (2018) *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Paidós
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2005) *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. *Rev Neurol*, 41(4), 237-245.
- Herrera, J.; Borges, S.; Guevara, G.; Cao, I. (2008) La estimulación del desarrollo del lenguaje en la edad preescolar, una propuesta desde su componente léxico-semántico. *Revista Iberoamericana de Educación*. Vol. 47/3.
- Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N. & Salgado, M. (2017) *Los trastornos del espectro autista (TEA)*. *Pediatr Integral* 2017; XXI (2): 92–108.
- Ireton, H. (1992) *Child Development Inventory Manual*. Minneapolis. Behavior Science Systems, Inc.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007) *Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders*. *Pediatrics*, 120 (5), 1183-1215.
- Kibrik, A. y Molchanova, N. (2013). Channels of multimodal communication: Relative contributions to discourse understanding. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, Vol. 35, No. 35.
- Leal, F., Daudet, A., Donaire, D. & Segovia, M. (2005) *Un instrumento para la evaluación del desarrollo infantil con participación de los padres*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. E. Avaliação Psicológica, 1(19), 55-78.
- López-Higes, R. (2006) *Psicología del lenguaje*. Madrid, España: Pirámide.
- Lord, C., Holbrook, A., Dow, D., Byrne, K., Grzadzinski, R., Sterrett, K., et al. (2020) *Brief observation of symptoms of autism (BOSA)*. Torrance, CA: Western Psychological Services.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2015) *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2. Manual (Parte I): Módulos 1-4* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Maciques, E. (2012) Los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y los TEA. Las diferencias implícitas. *Autismo Diario*.
- Maggio (2020) *Comunicación y lenguaje en la infancia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Maggio, Grañana, Richeudeau, Torres, Giannotti and Suburo (2013) Behavior Problems in Children With Specific Language Impairment. *Journal of Child Neurology* Vol. 29 (2) 194–202
- Ministerio de educación, cultura, ciencia y tecnología (2019) *Eliminando barreras para el aprendizaje y la participación en alumnos con trastorno del espectro autista (TEA)*. 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019) *Consenso Sobre Diagnóstico Y Tratamiento De Personas Con Trastorno Del Espectro Autista*. Caba, Extraído el 1 de junio del 2021 de <https://erreiushhttps://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/consenso-tea.pdfcom/Legislacion/documento/20191021072450515/resolucion-2641-2019-consenso-sobre-diagnostico-y-tratamiento-de-personas-con-trastorno-del-espectro-autista>.
- Nachshen, J., Garcin, N., & Moxness, K. Screening (2008) *Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Young Children: Canadian Best Practice Guidelines*. Miriam Foundation.
- Naranjo Flórez, R. A. (2014) Avances y perspectivas en el Síndrome de Asperger. *Nova*, 12 (21), 81-101. <https://doi.org/10.22490/24629448.998>
- Narbona, J. (2001) *El lenguaje del niño*. Buenos Aires, Argentina: Masson
- Owens, R. (2003) *Desarrollo del lenguaje*. España: Pearson Educación. S.A.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences (Cambridge)*, 1(4), 515-526.
- Rattazzi (2014) La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol XXV: 290-294.
- Red Espectro Autista (RedEA) (2014). *Programa de Orientación Temprana y Concientización. Trastornos del Neurodesarrollo en el Espectro Autista: Centros de Salud*. Extraído el 9 de junio de 2021 de <http://redea.org.ar/recursos/protectea/>

- Schopler E, Reichler R, Bashford A, Lansing M, Marcus L. (1990) *Psycho-educational Profile-Revised (PEP-R)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de salud y desarrollo social (2019) Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de personas con trastorno del espectro autista.
- Sharp, M. (2002) Semantic Pragmatic Disorder. *Heathlands School*, London, England.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2019) *Detección oportuna de los problemas de desarrollo. La Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE*. Extraído el 1 de junio del 2021 de <https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/recomendaciones/prueba_nacional_de_pesquisa.pdf>
- Soprano A., (2018) *Cómo evaluar el lenguaje en niños y adolescentes: la hora de juego diagnóstica y otros recursos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Tirapu-Ustárroz, J.; Pérez-Syes, G.; Erekatxo-Bilbao, M.; y Pelegrín-Valero, C. (2007) ¿Qué es la teoría de la mente?. *Revista de Neurología*. Vol 44 (8). Págs. 479-489.
- Valdez, D. (2016) *Autismos. Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Valdez, D. & Ruggieri, V. (2015) *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. 1st ed. Buenos Aires: Paidós.
- Velarde Incháustegui, M.; Vattuone Echevarría, J. y Gómez Velarde, M. (2017) Trastorno de la comunicación social (pragmático). *Pediatr Panamá* 46 (2): 99-104.
- Villegas, F. (2004). *Manual de Logopedia. Evaluación e Intervención de las Dificultades Fonológicas*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Wing L, Leekam SR, Libby SJ, Gould J, Larcombe M. (2002) *The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use*. *J Child Psychol Psychiatry*. 43(3):307-25.

Anexo

Anexo I. Instrumento para la Observación del Desarrollo Infantil (IODI)

LLENADO E INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL -IODI-

El Ministerio de Salud de la Nación propone el control integral y oportuno de salud infantil. En ese marco, considera indispensable que durante el mismo se realice la observación del desarrollo infantil y se acompañe a la familia en ese proceso.

El IODI es un instrumento **ordenador de la observación durante la consulta**. Su objetivo es realizar el seguimiento del desarrollo en las niñas y niños menores de 4 años, así como contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. Se espera que los equipos de salud consideren al niño inserto en su contexto y como integrante de un grupo conviviente en particular.

Llenado y utilización

- **Completar los datos personales del paciente.** Nombre y fecha de nacimiento. (Si fue prematuro, incluir la Edad Gestacional al nacer). En estos casos, también hay que referenciar al niño a un Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo. (Buscar en: <http://datos.dinami.gov.ar>, mapa: Seguimiento de Prematuros.)
- En todas las edades, hay que observar y marcar los tres primeros puntos, referidos a la calidad del vínculo del niño con su cuidador primario.
- En la columna correspondiente a la edad del niño, marcar las pautas para ese período de la siguiente manera:

O: Observado

N: No logrado en la observación o pregunta

P: Preguntado y logrado

Vacío: Si no se pudo evaluar

- En caso de consignar **N**, hacerlo solamente al llegar a la última casilla verde (o gris muy claro).
- En caso de consignar **P**, es importante corroborarlo por medio de la observación en las consultas subsiguientes.
- Observar los ítems de desarrollo que corresponden al período actual del niño. Si no se observan las conductas esperables para esa edad, indagar en los ítems del período anterior.

Al pie de la hoja hay un espacio donde se podrán consignar observaciones que se consideren de importancia. Los números de los ítems tienen como objetivo facilitar la referencia al pie y ubicar en el cuadernillo la explicación de cada uno, con su correspondiente bibliografía.

Este instrumento permite hacer una doble lectura sobre el desarrollo del niño:

1. Permite **valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada** que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de la motricidad, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje.
2. Permite identificar **riesgos** para prestar atención y realizar intervenciones, o bien identificar **alertas** para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

Para realizar estas valoraciones es importante tener en cuenta:

- Es conveniente hacer un seguimiento del proceso de **todas** las variables relacionadas y considerar el contexto en que se desenvuelve el niño, a fin de intervenir de la manera más adecuada.
- Tener presente, al momento de la consulta, que las habilidades se lograrán a lo largo del período representado por los casilleros señalados en color verde (o en el tono gris más claro).

Referencias:

-  Indica el rango de edad dentro del cual, habitualmente, los niños lo logran¹.
-  Indica los rangos de riesgo o la necesidad de intervención. Habilita a profundizar y evaluar la situación, a fin de realizar las intervenciones necesarias en cada caso.
-  Indica "alarma". En estos casos, corresponde la interconsulta o derivación a un equipo interdisciplinario o especializado. Para localizar el Centro de Referencia más próximo, ver: <http://datos.dinami.gov.ar>, mapa: Red Desarrollo Infantil.

Se sugiere utilizar esta herramienta en todas las oportunidades de atención del niño, teniendo en cuenta las situaciones del contexto que puedan dificultar la observación (por ejemplo: intercurrencias, niño irritable o dormido, exceso de ruidos en el ambiente, adultos ansiosos por las circunstancias, etc.) Es importante adecuar el espacio para brindarle al niño un ambiente amigable.

¹ Según escalas validadas, nacionales e internacionales.

Nombre del niño:		REFERENCIAS: O: observado P: preguntado y logrado N: no logrado en la observación o pregunta Vacío: no se pudo evaluar																															
Fecha de nacimiento:		1° T				2° T				3° T				4° T				1 a.		2 a.		3 a.											
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:		0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12/17		18/23		24/35		36/47	
E	INDICADORES																																
TODOS	1 El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE																																
	2 El cuidador lo mira cuando le habla SE																																
	3 Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE																																
1° T	4 Se calma cuando lo alza su cuidador SE																																
	5 Reacciona a un sonido/voz C																																
	6 Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE																																
	7 Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto SE																																
	8 Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE																																
	9 Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC																																
2° T	10 Emite sonidos /gorjeo C																																
	11 Sostiene la cabeza -sostén cefálico- M																																
	12 Interactúa con el adulto(busca con la mirada/sonríe/grita) SE																																
	13 Lleva las manos a la línea media CVMC																																
	14 Busca con la mirada la fuente de un sonido CVMC																																
	15 Intenta tomar un objeto CVMC																																
3° T	16 Intenta ponerse de costado CVMC																																
	17 Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC																																
	18 Participa del juego de las escondida - "acá está" SE																																
	19 Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa) SE																																
	20 Se sienta solo sin apoyo M																																
	21 Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) SE																																
4° T	22 Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata) C																																
	23 Se desplaza (repta o gatea) M																																
	24 Se para solo, con apoyo M																																
	25 Responde cuando lo llaman por su nombre C																																
	26 El niño se comunica de forma verbal o no verbal C																																
	27 Imita gestos (aplaude, baila, saluda) SE																																
1 año	28 Reacciona al "NO" del adulto SE																																
	29 Da pasos con sostén M																																
	30 Realiza gestos para pedir y mostrar CVMC																																
	31 Juega a poner o sacar objetos CVMC																																
	32 Camina solo M																																
	33 Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca) M																																
2 años	34 Dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos c/ significado C																																
	35 Colabora para vestirse o desvestirse CVMC																																
	36 Logra comer solo parte del alimento M																																
	37 Patea una pelota M																																
	38 Avisa algunas veces que se hizo pis o caca SE																																
	39 Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta CVMC																																
3 años	40 Garabatea CVMC																																
	41 Utiliza el "NO" C																																
	42 Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó) C																																
	43 Pide algunas veces para hacer pis o caca SE																																
	44 Juega al lado de otros niños/as SE																																
	45 Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos SE																																
3 años	46 Dice su nombre o sobrenombre C																																
	47 Se saca o se pone alguna ropa solo CVMC																																
	48 Utiliza el "mío", "yo" C																																
	49 Logra el control de esfínteres durante el día SE																																
	50 Puede hacer un relato sencillo C																																
	51 Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños SE																																
3 años	52 Espera su turno para jugar o hablar SE																																
	53 Puede correr sin dificultad M																																
	54 Dibuja al menos un círculo CVMC																																

M: Motriz

C: Comunicación

SE: Socioemocional

CVMC: Coordinación Visomotora y Cognitiva

Observaciones:



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Anexo II. M-CHAT

CHAT (Baron-Cohen et al. 1992)

Nombre:

H.C:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

SECCION A: CUESTIONARIO PARA PADRES	SI	NO
1. Su niño disfruta que lo hamaquen o ser balanceado (a caballito) en sus rodillas?		
2. Se interesa en otros niños?		
3. Le gusta treparse, como por ejemplo, a las escaleras?		
4. Se divierte jugando a las escondidas?		
5. Alguna vez FINGE (hace como si), por ejemplo, como si sirviera un juego de té, o algún otro juego simbólico?		
6. Su niño alguna vez señala con el dedo para PEDIR algo?		
7. Alguna vez señala con el dedo para obtener algo que le INTERESA?		
8. Puede jugar con pequeños juguetes (autos, ladrillos, etc) en forma adecuada en vez de solo manipularlos, chuparlos o tirarlos?		
9. En alguna ocasión le ha traído un objeto para MOSTRARSELO?		
SECCION B: Observación por el equipo de salud	SI	NO
1. Durante la entrevista, hizo el niño contacto visual con usted?		
2. Llame al niño. Luego señale en el salón un objeto interesante y diga: "Oh, mirá! Allá hay un... (nombre del objeto)!". Observe el rostro del niño. Mira él para ver lo que le está señalando?(1)		
3. Llame al niño. Luego le da una taza y una tetera de juguete y dígame: "Podrás hacer una taza de té?. Imita el niño el servir el té, tomarlo, etc?(2)		
4. Dígame: "Dónde está la luz?" o "Mostrame donde está la luz". SEÑALA el niño con su dedo la luz? (3)		
5. Puede el niño construir una torre de cubos?. Si es posible, cuántos?. Número de cubos: _____		

NOTAS:

(1): Corroborar que el niño esté mirando no la mano del examinador, sino el objeto señalado.

(2): Se puede realizar utilizando otro tipo de juego.

(3): El niño debe mirar el rostro del examinador y luego el objeto señalado para que la respuesta sea afirmativa.

Se busca encontrar tres factores:

- Señalamiento
- Mostrar
- Juego simbólico

OBSERVACIONES:

Anexo III. Escala Australiana (EASA)

Escala Australiana EASA

Modificada de M. S. Garnett y A. J. Attwood

AREAS	RARA VEZ	FREC UENT EME NTE
A. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES		
1. ¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? por ejemplo, ¿Ignora las reglas no escritas sobre juego social?		
2. Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en la hora del recreo o almuerzo ¿evita el niño el contacto social con los demás? por ejemplo, busca un lugar retirado o se va a la biblioteca		
3. ¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? por ejemplo, hacer un comentario personal a alguien sin ser consciente de como el comentario puede ofender a otros		
4. ¿Carece el niño de empatía, es decir, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? por ejemplo, no darse cuenta que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.		
5. ¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? por ejemplo, no darse cuenta que usted no puede saber acerca de algún tema en concreto porque usted no estaba con el niño en ese momento.		
6. ¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian cosas, o algo le sale mal?		
7. ¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? por ejemplo, el niño muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación.		
8. ¿Carece el niño de precisión en sus expresiones o emociones? por ejemplo, no ser capaz de entender los niveles de expresión emocional apropiados para diferentes personas.		
9. ¿Carece el niño de interés en participar juegos, deportes o actividades competitivos? 0 significa que el niño disfruta de ellos.		
10. ¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? 0 significa que el niño sigue las últimas modas en, por ejemplo, juguetes o ropas.		
B. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN		
11. ¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? por ejemplo, se ve confundido por frases del tipo "estás frito", "las miradas matan", o "muérete".		
12. ¿Muestra en niño un tono de voz no usual por ejemplo, que parezca tener un acento "extranjero" o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave .		
13. Cuándo se conversa con él ¿Mantiene el niño menos contacto ocular ?.		
14. ¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? por ejemplo, habla de manera formal o como un diccionario andante.		
15. Presenta el niño problemas para reparar una conversación? por ejemplo, cuando el niño está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le es familiar, o tarda un tiempo indecible en pensar una respuesta.		

C. HABILIDADES COGNITIVAS	
16. ¿Lee el niño libros en busca de información, sin parecer interesarle los temas de ficción? por ejemplo, es un ávido lector de enciclopedias y de libros de ciencias, pero no le interesan las historias de aventuras.	
17. ¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? por ejemplo, recordar la matrícula de hace varios años del coche del vecino, o recordar en detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.	
18. ¿Carece el niño de juego imaginativo social? por ejemplo, no incluye a otros niños en sus juegos imaginarios, o se muestra confuso por los juegos de imaginación de otros niños.	
D. INTERESES ESPECÍFICOS	
19. ¿Está el niño fascinado por un tema en particular, y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema de interés? por ejemplo, el niño se convierte en una enciclopedia andante en conocimientos sobre vehículos, mapas, o clasificaciones de ligas deportivas	
20. ¿Se muestra el niño exageradamente molesto por cambios en su rutina o expectativas? por ejemplo, se angustia si va a la escuela por una ruta diferente	
21. ¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? por ejemplo, alinear todos sus juguetes antes de irse a dormir.	
E. HABILIDADES EN MOVIMIENTOS	
22. ¿Tiene el niño una coordinación motriz pobre? por ej, no puede atrapar pelota.	
23. ¿Tiene el niño un modo extraño de correr?.	
F. OTRAS CARACTERÍSTICAS	
En esta sección, indique si el niño ha presentado alguna de las siguientes características:	
(a) Miedo o angustia inusual debidos a:	
Sonidos ordinarios, p.ej: aparatos eléctricos domésticos	
Caricias suaves en la piel o en el cabello	
Llevar puestos algunas prendas de ropa en particular	
Ruidos no esperados	
Ver ciertos objetos	
Lugares atestados o ruidosos, p.ej: supermercados	
(b) Tendencia a balanceares o a aletear cuando está	
excitado o angustiado	
(c) Falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor	
(d) Adquisición tardía del lenguaje	
(e) Tics o muecas faciales no inusuales	

Anexo IV. PROTECTEA

Centros de atención: Diagnóstico y Orientación

REGIÓN SANITARIA 1

➤ HOSPITAL RAMOS MEJÍA.

G Urquiza 609- Tel.: 4931-1884/67

Turnos de admisión: Consultorio Área Programática- Dra Julieta Sameghini – 49572554; lu-vie 9-11hs

Psicopedagogía: Lic Cecilia Amitrano, Lic C Rother y equipo.

Fonoaudiología: Lic Silvina Ederstein

Neurología Infantil: Dr Arques suaya- Neurogenética Dr Marcelo Kauffman

Asesoría en Problemáticas de la Discapacidad: Lic Nora Muñoz, Lic Patricia Dejistani

REGIÓN SANITARIA 2

➤ HOSPITAL P PIÑERO.

Varela 1301- Tel.: 4631-8100

Turnos de admisión: Hospital de Día ma-jue 8-10hs- Dr Bazan

Dra Ana Scaliter

Neurología Infantil –Dra Claudia Chirila

Fonoaudiología- Lic Laura Krimker

Psicopedagogía Lic Florencia Arce.

➤ HOSPITAL NIÑOS R. GUTIERREZ - < 3 AÑOS

Gallo 1330 - Tel.: 4962-9247 / 9280

Turnos de admisión: Consultorio Niño sano Pediatría del Desarrollo 9 hs- Lun a vie 0-3 años

Jefa: Dra. Salamanco Graciela.

Psiquiatría Infantil : Dra Alfieri Inés y Residencia

Fonoaudiología: Lic Alicia Camarasa

Psicopedagogía Lic Toccalino Ana

REGIÓN SANITARIA 3

➤ HOSPITAL DURAND

D Vélez 5044- Tel.:4982-5555

Turnos de admisión: GTIAD-Grupo Trast.aprendizaje y desarrollo; Pediatría del Desarrollo: Dras Marta Piasco, Dra Maria Eugenia Rouvier –Hall Central

Neurología infantil - Dra Nora Grañana primer martes de cada mes,8hs

Equipo Neuropsicología: Lic Carmen Saavedra Lic Noe Zamblera, Lic Angeles Torres

Fonoaudiología: Lic. Patricia Zylber,

Área programática: Lic. Marcela Massa

REGIÓN SANITARIA 4

➤ HOSPITAL NIÑOS P. ELIZALDE

Av Manuel Montes de Oca 40, TEL 4363-2100

Turnos de admisión: Orientación 8-12hs Mediano Riesgo: Dr Miguel Yohenna

Psicología- Psicopedagogía: Lic Mirta Bertinat

Psiquiatría: Dra Alejandra Bula

Neurología Infantil: Dr Gabriel Martino

Fonoaudiología: Lic Andrea Williams

Área programática: Lic M Marta Abdoferez

Anexo V

Programa de Capacitación a Cuidadores de niños con trastornos del desarrollo de la OMS (Parent skills training)

Características principales del programa:

- Paquete de intervenciones basadas en la evidencia
- Puede ser provisto por no especialistas
- No es necesario el diagnóstico
- Contribuye a la mejoría del funcionamiento del niño y la familia
- Puede ser adaptado para su uso en áreas de bajos recursos
- Gratuito

Objetivos:

- Promover la conexión entre padres e hijos, la comunicación y el aprendizaje.
- Promover el desarrollo social, emocional y cognitivo del niño.
- Reducir conductas desafiantes.
- Facilitar la autoconfianza de los cuidadores en su rol de padres, mejorando las habilidades y conocimientos de crianza.
- Mejorar estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico del cuidador.
- Facilitar un modelo de resolución de conflictos.
- Reducir el estigma, promover la inclusión y participación en la vida familiar.

Implementación:

- Capacitar proveedores no especializados (trabajadores sociales, enfermeros, maestros, padres).
- Capacitar a las escuelas, instalaciones comunitarias, centros de salud.
- Como parte de una red de servicios de salud y desarrollo infantil basados en la comunidad y servicios de salud mental.
- Consiste en 8 sesiones grupales de padres intercaladas con 3 visitas domiciliarias.

La capacitación:

- Cuenta con master trainers (entrenadores especializados) y observadores.
- Se realiza una exposición del contenido del programa.
- Se realizan prácticas con niños y padres.
- Se utiliza el Rol playing
- Se lleva a cabo una revisión de videos.
- Los proveedores no profesionales ofrecerán el PST luego de 30 horas de entrenamiento brindadas por los Master Trainers quienes ofrecerán supervisión permanente.

Programa

Las 8 sesiones:

- Lograr que los niños participen.
- Compartir el enganche en juegos y rutinas.
- Comprender la comunicación.
- Promover la comunicación.
- Prevenir la conducta desafiante, mantenerse conectados y regulados.
- Enseñar alternativas para las conductas desafiantes.
- Enseñar nuevas habilidades en pequeños pasos y niveles de ayuda.
- Resolución de problemas y autocuidado.

Características generales de las sesiones grupales:

- Frecuencia semanal. 9 encuentros de 150 minutos.
- Cuadernillo de facilitadores
- Cuadernillo de cuidadores
- Hoja de contenidos
- Revisión de practica del hogar
- Historias modelo
- Mensajes clave
- Consejos
- Planificación práctica del hogar
- Autoevaluación de los contenidos

- Entrega diario del cuidador
- Presentación, explicación y discusión de temas
- Demostraciones en vivo => videos
- Prácticas en parejas

Visitas a domicilio. En las mismas se definirán:

- Las metas específicas del entrenamiento.
- Objetivo de cada familia.
- Evaluación de progreso

En el momento de la publicación de este ateneo (agosto 2021) se encuentran en funcionamiento tres sedes de grupos de entrenamiento para cuidadores a cargo de profesionales que se formaron o están en formación para realizar la tarea. Estos entrenamientos están destinados preferentemente a profesionales de centros de salud y coordinados desde el programa PROTECTEA.

Debido al contexto de pandemia, los grupos de padres se realizan en forma virtual. Está previsto que se siga ampliando la cantidad de sedes que lleven adelante estos grupos en la medida en la que se capacitan los facilitadores. Se prevé la ampliación de apertura de sedes para el Gran Buenos Aires.