

Trastornos del espectro autista: diagnóstico y tratamiento

Fecha de la última revisión: 23/12/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se clasifica?](#)
3. [¿Cuál es su etiología?](#)
4. [¿Cómo se manifiesta?](#)
5. [¿Cómo se diagnostica?](#)
6. [¿Cuál es el diagnóstico diferencial?](#)
7. [¿Cómo facilitar futuras visitas a la consulta?](#)
8. [¿Cómo se trata?](#)
9. [Bibliografía](#)
10. [Más en la red](#)
11. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un conjunto de alteraciones neurológicas que afectan al desarrollo infantil (Tonge BJ, 2014).

Se denomina espectro o continuo de trastornos, porque el inicio de los síntomas, su expresión, niveles de gravedad, evolución y pronóstico son muy variables (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en AP, 2009). Los TEA se definen en función de dos características principales (American Psychiatric Association, 2013):

- Déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos.
- Patrones de actividades, intereses y comportamientos restringidos y repetitivos.

Estos síntomas no pueden ser explicados por otro proceso, como una discapacidad intelectual o un trastorno generalizado del desarrollo (American Psychiatric Association, 2013).

Las primeras manifestaciones de TEA se presentan en edades muy tempranas, en algunos casos entre los 8 y 12 meses. En ocasiones hay una regresión, en la que se pierden habilidades adquiridas, entre los 18 y 24 meses, que coincide con la edad crítica del diagnóstico (Williams K, 2015).

Determinados síntomas no se hacen evidentes hasta niveles de desarrollo avanzados o hasta que se incrementan las demandas sociales. Para el diagnóstico es importante tener en cuenta los síntomas actuales y los pasados (American Psychiatric Association, 2013).

El TEA tiene un impacto muy importante en la autonomía y en el desarrollo vital de las personas afectadas y de su familia. Afecta al 1%-2% de la población general (Kim YS, 2014), con una relación hombre/mujer de 4/1 (Fombonne E, 2009).

¿Cómo se clasifica?

La denominación actual de acuerdo con el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 2013): trastorno del espectro autista, engloba a las categorías que antes se consideraban independientes; como trastorno desintegrativo de la infancia, síndrome de Asperger, trastorno autista y trastorno generalizado del desarrollo.

El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión)(OMS, 1992) mantiene la clasificación inicial, aunque también se esperan cambios similares a los introducidos en el DSM-5 en la próxima edición CIE-11(Reed GM, 2010).

¿Cuál es su etiología?

Hay datos contrastados del origen hereditario de los TEA (Devlin B, 2012). Los estudios realizados en gemelos muestran una presencia de factores genéticos entre el 56% y 95% de los casos (Colvert E, 2015). En las familias con un solo miembro afectado en varias generaciones se observa un 40% de factor hereditario. Las familias con muchos miembros afectados presentan una tasa de 60% de heredabilidad (Klei L, 2014).

No se ha podido demostrar la relación de TEA con la vacuna triple vírica (sarampión, parotiditis, rubéola) como se había especulado (Jain A, 2015).

¿Cómo se manifiesta?

Los síntomas aparecen en edades tempranas. Se caracterizan por alteraciones en la comunicación e interacción social, restricción de los patrones de comportamiento y de los intereses, todo ello con gran variabilidad entre las personas afectadas. Los aspectos descritos a continuación constituyen las características principales de TEA. Signos más frecuentes:

- Movimientos estereotipados, como agitar la mano delante de la cara.
- Ejecutar rutinas reiteradamente con dificultad para dejar de hacerlo.
- Dificultad para construir frases propias y facilidad en la repetición de frases dichas por otros (ecolalia).
- Falta o demora en señalar o mirar a otros cuando se le llama por su nombre.
- Dificultades motoras y sensoriales como hipersensibilidad a ruidos, texturas, indiferencia a la temperatura o al dolor.
- Ausencia de imaginación cuando juega (como simular que alimenta a una muñeca).
- Berrinches de forma habitual, debido a la dificultad para comunicarse.
- Intereses limitados y en objetos poco comunes para su nivel de desarrollo, como ventiladores, horarios de trenes o matrículas de coches.

- Ausencia de palabras espontáneas a los 24 meses o la presencia de las mismas ajena a relación con otros.
- Falta de contacto ocular.

Cuando se hace referencia al autismo sin síndromes asociados se habla de autismo primario o idiopático (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en AP, 2009), no obstante, los TEA se presentan de forma frecuente con otros síndromes asociados, entre ellos: hiperactividad, agresión, epilepsia o autolesiones (Matson JL, 2007), estos casos reciben el nombre de “autismo síndrómico” (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en AP, 2009).

Los síntomas de depresión y ansiedad se incrementan durante la adolescencia, ya que las demandas sociales son mayores y las diferencias entre jóvenes afectados o no afectados con TEA son más notables (White SW, 2009).

La discapacidad intelectual, es un problema que se asocia con frecuencia al TEA, lo que incrementa la gravedad del mismo y ensombrece el pronóstico (Matson JL, 2009).

¿Cómo se diagnostica?

El cuadro puede ser diagnosticado tanto por pediatras como por médicos de familia. Se debería descartar el diagnóstico de TEA en pacientes entre 1 y 6 años de edad que se presenten excesivamente tímidos, con problemas de lenguaje y con conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados (Nazeer A, 2012). El diagnóstico es clínico, basado en los criterios diagnósticos de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) o CIE-10 (OMS, 1992) (ver tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-V y CIE-10.	
Criterios diagnósticos DSM-V 299.00 (F84.0)	Criterios diagnósticos CIE-10 (F84.0)
A. Déficits persistentes en la comunicación y la interacción sociales en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente o en el pasado de la siguiente forma: 1. Déficits en la reciprocidad socio-emocional. 2. Déficits en los comportamientos de comunicación no verbal utilizados para las interacciones sociales. 3. Déficits en el desarrollo, en el establecimiento y en la comprensión de las relaciones. B. Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos, manifestado por lo menos dos de los siguientes criterios actualmente o en el pasado: 1. Movimientos motores, utilización de objetos o vocalización estereotipados y repetitivos. 2. Insistencia en la economía, apego inflexible a la rutina o patrones rituales de comportamientos verbales y no verbales. 3. Intereses muy restringidos y fijos con un grado anormal de fijación y de focalización. C. Los síntomas deben estar presentes desde un periodo temprano del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las capacidades limitadas ya no permiten responder a las exigencias sociales, o ser cubiertos por estrategias aprendidas). D. Los síntomas suponen deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, profesional o incluso en otros ámbitos. E. La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso general del desarrollo no justifican mejor estos trastornos.	Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) La presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad. b) El tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca. Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones. Autismo infantil. Psicosis infantil. Síndrome de Kanner. Trastorno autístico. <i>Excluye: Psicopatía autística (F84.5).</i>

Los padres y personas encargadas del cuidado del paciente son de especial importancia en el proceso diagnóstico, conocen y aportan la información necesaria sobre el desarrollo del niño. Sus preocupaciones deben ser validadas y se debe tener presente que su convivencia y los referentes externos proporcionan una información única sobre su desarrollo (Sampedro-Tobón ME, 2013).

Hay una serie de aspectos en la elaboración de la historia clínica que se consideran de especial interés (NICE, 2011):

- Evaluar la interacción del paciente, sus habilidades sociales comunicativas en relación con los criterios de CIE-10 y DSM-5. Se puede considerar el uso de un test si es necesario (M-CHAT-R™; SCQ).
- Historia evolutiva centrando la atención en los hitos del desarrollo y comportamiento según criterios de CIE-10 y DSM-5.
- Historia clínica médica con información de antecedentes familiares, acontecimientos durante los períodos pre y perinatales así como los resultados de pruebas médicas realizadas.
- Conocer el perfil de los padres en cuanto a comunicación social o rigidez. Indagar sobre la presencia de TEA en otros miembros de la familia.
- Experiencias del niño en el entorno educativo, social y en el hogar.

Pruebas complementarias:

Se recomienda la evaluación auditiva en todos los niños con carencias socio-comunicativas tempranas, ya que la pérdida de audición interfiere en la adquisición del lenguaje.

Descartar comorbilidades frecuentes en casos de TEA, como problemas gastrointestinales (estreñimiento), de alimentación (dietas restringidas) o alguna de las alteraciones psiquiátricas mencionadas anteriormente (por ejemplo, depresión o ansiedad) (Ming X, 2008).

Los problemas de sueño son muy comunes en niños con TEA. Si el paciente tiene quejas sobre quedarse sin aire durante la noche o parece que hay momentos en los que deja de respirar, se debe descartar un síndrome de apnea del sueño (NICE, 2013).

Descartar la presencia de máculas hiperpigmentadas y otros estigmas asociados a la esclerosis tuberosa ya que en el TEA se incrementa la prevalencia de los síndromes genéticos (NICE, 2013).

En presencia de características dismórficas (como macrocefalia), ya sea con o sin de minusvalía psíquica, se debe priorizar la búsqueda de síndrome de X frágil o síndrome de Rett (NICE, 2013).

Pruebas diagnósticas estandarizadas y semiestructuradas:

- ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-2) (Lord C, 2012). Se puede realizar en niños, adolescentes y adultos. Consiste en diferentes módulos, cada uno de ellos adaptado a personas con una edad cronológica y un nivel de lenguaje determinado. La evaluación se hace a partir de la observación de la presencia o ausencia de ciertos comportamientos sociales y comunicativos relevantes para el diagnóstico de TEA.
- ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) (Lord C, 1994). Está dirigido a padres, su objetivo es conseguir descripciones detalladas de los comportamientos que constituyen criterios diagnósticos. Como en el caso anterior es una herramienta de evaluación que debe ser utilizada por personal acreditado (Lord C, 2012; Rutter M, 2003).

Hay escalas que a pesar de no ser pruebas diagnósticas, tienen alta especificidad y sensibilidad, por lo que es importante administrar al menos una de ellas a niños que presenten alteraciones en la adquisición de hitos evolutivos del lenguaje y la interacción social (Sánchez AMG, 2010).

Se destacan las siguientes:

- M-CHAT-R™ (Modified Checklist for Autism in Toddlers): para niños entre 16 y 30 meses. Contiene 23 ítems y debe ser cumplimentado por los padres o las personas encargadas del niño. Muy recomendado para el uso en atención primaria. Es gratuito y existe la posibilidad de hacerlo online (Baron-Cohen S, 2000).
- SCQ (Social Communication Questionnaire): diseñado para identificar niños con riesgo de presentar autismo. Debe ser cumplimentado por los padres o personas encargadas del cuidado de niños mayores de 4 años de edad cronológica y 2 años de edad mental. Consta de 40 preguntas y puede ser cumplimentado entre 10 y 15 minutos (Rutter M, 2003).

¿Cuál es el diagnóstico diferencial?

El diagnóstico diferencial del TEA se debe hacer con las siguientes entidades (BMJ Best Practice, 2015):

- **Discapacidad intelectual:** los niños con discapacidad intelectual retrasan la aparición del habla, la comprensión del lenguaje y de los procesos sociales. Esta demora es consistente en todas las áreas de desarrollo. Sin embargo, los niños con diagnóstico único de TEA muestran un retraso en la socialización y comunicación, pero no en otros aspectos del desarrollo. Una evaluación detallada mostrará una discrepancia entre déficits de comunicación e interacción y el resto de habilidades.
- **Trastorno de la comunicación social:** los niños que presentan este síndrome pueden comunicarse de forma satisfactoria mediante la comunicación no verbal y tienen buena capacidad para las interacciones sociales, al contrario de niños con TEA.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** los niños con TDAH no muestran los mismos problemas de comunicación social que los niños con TEA. Del mismo modo, en la historia clínica destacan problemas de hiperactividad y no características propias de TEA desde edad temprana.
- **Trastorno de la personalidad esquizoide:** los síntomas pseudopsicóticos se presentarán de forma más tardía a lo largo del ciclo vital. Una detallada anamnesis nos dará pistas sobre los aspectos de su desarrollo vital.

¿Cómo facilitar futuras visitas a la consulta?

Las siguientes son recomendaciones sobre el manejo de pacientes con TEA en la consulta (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en AP, 2009):

- Antes de la consulta, los profesionales de atención primaria deberían coordinarse con los padres para que éstos puedan anticipar la consulta al niño.
- En la sala de espera, se debería procurar que los niños no esperen durante mucho tiempo, especialmente si hay otros pacientes esperando.
- Una vez en consulta, los niños con TEA prefieren ambientes tranquilos y ordenados. Debe procurar recibirle en un entorno sin ruidos. Los premios por comportarse bien, como los juguetes o pegatinas pueden facilitar futuras visitas.
- En el caso que fuera necesario un procedimiento específico que implique contacto físico, como la extracción sanguínea, hay que valorar el riesgo/beneficio de realizarlo. Es necesario preparar al niño en la medida de lo posible y flexibilizar determinadas normas y adaptarlas en la medida de lo necesario, como permitir el acompañamiento de los padres.
- Ajustar el formato de la medicación si fuera posible a formas de toma más fácil como comprimidos solubles o jarabes.

¿Cómo se trata?

Tratamientos conductuales

No hay un tratamiento curativo de TEA. No obstante, existen multitud de intervenciones dirigidas a mejorar las competencias sociales, habilidades de la comunicación, reconocimiento de emociones y fomentar el desarrollo del niño, así como su calidad de vida y la de sus cuidadores. Estas técnicas están centradas, en su mayoría, en las teorías de aprendizaje y modificación de conducta y, normalmente, son administradas por terapeutas entrenados y personal cualificado.

Todas las intervenciones dirigidas a los TEA varían en función de la edad de inicio, duración, entorno en el que se aplican y nivel de participación de los padres. Dada la diversidad en las presentaciones de casos de TEA, el manejo clínico debe ser adaptado a las necesidades del paciente y a los recursos disponibles (Ospina MB, 2008).

Los estudios diseñados para conocer los resultados de las diferentes intervenciones demuestran que la intervención temprana en autismo mejora a largo plazo las facultades de los niños afectados (Howlin P, 2009). Los tratamientos centrados en teorías del aprendizaje y modificación de conducta mejoran los síntomas centrales del TEA (Ospina MB, 2008). Se ha demostrado un beneficio significativo de tratamientos basados en análisis conductual (Applied Behaviour Analysis, ABA) (Ospina MB, 2008), en intervención conductual temprana intensiva (Early Intensive Behavioural Intervention, EIBI) (Rothenberg MB, 2009) y en las intervenciones basadas en la conducta (Autism Behaviour Intervention, ABI) (Spreckley M, 2009).

En el caso de un cuadro de TEA coexistente con TDAH en un preescolar se recomienda trabajar con programas educativos para padres y cuidadores como primera línea de tratamiento (NICE, 2013). En niños de edad escolar, y también ante la presencia de un cuadro de TEA coexistente con TDAH, los programas educativos dirigidos a padres y cuidadores también son recomendados, al igual que el tratamiento psicológico para los niños (terapia cognitivo-conductual o entrenamiento en

habilidades sociales), estas intervenciones precisan la evaluación previa de las habilidades cognitivas del niño para decidir si puede seguir este tipo de intervención (NICE, 2013).

En casos de depresión y ansiedad (y tras la valoración de las habilidades cognitivas y verbales del niño), se puede considerar la terapia cognitivo-conductual adaptada a las necesidades de la persona. Por ejemplo, ofrecer más descansos, actividades más estructuradas, más soporte visual o incorporar los intereses del niño en la terapia (NICE, 2013).

Tratamiento farmacológico

No se dispone de fármacos que actúen sobre los síntomas principales del TEA (NICE, 2013). Teniendo en cuenta esto, no está justificada la utilización de fármacos antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivantes o dietas de exclusión excepto en los casos de comorbilidades físicas o psíquicas que así lo aconsejen, las cuales deben tratarse de la misma forma que en niños sin TEA (NICE, 2013).

Por ejemplo, en el caso de un cuadro de TEA coexistente con TDAH en un niño en edad preescolar, se recomienda el tratamiento farmacológico ([metilfenidato](#) o [atomoxetina](#)) solo ante los casos más graves o para aquellos que no han respondido a la terapia psicológica ni al programa educativo para padres o cuidadores (NICE, 2008). A pesar de que el tratamiento farmacológico de niños con TEA y TDAH ha dado lugar a controversia, existen estudios que demuestran la seguridad de estos fármacos en este grupo de edad (Pearson DA, 2013).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A, Baird G, Charman T, Swettenham J, et al. Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). J R Soc Med. 2000;93(10):521. PubMed [PMID: 11064690](#). [Texto completo](#)
- BMJ Best Practice. Autism Spectrum Disorder. Differential Diagnosis. 2015 [consultado 7-8-2015]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>
- Colvert E, Tick B, McEwen F, Stewart C, Curran SR, Woodhouse E, et al. Heritability of Autism Spectrum Disorder in a UK population-based twin sample. JAMA Psychiatry. 2015;72(5):415-23. PubMed [PMID: 25738232](#). [Texto completo](#)
- Devlin B, Scherer SW. Genetic architecture in autism spectrum disorder. Curr Opin Genet Dev. 2012;22(3):229-37. PubMed [PMID: 22463983](#)
- Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatr Res. 2009;65(6):591-8. PubMed [PMID: 19218885](#). [Texto completo](#)
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. [Texto completo](#)
- Howlin P, Magiati I, Charman T. Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. Am J Intellect Dev Disabil. 2009;114(1):23-41. PubMed [PMID: 19143460](#). [Texto completo](#)
- Jain A, Marshall J, Buikema A, Bancroft T, Kelly JP, Newschaffer CJ. Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism. JAMA. 2015 Apr 21;313(15):1534-40. PubMed [PMID: 25898051](#)
- Kim YS, Fombonne E, Koh YJ, Kim SJ, Cheon KA, Leventhal BL. A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(5):500-8. PubMed [PMID: 24745950](#). [Texto completo](#)
- Klei L, Sanders SJ, Murtha MT, Hus V, Lowe JK, Willsey AJ, et al. How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. J Autism Dev Disord. 2014;44(8):1918-32. PubMed [PMID: 24531932](#)
- Lord C, Luyster R, Gotham K, Guthrie WJ. Autism Diagnostic Observation Schedule. 2nd ed. (ADOS-2). Manual (part II): Toddler module. Torrance, CA: Western Psychological Services; 2012.
- Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL. ADOS. Autism Diagnostic Observation Schedule, second edition (ADOS-2). Manual (part I): Modules 1-4. Torrance, CA: Western Psychological Services; 2012.
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 1994;24(5):659-85. PubMed [PMID: 7814313](#)
- Matson JL, Nebel-Schwalm MS. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. Res Dev Disabil. 2007;28(4) 341-52. PubMed [PMID: 16765022](#)
- Matson JL, Shoemaker M. Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. Res Dev Dis. 2009;30(6):1107-14. PubMed [PMID: 19604668](#)
- Ming X, Brimacombe M, Chaaban J, Zimmerman-Bier B, Wagner GC. Autism spectrum disorders: concurrent clinical disorders. J Child Neurol. 2008;23(1):6. PubMed [PMID: 18056691](#)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Autism diagnosis in children and young people: NICE guideline. NICE. Clinical guideline 128. September 2011 [consultado 2-6-2015]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Autism: the management and support of children and young people on the autism spectrum: NICE guideline. NICE. Clinical guideline 170. August 2013 [consultado 10-6-2015]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>
- Nazeer A, Ghaziuddin M. Autism spectrum disorders: clinical features and diagnosis. Pediatric Clinics of North America. 2012;59(1):19-25. PubMed [PMID: 22284790](#)
- OMS CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992. [Texto completo](#)
- Ospina MB, Krebs Seida J, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, et al. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. PLoS One. 2008;3(11):e3755. PubMed [PMID: 19015734](#). [Texto completo](#)
- Pearson DA, Santos CW, Aman MG, Arnold LE, Casat CD, Mansour R, et al. Effects of extended release methylphenidate treatment on ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Behavior in Children with Autism Spectrum Disorders and ADHD Symptoms. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2013;23(5):337-51. PubMed [PMID: 23782128](#). [Texto completo](#)
- Reed GM. Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. Professional Psychology: Research and Practice. 2010;41(6):457-64. [Texto completo](#)
- Rothenberg MB, Samson DJ, Aronson N, Ziegler KM, Bonnell CJ, Gere MA. Special report: early intensive behavioral intervention based on applied behavior analysis among children with autism spectrum disorders. Chicago, IL, USA: Blue Cross and Blue Shield Association, Technology Evaluation Center. Assessment Program. September 2009 [consultado 5-6-2015]. Disponible en: <http://www.tricare.mil/autism>
- Rutter M, Bailey A, Lord C. Social Communication Questionnaire. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2003.
- Rutter M, Le Couteur A, Lord C. ADI-R. Autism Diagnostic Interview Revised. Manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
- Sampedro-Tobón ME, González-González M, Vélez-Vieira S, Lemos-Hoyos M. Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2013;70(6):456-66.
- Sánchez AMG, Oliva RG, Rodríguez FO, Segura AK. Síntomas autísticos en niños. Diagnóstico diferencial. Revista de Medicina de Familia y Atención Temprana. 2010;14(2):5.
- Spreckley M, Boyd R. Efficacy of applied behavioral intervention in preschool children with autism for improving cognitive, language, and adaptive behavior: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr. 2009;154(3):338-44. PubMed [PMID: 18950798](#)
- Tonge BJ, Bull K, Brereton A, Wilson R. A review of evidence-based early intervention for behavioural problems in children with autism spectrum disorder: the core components of effective programs, child-focused interventions and comprehensive treatment models. Curr Opin Psychiatry. 2014;27(2):158-65. PubMed [PMID: 24452070](#)

-
- White SW, Oswald D, Ollendick T, Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. Clin Psychol Rev. 2009;29(3):216-29. PubMed **PMID: 19223098. Texto completo**
 - Williams K, Brignell A, Prior M, Bartak L, Roberts J. Regression in autism spectrum disorders. Journal Paediatr Child Health. 2015;51(1):61-4. PubMed **PMID: 25586846**

Más en la red

- Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-CHAT) versión online. Disponible en: <http://espectroautista.info/MCHAT-es.html>
- Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-CHAT) versión pdf. Disponible en: <http://www.fespau.es/autismo-tea/M-CHAT.pdf>
- Federación Española de Autismo. Disponible en: <http://www.fespau.es/>
- Información para padres ante la sospecha de un problema del desarrollo social y comunicativo. Disponible en: http://www.autismo.org.es/sites/default/files/gpc_462_autismo_lain_entr_paciente_sospecha.pdf
- Información para padres tras un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Disponible en: http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04.-GPC_462_Autismo_Lain_Entr_paciente_diagnostico.pdf

Autora

- Eva González Viana
Graduada en Psicología
Msc Child and Adolescent mental health (King's College London)

National Guideline Alliance. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Londres. Reino Unido.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

