

2018

GUÍA

PARA LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

VIGILANCIA, CERNIMIENTO Y DIAGNÓSTICO



Departamento de Salud
División Niños con Necesidades Médicas Especiales

*“Estamos aquí para ayudar
a los niños y a sus familias
a ser exitosos.
Es así de sencillo.”*

- Elaine Collins

*La Guía para la Identificación Temprana de los Trastornos del Espectro del Autismo:
Vigilancia, Cernimiento y Diagnóstico*

fue preparada por el:

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
División Niños con Necesidades Médicas Especiales

Miguel Valencia Prado, MD, FAAP, Director

Nancy Nieves Muñoz, EdM, CAS

Linna Irizarry Mayoral, PhD

Septiembre 2018

La División Niños con Necesidades Médicas Especiales desea agradecer a los siguientes proveedores de servicios, miembros del Comité Timón Ley BIDA, personas de la comunidad y familias de la población con Trastornos del Espectro del Autismo que contribuyeron a la revisión de esta Guía:

Miriam Báez Peña, APNI, Inc

Dra. María C. González Ríos, Genetista

Yadiris Cruz Mangual, PHL

Dra. Alicia Maldonado, MD

Dra. Laura Deliz, Psicóloga

Lournet Martínez, OTR-L

Carmen M. Fraticelli, APNI, Inc.

Ing. Carlos O. Rodríguez, Comité Timón

Dra. Yolanda González, Profesora

Dra. Grace Rodríguez, Psicóloga

También agradecemos la colaboración de los siguientes organizaciones que compartieron sus formularios y documentos con nuestra División: el Centro Ponceño de Autismo, el Centro de Autismo de Puerto Rico, FILIUS, y el Centro de Estimulación Integral



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud



CONTENIDO



Introducción	1
Propósito de la Guía.	1
Contenido	1
De la Identificación a la Intervención	2
Principios.	4
Servicios Centrados en la Familia.	5
Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)	7
Identificación Temprana de los TEA.	8
Vigilancia del Desarrollo	9
Hitos del Desarrollo	10
Señales de alerta para un TEA.	11
Cernimiento del Desarrollo.	12
ASQ-3.	13
Algoritmo – Vigilancia y Cernimiento.	14
Cernimiento para los TEA	17
M-CHAT R/F.	18
ASQ-SE-2	19
CSBS-DP.	20
SCQ.	21
CAST.	22
ASAS.	23
Algoritmo – Cernimiento para TEA.	24
Diagnosticando TEA	27



Diagnóstico del TEA – DSM-5	29
Niveles de Severidad	30
Comparación: DSM-IV-TR y DSM-5.	31
Instrumentos utilizados en el Diagnóstico de un TEA	
ADOS-2	32
CARS-2.	33
GARS-3	34
ADI-R	35
Entrevista a la Familia.	36
Consideraciones en la Evaluación Diagnóstica.	37
Registro de Autismo.	40
Evaluación Médica	41
Diagnóstico Diferencial	43
Condiciones del Neurodesarrollo.	43
Trastornos Mentales/de Conducta.	45
Condiciones Genéticas.	47
Otras Condiciones	49
Compartiendo el Diagnóstico	51
Prácticas Recomendadas.	56
Referencias	59
Apéndices	63



Propósito de la Guía

La Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA), tiene dos propósitos fundamentales. Estos son: 1- “establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico relacionada con esta población” y 2- “promover la identificación temprana, diagnóstico e intervención con este desorden”.

El contenido de esta *Guía para la Identificación Temprana de Trastornos del Espectro del Autismo: Vigilancia, Cernimiento y Diagnóstico*, responde al segundo propósito. La misma provee información para establecer un sistema de servicios que asegure la identificación temprana de niños con riesgo de presentar un Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), a fin de que puedan ser referidos a una evaluación que permita determinar el diagnóstico e iniciar prontamente la intervención y prestación de los servicios que apoyen el desarrollo. La identificación temprana de la población con autismo es esencial, dado que un diagnóstico y una intervención temprana, individualizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en la prognosis a largo plazo.

Contenido

La Guía incluye información sobre los procesos, protocolos y recomendaciones para asegurar que en Puerto Rico se lleve a cabo la vigilancia y cernimiento para la identificación temprana de la población con TEA, y para que se utilice un proceso uniforme en el diagnóstico.

En los Apéndices, que comienzan en la página 63, encontrará un *Glosario de Términos Relacionados con el Autismo*. El Glosario fue preparado para definir los términos utilizados con frecuencia cuando hablamos sobre las personas con TEA o sobre los servicios o intervenciones que se les ofrecen. El Glosario no tiene como propósito presentar definiciones científicas, sino ayudar a entender mejor algunos términos relacionados con el autismo.

Además, en los Apéndices encontrará documentos de la campaña de vigilancia de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), instrumentos de cernimiento disponibles que han sido incluidos con la autorización escrita de sus autores, los protocolos del Departamento de Salud y del Plan de Salud del Gobierno para la identificación temprana de TEA, directorios y un ejemplo de la Certificación Diagnóstica del TEA y el Módulo del M-CHAT-R/F.

Con el fin de asegurar prácticas validadas con la mejor investigación sobre los TEA, el Departamento de Salud ha adoptado en esta Guía las prácticas recomendadas por:

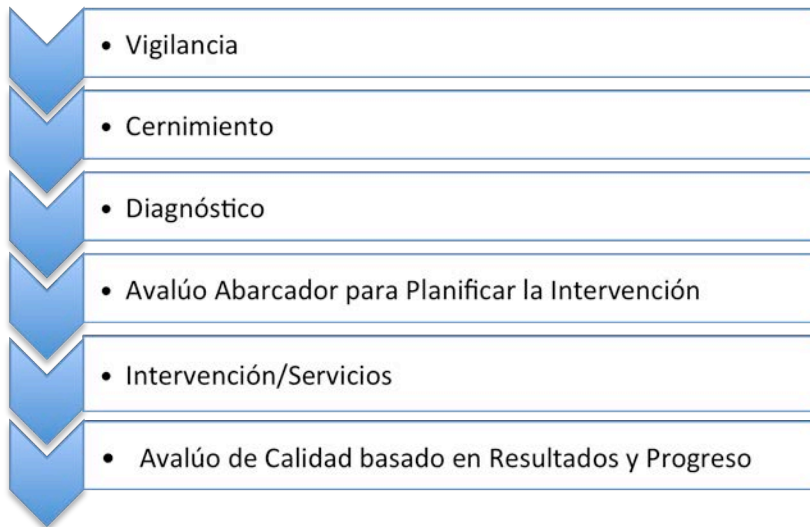
- la Academia Americana de Pediatría (2001, 2006),
- la Academia Americana de Neurología,
- el Comité de Práctica de la Sociedad de Neurología Pediátrica (2000) y
- los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).



De la Identificación a la Intervención

En cumplimiento con las disposiciones de la Ley BIDA, el Departamento de Salud ha establecido la siguiente trayectoria de servicios para la población con TEA menor de 22 años que se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Trayectoria de servicios



Dicha trayectoria corresponde a los siguientes pasos:

Paso 1- Identificación: Vigilancia, Cernimiento y Diagnóstico

Paso 2- Avalúo para la planificación de intervenciones

Paso 3- Planificación para las intervenciones

Paso 4- Intervenciones

Paso 5- Avalúo continuo basado en resultados

El contenido de esta Guía responde al Paso 1: Identificación: Vigilancia, Cernimiento y Diagnóstico. A continuación un resumen de cada paso.





Paso 1 – Identificación: Vigilancia, Cernimiento y Diagnóstico

El proceso para llegar a un diagnóstico de un TEA está presentado en el *Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0-66 meses* (2018a), el *Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0-66 meses – Versión Plan de Salud del Gobierno* (2018b), el *Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del TEA para el Departamento de Salud* (2018c) y en el *Protocolo Uniforme para Diagnóstico del TEA del Plan de Salud del Gobierno* (2018d) (ver Apéndices de la página 87 a la 112).

Paso 2 – Avalúo para la planificación de intervenciones

El Avalúo es un proceso dinámico y continuo en que se recopila información de diversas fuentes y modalidades para identificar las necesidades, fortalezas y particularidades de la persona con el TEA y su familia. Tiene como propósito la toma de decisiones informadas en cuanto a las intervenciones y servicios que contribuyan a lograr las metas significativas para la persona y su familia que le permitan participar de sus ambientes naturales.

La información recopilada, desde el cernimiento y en el proceso diagnóstico, es parte del Avalúo; el cual considera la naturaleza cambiante de la persona y su familia. Este es un proceso de revisión constante. El proceso diagnóstico por un equipo interdisciplinario, que incluye a la familia y a la persona con el TEA (cuando apropiado), puede proveer el diagnóstico y la información necesaria para planificar intervenciones y servicios, de manera simultánea, lo que beneficia a la familia y a la persona con TEA.

El proceso para llevar un avalúo está presentado en el *Protocolo para el Avalúo Dirigido a la Planificación de Intervenciones para las personas con el Trastorno del Espectro del Autismo* (Departamento de Salud, 2018) (ver Apéndice página 157). Además, el Departamento de Salud (2018) publicó una guía para el avalúo de niños y adolescentes.

Paso 3 – Planificación para las intervenciones

Los resultados del Avalúo guían la planificación para las intervenciones. Este proceso es uno dinámico, basado en evidencia científica orientado a resultados funcionales. El plan de intervención se centra en la persona y su familia. Está dirigido a fortalecer las destrezas y capacidades funcionales de la persona a través de actividades significativas en los contextos en que participa o necesita participar.

La planificación es guiada por: las preocupaciones, prioridades y recursos de la familia y de la persona, los indicadores de funcionamiento de la persona, las destrezas que la persona necesita para participar en diferentes ambientes (de acuerdo a su edad y circunstancias) y del historial de cualquier servicio e intervención previa. El plan de intervención es compartido con las agencias u organizaciones que trabajan con la familia o la persona. Además, es integrado a cualquier otro plan que la persona ya tenga o vaya a tener en el futuro (ej. PISF, PEI, Plan 504, Plan de Rehabilitación Vocacional).



Paso 4 – Intervenciones

Las intervenciones están fundamentadas en: las leyes y reglamentos pertinentes, principios explícitos, prácticas validadas y la mejor investigación disponible. El éxito de cualquier intervención depende de la colaboración entre la familia, cuidadores o maestros, clínicos, y agencias o programas. La intervención exitosa es un esfuerzo de un equipo compuesto por diferentes disciplinas. Su propósito es aumentar la participación de la persona en ambientes relevantes.

Paso 5 – Avalúo Continuo basado en resultados

El proceso de avalúo es uno continuo que requiere revisión periódica. El plan de intervención incluye un sistema formal para documentar el progreso de la persona y evaluar la efectividad de la intervención. La intervención se modifica de acuerdo a la evaluación de los resultados obtenidos a través de la intervención.

Principios

Esta Guía se fundamenta en los siguientes principios:

1. Toda niño es valioso; e independientemente de su aparente nivel de funcionamiento, tiene fortalezas, puede aprender, y merece intervenciones y servicios que reconozcan su individualidad, y promuevan y apoyen su desarrollo integrado y su autonomía óptima a través del ciclo de vida.
2. La identificación temprana de los niños con el TEA mediante la vigilancia, cernimiento y diagnóstico es fundamental para el acceso a intervenciones individualizadas y efectivas con resultados óptimos.
3. Los niños están intrínsecamente vinculados a sus familias y a sus entornos sociales.
4. Toda familia tiene fortalezas, y con los apoyos necesarios, puede fomentar el desarrollo y aprendizaje de su familiar con el TEA, y ser un recurso valioso para cualquier intervención que se realice, por lo que la participación de la familia en la toma de decisiones es esencial.
5. Todo contacto e intervención está basado en las leyes y reglamentos vigentes, principios explícitos, prácticas validadas, y la mejor investigación posible.





Servicios centrados en la familia

El Departamento de Salud de Puerto Rico ha adoptado un modelo *Amigable para la Familia* como la base de todos los servicios a la población con el TEA. Este enfoque implica que los proveedores de servicios proveen los servicios centrados en la familia de manera continua, coordinada y abarcadora. El propósito del modelo es mejorar la salud, reducir la inequidad y ser autosustentable.

Los servicios centrados en la familia incluyen la planificación, organización y provisión de los servicios en estrecha colaboración con las familias. El Departamento de Salud reconoce que los servicios comienzan con el primer contacto con la familia, ya sea éste en persona, por vía telefónica o virtual. Cada contacto debe reflejar el trato respetuoso y empático que toda familia merece. Los servicios centrados en la familia parten de la creencia de que la familia es la influencia principal sobre la salud y el bienestar de un niño y que toda familia tiene fortalezas que necesitamos reconocer. Debido a esto, las familias deben recibir el apoyo que necesitan para cuidar y criar a sus niños. Este apoyo debe ser tanto de información como emocional con el propósito de atender las necesidades físicas, emocionales, del desarrollo y sociales de los niños y jóvenes. El apoyo que reciba la familia le ayudará a fortalecer su relación con sus hijos y con los proveedores de servicios.

Los servicios centrados en la familia requieren que:

1. Las familias sean parte de todas las decisiones relacionadas con sus hijos.
2. Los niños y jóvenes reciban servicios abarcadores, continuos y coordinados dentro de un hogar médico.
3. Las familias tengan los recursos para cubrir los costos de los servicios que necesitan.
4. Las familias estén satisfechas con los servicios que reciben.

Los servicios centrados en la familia requieren una comunicación continua y efectiva entre las familias y los proveedores de servicios de manera que se asegure la participación activa de las familias en la toma de decisiones informadas relacionadas con todos los aspectos de servicios para sus hijos. Los proveedores necesitan compartir información con las familias que contribuya a un mayor conocimiento sobre la condición de sus hijos y sus implicaciones para la salud y el desarrollo. De esta manera las familias estarán mejor preparadas para participar de la toma de decisiones. La familia, a su vez, debe mantener a los proveedores de servicios informados de cualquier asunto pertinente sobre sus hijos que los ayude a conocer mejor al niño, y a la familia y sus circunstancias. La participación de las familias y la comunicación entre las familias y los proveedores de servicios aumentan las probabilidades de mejores resultados para el niño o joven, y mayor satisfacción con los servicios para las familias. Es por esta razón que se debe orientar a las familias sobre la importancia de su participación en todos los procesos desde el cernimiento, diagnóstico, avalúo e intervención y asegurar que las familias entienden lo que se espera (ej. comunicación, participación, puntualidad, asistencia, respeto, colaboración).



La Tabla 1 presenta ejemplos de prácticas que son amigable para la familia en los diferentes procesos relacionados en la identificación temprana de los TEA.

Tabla1. Ejemplos de prácticas amigables para la familia

Proceso	Ejemplos de prácticas amigables para la familia
Llamadas	<ul style="list-style-type: none"> - Se trata a los padres por su nombre (ej. Sra. Torres). - Se atiende a la familia inmediatamente; no se deja esperando en línea.
Citas	<ul style="list-style-type: none"> - Se le da una cita en el momento en que la solicita. - Se llama a la familia el día antes de la cita para recordarle la misma. - Se da la cita por hora para minimizar la espera. - Se atiende a la hora acordada. Si por alguna razón no se puede atender a la hora acordada, se le notifica, se le ofrece una disculpa y se le da la opción de venir otro día.
Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> - En cada visita pediátrica se le hacen preguntas a la familia sobre el desarrollo y sobre cualquier preocupación. - Se valoran y atienden las preocupaciones de las familias. - Se orienta a las familias sobre los hitos del desarrollo.
Cernimiento del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Se le informa a la familia sobre el proceso y propósito del cernimiento. - La familia informa sobre el desarrollo y sobre cualquier preocupación. - Se valida la información que comparte la familia. - Se comparten los resultados con la familia.
Cernimiento para autismo	<ul style="list-style-type: none"> - Se le informa a la familia sobre el proceso y propósito del cernimiento. - La familia informa sobre la conducta y características relacionadas con los TEA. - Se comparten los resultados con la familia.
Referidos	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a la edad del niño, se orienta a la familia sobre el Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, o sobre los servicios de Educación Especial del Departamento de Educación. - De acuerdo a la residencia del niño y a la necesidad de la familia, se provee orientación de programas que ofrecen servicios de cuidado y desarrollo como por ejemplo: Early Head Start, Head Start, Child Care, etc. - Se asiste a la familia en la coordinación de referidos médicos.
Entrevista a la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Se provee un ambiente libre de interrupciones. - Se establece contacto visual con la persona que informa. - Se valida la información que comparte la familia.
Observación del niño	<ul style="list-style-type: none"> - Se observa al niño interactuando con la familia. - Se proveen juguetes y materiales apropiados a la edad del niño.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Las citas para la evaluación diagnóstica se dan a conveniencia de las familias. - Se utiliza información que provee la familia. - Se comparten los resultados con la familia. - Se llega a una decisión diagnóstica dentro de un tiempo razonable.
Compartiendo el resultado de la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Se provee un espacio privado libre de interrupciones. - Se explica el resultado en un lenguaje sencillo. - Se comparte el resultado de manera respetuosa y con sensibilidad. - Se permite hacer preguntas y se aclaran dudas.



Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), también conocidos como Trastorno del Espectro Autista, Desorden del Continuo del Autismo o Autismo son un grupo de trastornos del desarrollo que se caracterizan por dificultades en la comunicación e interacciones sociales en diferentes ambientes. Se manifiestan por:



- Dificultad con la reciprocidad socio-emocional: acercamientos sociales inapropiados; dificultad para participar de una conversación; compartir poco los intereses, emociones o sentimientos; y no iniciar o responder a interacciones sociales.
- Dificultad con la comunicación no verbal que se utiliza para la interacción social que incluye: falta de contacto visual, lenguaje corporal inapropiado, dificultad entendiendo y utilizando gestos, y poca o ninguna expresión facial.
- Dificultad desarrollando, manteniendo y entendiendo las relaciones, desde no adaptar la conducta para responder a diferentes ambientes sociales, hasta dificultad con el juego imaginativo, hacer amistades, o tener poco si algún interés por los demás.

Los TEA también se caracterizan por tener al menos dos características en el área de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan por:

- Movimientos motores repetitivos y estereotipados;
- Adherencia excesiva a rutinas o rituales;
- Problemas de fascinaciones atípicas, fijación o interés persistente en un objeto o tema;
- Problemas de integración sensorial, conductas híper o hipo reactivas.

Los TEA se diagnostican utilizando las guías que provee el DSM-5 mediante observación de conductas, revisión del historial de desarrollo y el uso de instrumentos que tomen en consideración la información que provea la familia. Al momento no existe una prueba biológica para diagnosticar un TEA.





IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL TEA

Es importante identificar tempranamente a los niños con un TEA y comenzar las intervenciones apropiadas lo antes posible. La intervención temprana puede ayudar a mejorar el desarrollo general del niño, reducir conductas inapropiadas y esto a su vez conduce a mejores resultados funcionales a largo plazo. Por lo general, es posible reconocer el autismo antes de los primeros tres años de vida.

La identificación temprana de niños con riesgo de un TEA es compleja debido a que es difícil evaluar las alteraciones sociales propias de los TEA en niños muy pequeños y que los TEA se manifiestan en una variedad de formas e intensidad en edades tempranas. Aún con estos retos, la identificación temprana puede darse desde los 18 meses de edad, o antes.

La identificación temprana de los TEA permite la:

- intervención temprana;
- investigación etiológica – identificación de condiciones coexistentes; y
- consejería sobre el riesgo de recurrencia.

Identificando preocupaciones iniciales sobre los TEA

Es importante que los profesionales, incluyendo los proveedores de cuidado, y las familias conozcan que hay varias maneras de identificar un TEA. Estas pueden incluir:

- una preocupación de los padres o cuidadores sobre un retraso en el desarrollo o preocupación sobre la conducta del niño.
- una preocupación sobre autismo de un cuidador de la salud u otro profesional en un examen de salud.

La identificación temprana TEA es parte de la vigilancia y cernimiento del desarrollo y para TEA que se debe realizar con todos los niños pequeños para identificar aquellos a riesgo para cualquier retraso o condición que afecte su desarrollo. En las próximas páginas se presenta información sobre la vigilancia, cernimiento del desarrollo y cernimiento para los TEA.





La vigilancia del desarrollo es un proceso continuo y flexible de estrategias integradas que incluye el intercambio de información con las familias, observación del desarrollo de los infantes y preescolares, y educación a padres, profesionales, cuidadores y a la comunidad en general, dirigido a detectar retraso en el desarrollo y señales de autismo en niños de edad temprana.

Las *Guías de Servicios Pediátricos Preventivos* vigentes del Departamento de Salud (2018) establecen que la vigilancia del desarrollo se lleve a cabo en todas las visitas de cuidados pediátricos preventivos desde la infancia hasta los 21 años de edad para todos los niños.

La Importancia de llevar a cabo la Vigilancia del Desarrollo

- Los CDC (2018), estiman que un promedio de 1 en cada 59 niños en los Estados Unidos tiene TEA. En el 2012, basado en un estudio realizado, el Departamento de Salud de Puerto Rico estimó que anualmente 1 de cada 62 bebés que nacen en Puerto Rico tiene alta probabilidad de tener autismo (Cordero, et al, 2012). Por lo tanto es probable que todo proveedor primario de la salud va a atender a niños con un TEA.
- Los procesos rutinarios de vigilancia del desarrollo que llevan a cabo profesionales adiestrados y cualificados ayudan a identificar retrasos en el desarrollo lo más temprano posible.
- Los visitas rutinarias de salud proveen oportunidades para la vigilancia del desarrollo de los niños pequeños. Durante estas visitas, los padres y madres o personas encargadas pueden informar al médico observaciones de las conductas de los niños y además, el médico debe hacer observaciones directas que pueden ser señales de posibles retrasos en el desarrollo, incluyendo autismo.
- Durante las visitas de los 9, 18, 24 y 30 meses de edad es esencial monitorear el desarrollo ya que el niño puede comenzar a presentar características de autismo desde antes de los 18 meses de edad. Durante estas visitas de cuidado preventivo es importante estar atento al desarrollo socio emocional y del lenguaje.



En la página 14 encontrará el Algoritmo recomendado para la Vigilancia y el Cernimiento del Desarrollo para todos los niños menores de 66 meses.



Durante la vigilancia del desarrollo de los niños pequeños se recomienda lo siguiente:

- ➔ Considerar y analizar los motivos de preocupación de los padres o cuidadores.
- ➔ Obtener y mantener un historial de desarrollo.
- ➔ Hacer observaciones informadas y precisas del desarrollo del niño.
- ➔ Compartir opiniones y preocupaciones con otros profesionales que atienden o cuidan al niño.
- ➔ Identificar factores de riesgo y de protección para el niño y para su familia.
- ➔ Documentar el proceso y los hallazgos.
- ➔ Mantener a la familia informada sobre los hitos del desarrollo.



HITOS DEL DESARROLLO

Los hitos del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a cierta edad. La manera en que los niños actúan, juegan, se comunican y se mueven nos ofrecen claves importantes sobre su desarrollo.

Es importante que, tanto las familias como los cuidadores y profesionales que trabajan con la niñez temprana conozcan como se desarrollan los niños y las señales de alerta cuando un niño no se desarrolla de acuerdo a lo esperado.

La Tabla 2 presenta algunas señales tempranas de posible TEA en los niños pequeños.

En las páginas 167 a 178 de los Apéndices encontrará el material que presenta los hitos del desarrollo desde los dos meses hasta los cinco años de la campaña *Learn the Signs, Act Early*, Aprenda las Señales. Reaccione Pronto del Centro para el Control de Enfermedades, (CDC, por sus siglas en inglés).



Learn the Signs. Act Early.
Aprenda los Signos. Reaccione Pronto.
<http://www.cdc.gov/Pronto>

SEÑALES DE ALERTA PARA UN TEA



Tabla 2. Señales tempranas de posible TEA

Aspectos de la Conducta	6 a 12 meses	12-30 meses
Respuesta a los demás	<ul style="list-style-type: none"> Pobre contacto visual 	<ul style="list-style-type: none"> Pobre contacto visual No responde o se tarda en responder a su nombre No atiende o responde a lo que otros señalan Poca imitación Muestra poco interés en otros niños
Interacción social	<ul style="list-style-type: none"> Pasividad Expresión facial limitada durante las interacciones sociales Poca sonrisa social 	<ul style="list-style-type: none"> Rara vez señala o muestra objetos de su interés a los demás Expresión facial limitada durante las interacciones sociales Rara vez sonríe para mostrar alegría a los demás Rara vez inicia sonrisa social para compartir alegría
Comunicación y juego	<ul style="list-style-type: none"> Poco balbuceo Poca exploración de juguetes y objetos 	<ul style="list-style-type: none"> Poca variedad de los sonidos del habla o de gestos cuando intenta comunicarse Retraso en el desarrollo del lenguaje Poca variedad al utilizar juguetes Rara vez coordina el contacto visual con sus gestos o sonidos del habla para comunicarse
Sensorial y motor	<ul style="list-style-type: none"> Tensa las manos, brazos, piernas o boca. Poco tono muscular Pobre coordinación o retraso motor Busca presión firme en su cuerpo Interés marcado por objetos brillantes o en movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Tensa las manos, brazos, piernas o boca. Pobre coordinación o retraso motor Busca presión firme en su cuerpo Interés marcado por objetos brillantes o en movimiento

Traducido de: Kennedy Krieger Institute Research Studies

Landa, R.J. (2008). *Nature Clinical Practice Neurology*, 4:138-147; Sullivan M, Finelli J, Marvin A, Garrett-Mayer E, Bauman M, & Landa R. (2007). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37:37-48; Flanagan J & Landa R. (2007). American Occupational Therapy Association Annual Conference; Bhat, A, Galloway C, & Landa R. (2007). Society for Research in Child Development Conference; Landa R, Holman K, & Garrett-Mayer E. (2007) *Archives of General Psychiatry*, 64: 853-864; Landa R & Garrett-Mayer E. (2006). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 629-638.



CERNIMIENTO DEL DESARROLLO

El cernimiento del desarrollo se define como un proceso que incluye la administración de un instrumento corto, estandarizado y validado para la identificación de niños a riesgo de retrasos en el desarrollo o de conducta atípica. Los resultados del cernimiento permiten identificar aquellos niños que requieren un proceso de evaluación más riguroso para confirmar un diagnóstico.



La investigación indica que los padres son una fuente de información confiable sobre el desarrollo de sus niños por lo que los instrumentos para el cernimiento del desarrollo deben ser completados con las familias. Los instrumentos de cernimiento pueden ser administrados por: pediatras, médicos primarios, enfermeras, y profesionales de diferentes disciplinas como lo son maestros, cuidadores, psicólogos, patólogos de habla y lenguaje, terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, trabajadores sociales, y coordinadores de servicios, entre otros. No obstante, es esencial que las personas que tabulan los resultados hayan recibido adiestramiento previo sobre el particular.

A todos los niños, incluyendo aquellos que no presentan factores de riesgo y cuyo desarrollo aparenta estar progresando de manera típica, se le realizará:

- Un cernimiento del desarrollo a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad.
- Un cernimiento específico para autismo en las visitas de los 18 y 24 meses de edad.

El cernimiento del desarrollo o el de autismo deberá realizarse a cualquier edad de surgir la preocupación de parte de la familia, del pediatra o médico primario, o de cualquier profesional pertinente, incluyendo cuidadores.

Instrumentos de Cernimiento

El instrumento que se utilizará para el cernimiento del desarrollo a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad con todos los niños son los Cuestionarios de Edades y Etapas del Desarrollo (*Ages and Stages Questionnaire - ASQ*) en su última versión. Para el cernimiento TEA a los 18 y 24 meses de edad se utilizará el *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT R/F)* en su última versión.



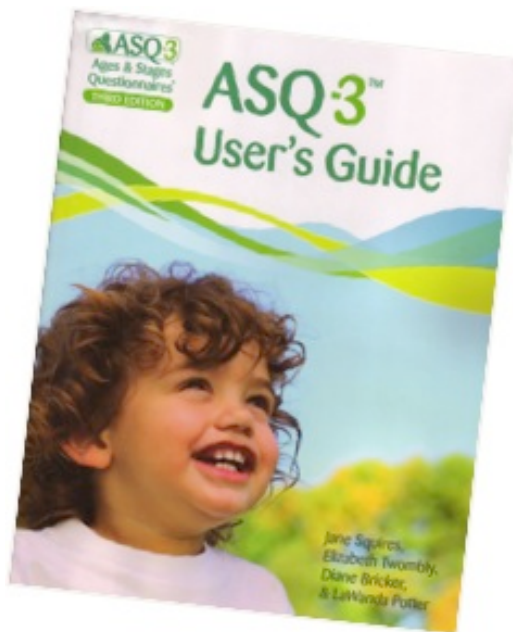
Las Edades y Etapas-3 (*Ages and Stages Questionnaires-3*) es un instrumento de cernimiento utilizado para detectar posible retraso en el desarrollo. La 3era edición fue desarrollada por Diana Bricker y Jane Squires en el 2008. Se obtiene por medio de la casa publicadora Paul Brookes (www.brookespublishing.com/resource-center/screening-and-assessment/asq/). Es un cuestionario completado por los padres o encargados, por cuidadores primarios o por un profesional mediante entrevista con los padres o encargados.

Características:

- Se fundamenta en una visión ecológica del desarrollo.
- Está basado en la creencia de que la mayoría de los padres pueden evaluar el desarrollo de sus niños.
- Apodera a los padres sobre las destrezas que debe dominar su hijo de acuerdo a su edad y etapa del desarrollo.
- Es flexible.
- Es eficiente.
- Es costo efectivo.
- Fomenta la participación de los padres.
- Está escrito en un nivel de 4to a 5to grado de lectura y provee claves pictóricas.
- Las preguntas se presentan según la secuencia del desarrollo.

La ASQ-3 consta de:

- 21 cuestionarios
 - 2 a 24 meses – cada dos meses
 - 27 a 39 meses – cada tres meses
 - 40 a 66 meses – cada cuatro meses
- 5 áreas del desarrollo
 1. Comunicación
 2. Motor Grueso
 3. Motor Fino
 4. Resolución de Problemas
 5. Socio Individual

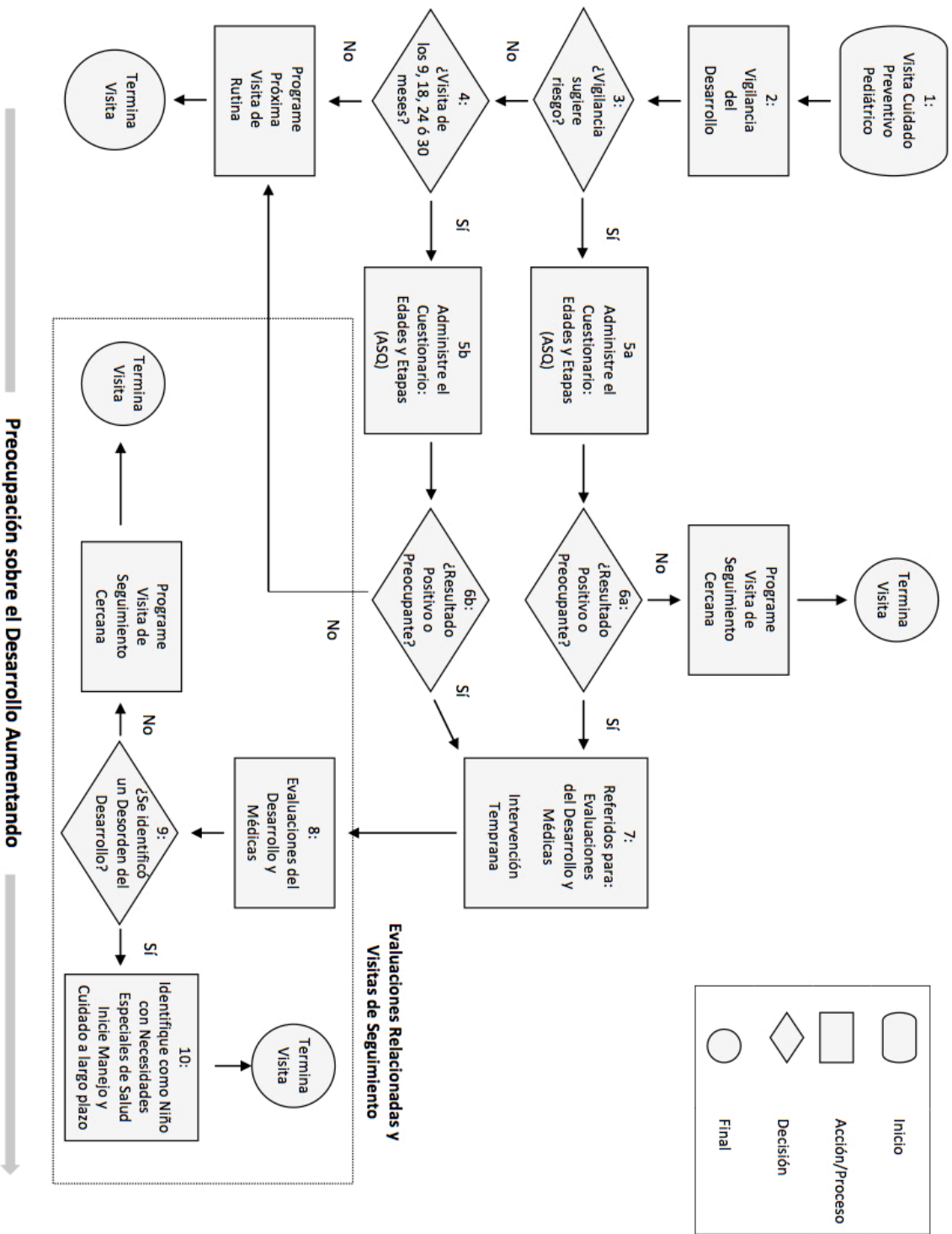


A continuación el Algoritmo recomendado para la vigilancia y cernimiento de los desórdenes del desarrollo en edad temprana seguido por la explicación del mismo.



ALGORITMO - VIGILANCIA Y CERNIMIENTO

Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Desórdenes del Desarrollo





Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Desórdenes del Desarrollo

1:
Visita Cuidado
Preventivo
Pediátrico

1- Preocupaciones del desarrollo deben estar incluidas como uno de varios temas que deben ser atendidos en cada visita de cuidado preventivo pediátrico durante los primeros 5 años de vida.

2:
Vigilancia
del
Desarrollo

2- La vigilancia del desarrollo es un proceso flexible, longitudinal, continuo y acumulativo en que los proveedores de salud identifican a niños que puedan tener problemas en el desarrollo. Existen 5 componentes de la vigilancia del desarrollo: sonsacar y atender las preocupaciones de los padres relacionadas al desarrollo del niño, documentar y mantener un historial del desarrollo, hacer observaciones precisas del niño, identificar el riesgo y factores de protección, y mantener un expediente preciso con la documentación de los hallazgos y resultados.

3:
¿Vigilancia
sugiere
riesgo?

3- Las preocupaciones de ambos padres y profesionales de la salud del niño deben estar incluidas en ser parte de la determinación de que la vigilancia pueda sugerir un riesgo de retraso en el desarrollo. Cuando ambos padres o el profesional de la salud del niño expresan preocupación sobre el desarrollo del niño, debe llevarse a cabo el cernimiento del desarrollo ASQ para atender la preocupación específica.

4:
¿Visita de
los 9, 18, 24 ó 30
meses?

4- Todo niño debe recibir un cernimiento del desarrollo utilizando un instrumento estandarizado. Ante la ausencia de factores de riesgo o preocupaciones de los padres o proveedores de servicios, se recomienda el cernimiento del desarrollo ASQ en las visitas de los 9, 18, 24 y 30 meses. Además, el cernimiento específico para autismo M-CHAT es recomendado para todos los niños en la visita de los 18 y 24 meses.

5a y 5b:
Administre el
Cuestionario:
Edades y Etapas
(ASQ)

5a y 5b- Cernimiento del desarrollo es la administración de un instrumento estandarizado breve que facilita la identificación de niños a riesgo de un desorden del desarrollo. Cernimiento del desarrollo que se centra en los aspectos preocupantes, es indicado cuando se identifica un problema durante la vigilancia del desarrollo.

6a y 6b:
¿Resultado
positivo o
preocupante?

6a y 6b- Cuando los resultados del cernimiento del desarrollo son normales, el profesional de la salud puede informar a los padres y continuar con los demás aspectos de la visita preventiva. Cuando se administra un instrumento de cernimiento en respuesta a preocupaciones sobre el desarrollo, se debe programar una visita para proveer vigilancia adicional, aún si los resultados no indican un riesgo de retraso en el desarrollo.



7-8: Hacer referidos:
- Evaluaciones
médicas y del
desarrollo
- Intervención
temprana/Servicios
para la niñez
temprana

7-8- Si los resultados del cernimiento son preocupantes, se debe programar para evaluaciones médicas y del desarrollo. Las evaluaciones del desarrollo buscan identificar la condición o condiciones del desarrollo que puedan estar afectando al niño. Esto debe acompañarse de una evaluación médica diagnóstica para identificar cualquier etiología subyacente. Los servicios de Intervención temprana y para la niñez temprana pueden ser muy valiosos cuando inicialmente se identifica un niño en alto riesgo de tener un retraso en su desarrollo, ya que estos programas, en ocasiones, proveen servicios de evaluación y pueden ofrecer otros servicios al niño y su familia, aún antes de completar una evaluación. Un componente importante del cuidado exitoso y coordinado es la colaboración efectiva con los profesionales de la niñez temprana.

9:
¿Se identifica un
desorden del
desarrollo?

9- Si se identifica un desorden del desarrollo, se debe identificar al niño como un niño con necesidades especiales de salud e iniciar el manejo a largo plazo de la condición (ver el 10 abajo). Si no se identifica un desorden del desarrollo en las evaluaciones del desarrollo y médica, se debe programar una visita de seguimiento para continuar la vigilancia. Las visitas más frecuentes, con atención especial a las áreas de preocupación, permitirán que el niño sea referido a tiempo para evaluaciones adicionales si surge cualquier evidencia de retraso en el desarrollo o de una condición específica.

10:
Identifique como niño
con necesidades
especiales de salud.

Inicie manejo y cuidado
a largo plazo

10- Cuando se descubre que un niño tiene un desorden del desarrollo significativo, ese niño se convierte en un niño con necesidades especiales de salud, aún cuando no tenga una etiología específica identificada. El niño debe ser identificado por el hogar médico para el manejo apropiado a largo plazo para su condición y monitoria continua, y formar parte del registro de niños y jóvenes con necesidades de salud especiales de la práctica.

Traducido y adaptado de la: American Academy of Pediatrics. Council on Children with Disabilities. (2006).
Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home:
An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 118, 405-420

De la página 87 a la 112 de los Apéndices encontrará los *Protocolos Uniformes para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0-66 Meses de Edad* que establece cómo se realizarán los procesos de vigilancia y cernimiento para todos los niños menores de 66 meses en Puerto Rico.

CERNIMIENTO PARA TEA



El cernimiento para TEA también se realizará a todo niño entre 0-5 años de edad cuando surja alguna preocupación de parte de la familia, del pediatra/médico primario, o de cualquier profesional pertinente, incluyendo cuidadores, durante los procedimientos rutinarios de vigilancia.

De acuerdo a la edad se administrará uno los siguientes instrumentos:

Tabla 3 . Instrumentos de cernimiento par la identificación temprana de TEA

Edades	Instrumento
Menor de 16 meses	ASQ-SE-2 – Edades y Etapas: Socio Emocional (<i>Ages and Stages Questionnaires: Social Emotional</i>) CSBS-DP – Cuestionario del Bebé y Niño Pequeño (<i>Communication Symbolic Behavior Scale – Developmental Profile</i>)
16-30 meses	M-CHAT R/F – <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised with Follow-Up</i>
31-66 meses Después de los 4 años, siempre y cuando el menor tenga una edad mental mayor de 2 años	ASQ-SE-2 – Edades y Etapas Socio Emocional (<i>Ages and Stages Questionnaires Social Emotional</i>) SCQ – Cuestionario para la Comunicación Social (<i>Social Communication Questionnaire</i>)

Aunque esta guía es para la identificación temprana de TEA, se incluyen dos instrumentos de cernimiento para los TEA que se pueden utilizar con niños mayores de 66. meses.

Tabla 4. Instrumentos de cernimiento para TEA para niños mayores de 66 meses

67 meses – 11 años	CAST – Test del Síndrome de Asperger* en la Infancia (<i>Childhood Autism Spectrum Test</i>)
11 años en adelante	ASAS – Escala Australiana para el Síndrome de Asperger* (<i>Australian Scale for Asperger Syndrome</i>)

* El DSM-5 no reconoce Asperger como diagnóstico. Sin embargo el CAST y el ASAS son efectivos en la identificación de los TEA en niños mayores de 66 meses y en jóvenes.

En la página 24 encontrará el algoritmo para el cernimiento temprano para TEA seguido por una explicación del mismo.



M-CHAT-R/F

El *Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised/Follow-Up* (M-CHAT-R/F) es un instrumento de cernimiento para identificar niños en alto riesgo de tener autismo. Fue desarrollado por Diana Robins, Deborah Fein y Marianne Barton. Es administrado mediante un cuestionario para ser completado por los padres o encargados, por cuidadores primarios o cualquier otro profesional adiestrado en entrevista con los mismos. Está disponible para utilizarse de manera gratuita en la internet siempre y cuando se asegure que incluye el © 2009 Robins, Fein & Barton y que no se modifique ningún ítem, instrucción u orden de los reactivos sin el permiso de los autores.

En la página 179 de los Apéndices encontrará un Módulo sobre el M-CHAT R/F que desarrolló Unidos por la Niñez Temprana del Departamento de Salud.

Características:

- ➔ Es un instrumento científicamente validado.
- ➔ Está recomendado por la Academia Americana de Pediatría para el cernimiento para autismo entre las edades de 16 y 30 meses.
- ➔ Incluye preguntas de seguimiento para mejorar su precisión.
- ➔ Debe ser administrado a todos los niños en su visita de cuidado preventivo pediátrico a los 18 y 24 meses de edad.

El M-CHAT R/F consta de:

- ➔ 20 preguntas
- ➔ Preguntas de seguimiento para ser utilizadas solamente cuando los resultados indican un Riesgo Medio.

En la página 189 de los Apéndices encontrará el M-CHAT R/F.

Al codificar las respuestas para todas las preguntas con excepción del 2, 5 y 12 la respuesta “NO” indica riesgo del TEA. Para los ítems 2, 5 y 12, la respuesta “SI”, indica riesgo de un TEA. De acuerdo a la puntuación se recomienda lo siguiente:

- **Riesgo Bajo: 0-2;** si el niño tiene menos de 24 meses, deberá completar el M-CHAT R/F a los 18 y 24 meses. Si el niño es mayor de 24 meses no se requiere otra acción a menos que la vigilancia indique algún riesgo para un TEA en o antes de los 30 meses.
- **Riesgo Medio: 3-7;** debe administrar las preguntas de seguimiento para buscar información adicional de las respuestas “de más riesgo”. Si la puntuación es 2 o más, debe referir al niño a evaluación diagnóstica y al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos. Si la puntuación es 0-1, no se requiere otra acción a menos que la vigilancia indique algún riesgo para un TEA.
- **Riesgo Alto: 8-20;** No es necesario hacer las preguntas de seguimiento (*Follow-Up*) y se debe hacer de inmediato un referido para una evaluación diagnóstica para un TEA y para el Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando.

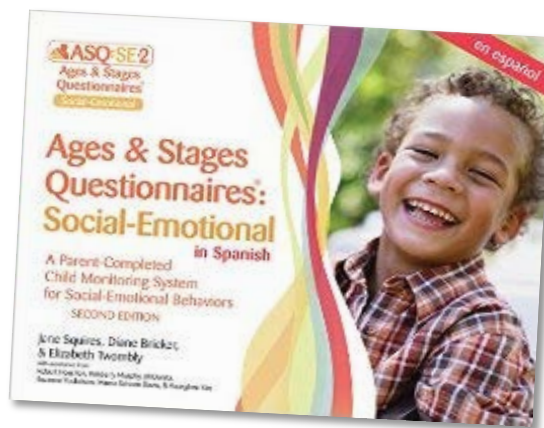


La Edades y Etapas Socio Emocional-2 (*Ages and Stages Questionnaires: Social Emotional-2*) es un instrumento de cernimiento para ayudar a identificar la necesidad de atención o evaluación adicional de la conducta y el área del desarrollo social y emocional. Fue desarrollado por Jane Squires, Diana Bricker & Elizabeth Twombly (2001, 2015). Se obtiene por medio de la casa publicadora Paul Brookes (www.brookespublishing.com/resource-center/screening-and-assessment/asq/). Es administrado mediante un cuestionario para ser completado por los padres, por cuidadores primarios o cualquier otro profesional mediante entrevista con los padres.

Características:

La ASQ-SE-2 es un instrumento flexible, eficiente y costo efectivo que fomenta la participación de los padres. Está escrito en un nivel de 4to a 5to grado de lectura. Se basa en:

- Una visión ecológica del desarrollo.
- La creencia de que la mayoría de los padres pueden evaluar la conducta y el desarrollo de sus niños.



La ASQ-SE-2 consta de 9 cuestionarios que van desde los 2 hasta los 60 meses. Se puede utilizar con infantes desde 1 mes de edad hasta niños de 72 meses. Cada cuestionario tiene entre 22 a 36 preguntas y toma entre 15 a 20 minutos administrar. Incluye preguntas dirigidas a identificar de manera temprana riesgo para autismo. Las preguntas se relacionan con las siguientes 7 áreas del desarrollo socio emocional:

1. Auto regulación – La habilidad o disponibilidad para calmarse o ajustarse a las condiciones o estimulación fisiológica o ambiental.
2. Conformidad (*compliance*) – La habilidad o disponibilidad para cooperar con el adulto y seguir las reglas. Consiste en llevar a cabo lo que se le solicita.
3. Comunicación – La habilidad o disponibilidad de responder a, o iniciar señales verbales o no verbales para indicar emociones o estados afectivos.
4. Funcionamiento adaptativo – El éxito o la habilidad de manejar necesidades fisiológicas (ej. dormir, comer, eliminación, seguridad, etc.).
5. Autonomía – La habilidad o disponibilidad para auto dirigirse o responder sin guías externas.
6. Afecto – La habilidad o disponibilidad para demostrar sentimientos y empatía hacia otros.
7. Interacción con los demás – La habilidad o disponibilidad para responder a o iniciar respuestas sociales con padres, pares y otros.



CSBS-DP

El Cuestionario del bebé y niño pequeño o *Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile* (CSBS-DP) es un instrumento de cribado para identificar niños en alto riesgo de retraso en la comunicación social. Fue desarrollado por Wetherby y Prizant en el 2001. Es administrado mediante un cuestionario para ser completado por los padres o por cuidadores primarios o cualquier otro profesional. Está disponible para utilizarse de manera gratuita en la internet (http://firstwords.fsu.edu/pdf/infant-toddler_Spanish.pdf) siempre y cuando se asegure que incluya el ©2001 Wetherby and Prizant y que no se modifique ningún ítem, instrucción u orden de los reactivos sin el permiso de los autores. El manual se puede obtener de la casa publicadora Paul Brookes.

Características:

- ➔ Está científicamente validado.
- ➔ Puede ser utilizado entre los 6 a 24 meses de edad.
- ➔ Toma entre 5 a 10 minutos administrarlo.



El CSBS-DP consta de 24 preguntas que miden tres componentes del lenguaje. Cada componente tiene a su vez predictores del lenguaje:

1. Componente de Comunicación
 - Emoción y Mirada
 - Comunicación
 - Gestos
2. Componente Expresivo
 - Sonidos
 - Palabras
3. Componente Simbólico
 - Comprensión
 - Uso de Objetos

Para cada ítem se asigna la siguiente puntuación:

- 0 – Todavía No
- 1 punto – A veces
- 2 puntos – Frecuentemente

Para los ítems 16, 17, 20, 22 y 23 que requieren una respuesta numérica se asigna la siguiente puntuación:

- Ninguno = 0
- 1 al 2 = 1 punto
- 3 al 4 = 2 puntos
- 5 al 8 = 3 puntos
- más de 8 = 4 puntos

En la página 217 de los Apéndices encontrará una copia del CSBS-DP.



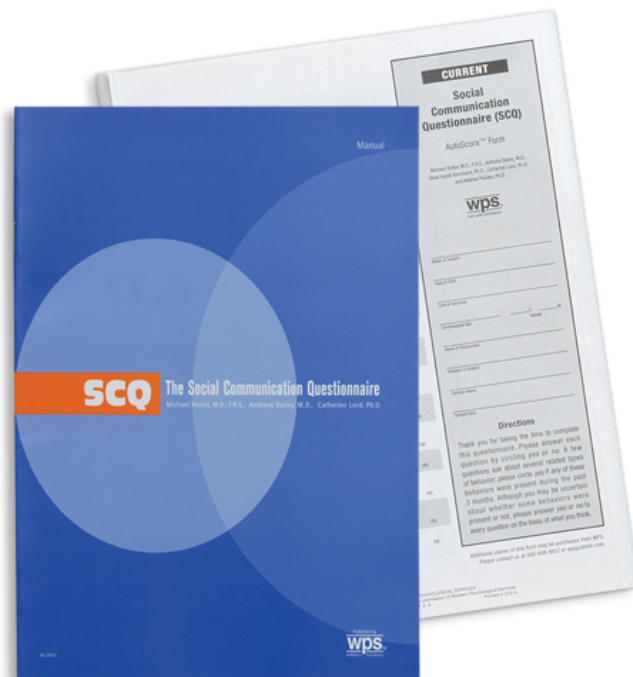
El Cuestionario para la Comunicación Social o *Social Communication Questionnaire (SCQ)* es un instrumento de cernimiento diseñado para identificar niños en riesgo de tener autismo. Utiliza items del *Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R)*. Fue desarrollado por Michael Rutter, Anthony Bailey y Catherine Lord en el 2003. El SCQ debe ser adquirido por la publicadora *Western Psychological Services* (www.wpspublish.com).

El SCQ se utiliza como instrumento de cernimiento para el TEA y para monitorear cambios en las conductas características del TEA.

Características:

- Está científicamente validado.
- Se utiliza con niños mayores de 4 años que tengan una edad mental de al menos 2 años.
- Consta de dos versiones de un cuestionario dirigido a los padres. Cada versión tiene 40 preguntas que se contestan con, Sí o No, y toma aproximadamente 10 minutos completar.
 - 1- *Lifetime* – examina la presencia de las conductas típicas del TEA a través del tiempo, y
 - 2- *Current* – examina la presencia de las conductas típicas del TEA, en el momento del cernimiento.

Una puntuación sobre 15 indica alto riesgo para un TEA por lo que se recomienda referido para una evaluación diagnóstica.





CAST

El Test Infantil del Síndrome de Asperger, CAST (*Childhood Autism Spectrum Test*) es un instrumento para el cernimiento para TEA y otros trastornos relacionados con la socialización y comunicación social con niños entre los 4 a 11 años de edad de alto funcionamiento. Fue desarrollado por el *Autism Research Centre* de la Universidad de Cambridge en Inglaterra por Fiona Scott, Simon Baron-Cohen, Patrick Bolton y Carol Brayne. Anteriormente fue conocido como el *Childhood Asperger Syndrome*. Ha sido traducido a varios idiomas, entre ellos, el español.

El CAST ha demostrado buena precisión como instrumento de cernimiento con una alta sensibilidad para identificar riesgo para autismo en niños entre los 4 y 11 años de edad.

Características:

- Consta de un cuestionario de 39 preguntas para ser completado por o con los padres.
- Requiere una respuesta de Sí o No.
- Incluye una sección separada con preguntas sobre necesidades especiales para detectar la posibilidad de condiciones coexistentes.
- Su administración toma de 10 a 15 minutos.

El CAST está disponible en la internet (http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests) y una vez contestado se tabulan los resultados.

Una puntuación entre 15-31 es indicativa de un posible TEA o dificultad en la comunicación social y se recomienda una evaluación diagnóstica para TEA.

En la página 223 de los Apéndices encontrará una copia del CAST.





La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger - ASAS (*Australian Scale for Asperger's Syndrome*) es un instrumento de cernimiento para la identificación de un TEA en personas de alto funcionamiento mayores de 11 años. Fue desarrollada por el Dr. Tony Atwood, reconocido investigador y autoridad de TEA en Australia. El ASAS es administrado mediante un cuestionario para ser completado por los padres. Esta disponible en la internet (<http://www.aspergersyndrome.org/Articles/The-Australian-Scale-for-Asperger-s-Syndrome.aspx>).

Características:

- Consta de un cuestionario con 34 preguntas.
- Se divide en 6 áreas:
 1. Habilidades Sociales y Emocionales
 2. Destrezas de Comunicación
 3. Destrezas Cognitivas
 4. Intereses Específicos
 5. Destrezas de Movimiento
 6. Otras Características

Cada pregunta requiere una valoración desde 0 a 6:

- 0 - Muy raro (la conducta se observa rara vez)
- 6 - Muy frecuente (la conducta ocurre con frecuencia).

Si la mayoría de las puntuaciones fluctúan entre el 2 y el 6, se recomienda una evaluación diagnóstica para el TEA.

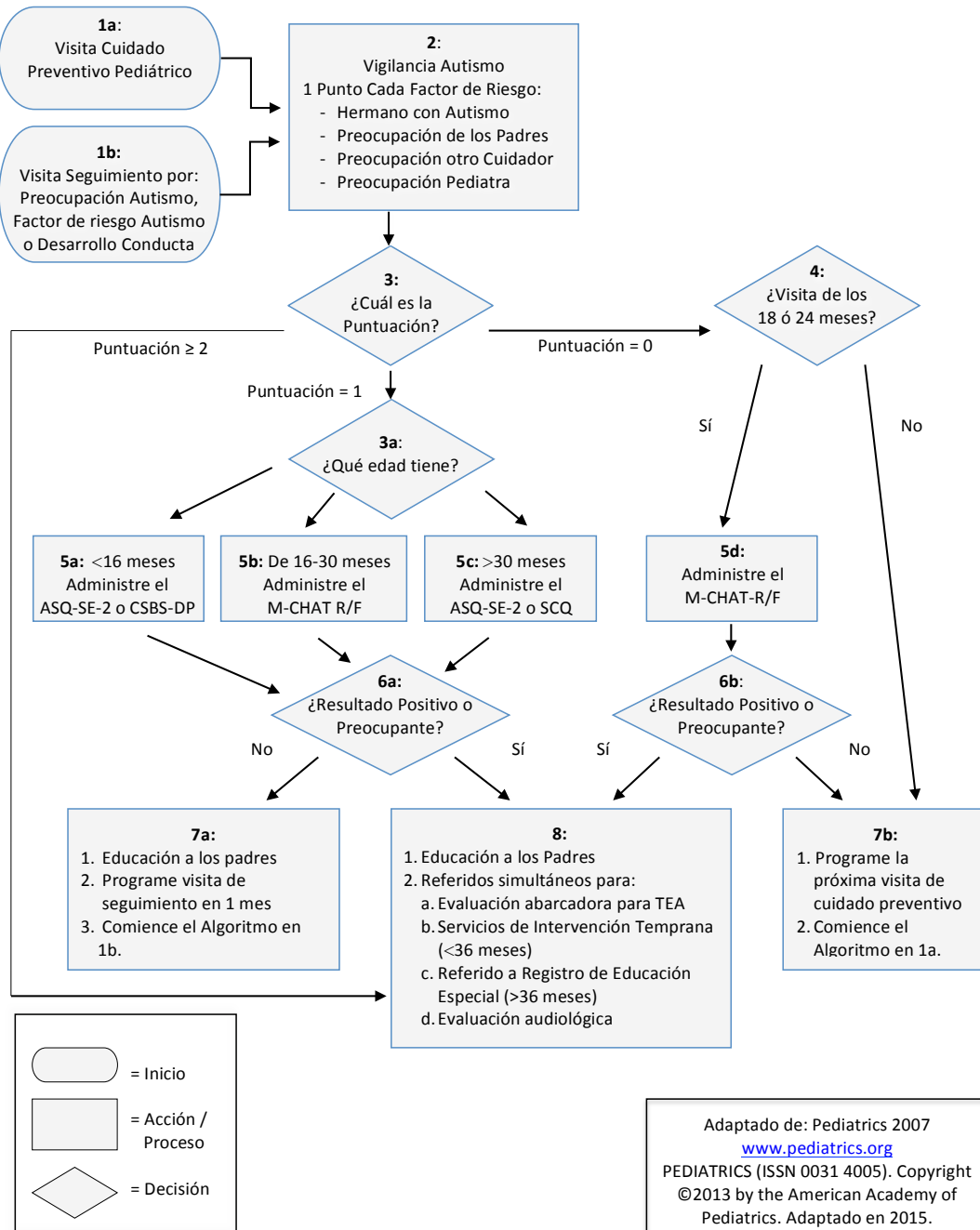
En la página 229 de los Apéndices encontrará una copia del ASAS.





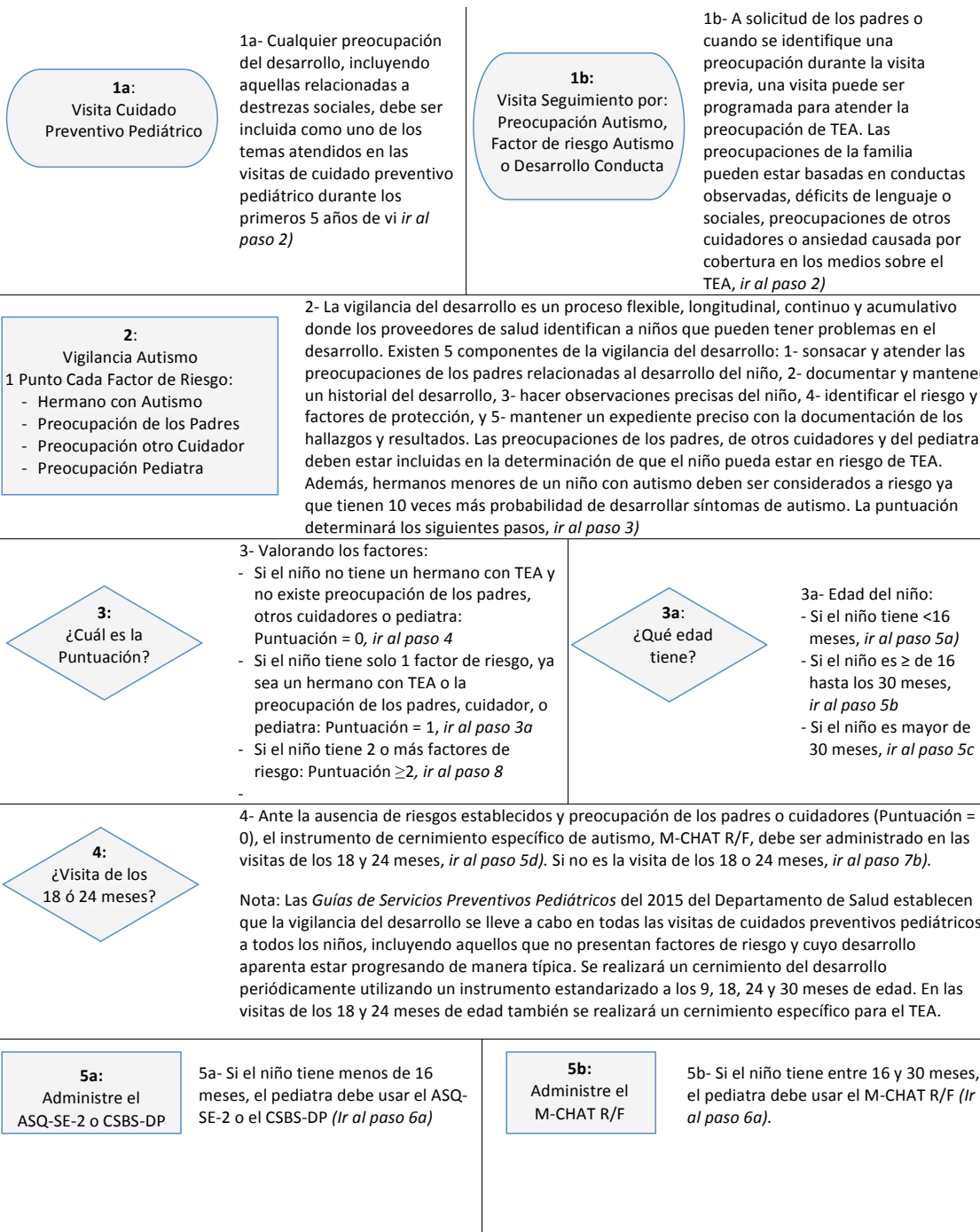
ALGORITMO - CERNIMIENTO PARA TEA

Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)





Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro de Autismo (TEA)





<p>5c: Administre el ASQ-SE-2 o SCQ</p>	<p>5c- Si el niño tiene más de 30 meses y hasta los 66 meses, el pediatra debe utilizar la ASQ-SE-2 (<i>Ir al paso 6a</i>). El SCQ después de los 4 años siempre y cuando el menor tenga al menos una edad mental de 2 años.</p>	<p>5d: Administre el M-CHAT-R/F</p>	<p>5d- Para todo niño de 18 o 24 meses presente o no factores de riesgo, el pediatra utilizará el instrumento de cernimiento de TEA, M-CHAT R/F (<i>Ir al paso 6b</i>).</p>	
<p>6a: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6a- Cuando el resultado del cernimiento es negativo, <i>vaya al paso 7a</i>. Cuando el resultado del cernimiento es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>	<p>6b: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6b- Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es negativo, <i>vaya al paso 7b</i>. Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>	
<p>7a: 1. Educación a los padres 2. Programe la visita de seguimiento en 1 mes 3. Comience el Algoritmo en 1b.</p>	<p>7a- Si el niño presenta riesgo pero tiene un resultado negativo en el cernimiento, se le proveerá información a los padres sobre TEA. El pediatra citará a la familia en 1 mes para atender cualquier preocupación de TEA o del desarrollo/conducta luego del resultado negativo. El niño vuelve a comenzar en el paso 1b del algoritmo. No se recomienda esperar. Si el único factor de riesgo es un hermano con TEA, el pediatra debe mantener una alta sospecha y atender cualquier síntoma de TEA en las visitas preventivas pediátrica. La visita de seguimiento de un mes no es necesaria a menos que no surja una preocupación posterior de la familia.</p>		<p>7b: 1. Programe la próxima visita de cuidado preventivo 2. Comience Algoritmo en 1a.</p>	<p>7b- Si no es una visita de 18 o 24 meses, o cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo, el pediatra puede informar y programar la próxima visita preventiva. El niño vuelve a comenzar el algoritmo en el paso 1a.</p>
<p>8: 1. Educación a los Padres 2. Referidos simultáneos para: a. Evaluación abarcadora para TEA b. Servicios de Intervención Temprana c. Evaluación audiológica si se sospecha pérdida 3. Programe visita de seguimiento</p>	<p>8- Cuando el resultado del cernimiento es positivo para TEA en el paso 6 a o en el 6b, el pediatra debe proveer información sobre autismo a la familia. Un resultado positivo en el cernimiento de TEA no significa que el niño tiene TEA, es por esta razón que debe ser referido a una evaluación abarcadora para establecer el diagnóstico de TEA. También debe ser referido a intervención temprana o a servicio de educación temprana (dependiendo de la edad del niño), y a una evaluación audiológica (de sospechase pérdida auditiva). Un diagnóstico categórico no es necesario para acceder los servicios de intervención temprana. Estos programas con frecuencia proveen evaluaciones y otros servicios aún antes de completar el proceso de evaluaciones médicas. Un referido a servicios de intervención o a la escuela también es indicado cuando existen preocupaciones relacionadas al desarrollo/conducta, aún cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo. Se deberá programar una visita de seguimiento para el niño y volver a comenzar el algoritmo en el paso 1b. Toda comunicación entre la fuente de referido y el pediatra deberá ser coordinada.</p>			
<p>Referencia: www.aap.org</p>				



El propósito de la evaluación diagnóstica es identificar las conductas características de los TEA que la persona presenta (o la ausencia de éstas) así como sus fortalezas y áreas de necesidad, y otras condiciones coexistentes. Dado que no existe una “prueba” diagnóstica específica para evaluar a un niño con un TEA, el diagnóstico, por el Departamento de Salud, por el Plan de Salud del Gobierno y por cualquier entidad que tenga un acuerdo con el Departamento de Salud para diagnosticar, se establece basado en una evaluación integral de la conducta e interacción del niño en sus entornos sociales, su desarrollo, la observación de conductas y el uso de instrumentos para documentar las conductas presentes.

La evaluación diagnóstica del niño será realizada por un equipo compuesto por al menos un psicólogo y otro profesional de la salud (ej. patólogo del habla y lenguaje, terapeuta ocupacional, etc.) a través del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud (en los Centros Pediátricos Regionales), de los Centros de Autismo del Departamento de Salud y/o cualquier otra facilidad o centro con un acuerdo de colaboración con el Departamento de Salud para tales fines (Departamento de Salud, 2018c).

El Departamento de Salud (2018d) ha establecido un Protocolo de Diagnóstico para aquellos proveedores participantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG). El mismo establece que el diagnóstico se llevará a cabo por uno de los siguientes profesionales: psicólogo clínico, psicólogo escolar, psicólogo consejero, neurólogo, psiquiatra o pediatra del desarrollo (Ver el *Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del TEA – Versión del PSG* en la página 137).

Características Claves

La parte más importante de la evaluación diagnóstica ocurre durante la visita del niño y su familia cuando los evaluadores observan la conducta del niño en relación a las características de los TEA. Es importante que el ambiente donde se lleve a cabo la evaluación diagnóstica sea “amigable al niño”; donde hayan juguetes y materiales apropiados a la etapa de desarrollo del niño y que se pueda observar cómo juega. Este tipo de ambiente ayuda al equipo diagnóstico a observar como el niño interactúa con personas familiares y no familiares; y cómo interactúa con objetos y diferentes actividades. Es importante que las personas que conocen bien al niño compartan sus preocupaciones si entienden que las respuestas del niño durante el periodo diagnóstico no son representativas de las respuestas típicas del niño.

Comunicación Social

El evaluador debe observar las conductas para evaluar si la calidad y características de la comunicación social y las destrezas de interacción son consistentes con un TEA. El déficit en la comunicación social se caracteriza por: 1) déficit en la reciprocidad socio emocional (la comunicación/interacción), 2) déficit en la comunicación no verbal y 3) déficit en desarrollar, comprender y mantener relaciones sociales. Las tres deben estar presentes para un diagnóstico de un TEA. El déficit en la comunicación social se caracteriza por la inhabilidad o desinterés de compartir o dirigir la atención a otra persona y además, la dificultad para entender “señales” sociales (ej. dificultad en entender las expresiones faciales de otra persona o cuando otra persona está cansada).



Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades

El déficit en la comunicación social no es suficiente para hacer un diagnóstico de un TEA. Para que el niño presente un TEA, debe tener dos de las siguientes características en el área de Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades: 1) movimientos motores y/o expresiones verbales repetitivas o estereotipadas; 2) adherencia excesiva a rutinas o rituales; 3) fascinaciones atípicas, fijación o interés persistente en un objeto o tema; 4) problemas de integración sensorial, conductas hiper o hipo reactivas.

Por tanto, el equipo diagnóstico debe observar al niño para evidenciar que presenta estas conductas consistentes con los TEA. Es importante observar si un niño tiene una adherencia inusual a una rutina, se molesta con los cambios, tiene intereses muy particulares, (ej. prefiere girar la rueda del triciclo en vez de montarse a correrlo, hace filas con los juguetes y objetos, juega siempre con los mismos juguetes, aparenta una fascinación con partes de los juguetes), presenta movimientos o conducta verbal repetitiva o estereotipada (ej. aletea, mece su cuerpo, gira en círculos, repite palabras o frases muchas veces), responde de manera atípica a estímulos sensoriales (ej. aparenta indiferencia al dolor, calor o frío, se tapa los oídos porque le molestan los sonidos, o no tolera las medias o costuras y etiquetas de la ropa).

Instrumentos para documentar el diagnóstico de un TEA

El equipo evaluador revisará toda la información recopilada y determinará si el niño cumple con los criterios para el diagnóstico de un TEA, de acuerdo a la última versión del DSM. Además de hacer un historial del niño y su familia, entrevistar a la familia, revisar los expedientes y llevar a cabo una observación dirigida, es necesario utilizar un instrumento diagnóstico estandarizado para documentar la información necesaria para el diagnóstico.

Al seleccionar un instrumento para documentar el diagnóstico de un TEA es importante que se consideren las siguientes características:

- **Confiability:** Produce resultados consistentes.
- **Validez:** Mide lo que pretende medir.
- **Sensibilidad:** Identifica los niños con un TEA.
- **Especificidad:** Identifica los niños que no tienen un TEA.

Los instrumentos recomendados serán completados por profesionales con licencia y la preparación requerida por los autores de los mismos para su administración. Además, estos profesionales deben cumplir con las competencias mínimas requeridas en Puerto Rico para trabajar con la población con TEA.

De la página 113 a la 155 de los Apéndices encontrará los *Protocolos Uniformes para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo.*

DIAGNÓSTICO DE TEA – DSM-5



El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), es el sistema oficial de clasificación de los trastornos psicológicos y psiquiátricos. Es publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. El DSM-5 define los Trastornos del Espectro del Autismo de la siguiente manera: deben estar presente las tres características en el área de la Comunicación social y 2 de las 4 características en el área de Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Comunicación Social (3)	Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (2)
Déficit en reciprocidad socio emocional (comunicación / interacción).	Movimientos motores y/o expresiones verbales repetitivas o estereotipadas.
Déficit en comunicación no verbal.	Adherencia excesiva a rutinas o rituales.
Déficit en desarrollar, comprender y mantener relaciones sociales.	Fascinaciones atípicas. Fijación o interés persistente en un objeto o tema.
	Problema de integración sensorial. Conductas hipo o hiper reactivas.

Además, se clasifica el nivel de severidad por cada área, entiéndase la Comunicación social, y los Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, según indica el DSM-5.

- Nivel 1 – Requiere apoyo
- Nivel 2 – Requiere apoyo sustancial
- Nivel 3 – Requiere apoyo muy sustancial

A continuación se describen los Niveles de Severidad de acuerdo al DSM-5, seguido por una comparación entre los criterios diagnósticos de autismo bajo el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Luego encontrará una descripción de 4 instrumentos que se pueden usar en el proceso diagnóstico.



Tabla 6. Niveles de severidad de acuerdo al DSM-5

Nivel de Severidad	Comunicación Social	Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades
<p>Nivel 1</p> <p>Requiere apoyo</p>	<p>Sin los apoyos, presenta déficits en la comunicación social que ocasionan alteraciones evidentes. Muestra dificultad iniciando interacciones sociales y presenta ejemplos claros de respuestas atípicas o no exitosas ante los acercamientos de otros. Aparenta tener poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, puede hablar en oraciones completas pero presenta dificultad para tomar turnos en una conversación. Sus intentos de hacer amigos son atípicos y por lo general poco exitosos.</p>	<p>La conducta inflexible ocasiona una interferencia significativa en su funcionamiento en uno o más contextos. Presenta dificultad para cambiar de actividades. Sus problemas de organización y planificación obstaculizan su independencia.</p>
<p>Nivel 2</p> <p>Requiere apoyo sustancial</p>	<p>Presenta déficits marcados en las destrezas de comunicación social verbal y no verbal; discapacidad social aparente aún con apoyo; poca iniciación de interacciones sociales; pocas respuestas o respuestas atípicas a los acercamientos de otros. Por ejemplo, habla en oraciones simples y su interacción está limitada a intereses particulares, y su comunicación no verbal es atípica.</p>	<p>La conducta inflexible ocasiona dificultad significativa para ajustarse a los cambios. Las conductas restrictivas o repetitivas son lo suficientemente frecuentes y obvias al observador casual e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Presenta angustia o dificultad cambiando el foco de atención o la conducta.</p>
<p>Nivel 3</p> <p>Requiere apoyo muy sustancial</p>	<p>Presenta déficits severos en las destrezas de comunicación social verbal y no verbal que ocasionan alteraciones severas en su funcionamiento; inicia pocas interacciones y responde mínimamente a los acercamientos de otros. Por ejemplo, usa muy pocas palabras y en ocasiones son ininteligibles, rara vez inicia una interacción y cuando lo hace, sus acercamientos son inusuales con el propósito de atender sus necesidades, y solamente responde acercamientos sociales muy directos.</p>	<p>La conducta inflexible, las dificultades extremas para manejar el cambio, o sus conductas restringidas o repetitivas interfieren de manera marcada en su funcionamiento en todas las esferas. Angustia o dificultad extrema al cambiar de foco de interés o de conducta.</p>



Esta tabla presenta una comparación entre los criterios diagnósticos para el Trastorno Generalizado del Desarrollo del DSM-IV-TR y Trastorno del Espectro del Autismo del DSM-5.

Tabla 7. Comparación de criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
Clasificación Diagnóstica	
Trastorno Generalizado del Desarrollo	Trastorno del Espectro del Autismo
Categorías Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno Autístico • Trastorno de Asperger • Trastorno de Rett • Trastorno Desintegrativo Infantil • PDD-NOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del Espectro del Autismo
Dominios	
<ul style="list-style-type: none"> • Interacción Social • Comunicación • Patrones de conductas restrictivos, repetitivos y estereotipados 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación Social • Intereses restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades
Número de Criterios	
<ul style="list-style-type: none"> • 4 social • 4 comunicación • 4 conducta restrictiva, repetitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 comunicación Social • 4 patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades
Número de Criterios Necesarios para el Diagnóstico	
<p><u>Trastorno Autístico</u> – 6 criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos 2 social • 1 comunicación • 1 conducta restrictiva, repetitiva • 2 de cualquier categoría <p><u>Trastorno de Asperger</u> – 3 criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos 2 social • 1 conducta restrictiva, repetitiva <p><u>PDD-NOS</u> – 2 criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos 1 social • 1 de comunicación o 1 conducta restrictiva, repetitiva 	<p><u>Trastorno del Espectro del Autismo</u> – 5 criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 de 3 comunicación social • 2 de 4 patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades
Criterio (síntoma) Presentación	
Al presente	Al presente o por historial
Edad en la cual deben estar presentes los síntomas	
Retrasos o funcionamiento fuera de lo normal en por lo menos una de las siguientes áreas debe estar presente antes de los 3 años de edad: 1- interacción social, 2- lenguaje utilizado en la comunicación social, o 3- juego simbólico o dramático.	Los síntomas deben estar presente en el desarrollo temprano (pero pueden no manifestarse hasta que las demandas sociales excedan la capacidad, o que puedan ser disimulados por estrategias aprendidas más tarde en la vida).

Traducido de: *Connecticut Guidelines for a Clinical Diagnosis of Autism Spectrum Disorder* por la División Niños con Necesidades Médicas Especiales del Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015



ADOS – 2

La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (*Autistic Diagnostic Observation Schedule-ADOS-2*) es el instrumento considerado el *Estándar de Oro* para diagnosticar el TEA. Fue desarrollado por Lord, Luyster, Gotham, y Guthrie. La segunda versión fue publicada en el 2012 por *Western Psychological Services (WPS)*.

Características:

- Utiliza información que ofrece la familia y por la observación de una serie de tareas estructuradas y semi estructuradas.
- Se administra a niños desde los 12 meses hasta la adultez.
- La administración toma de 40-60 minutos.
- Refleja los criterios utilizados por el DSM-5.
- No se utiliza para determinar intervención.
- Tiene una sensibilidad de 0.90+ y una especificidad de 0.90.
- Consta de 5 módulos:
 1. Módulo de andarines – 12 a 30 meses de edad.
 2. Módulo 1 – Niños de 21 meses o más que no utilizan frases consistentemente.
 3. Módulo 2 – Niños de cualquier edad que utilizan frases pero no se expresan con fluidez.
 4. Módulo 3 – Niños y adolescentes jóvenes que se expresan con fluidez.
 5. Módulo 4 – Adolescentes mayores y adultos que se expresan con fluidez.

La persona que administra el ADOS-2 debe tener al menos 12 horas contacto de adiestramiento.

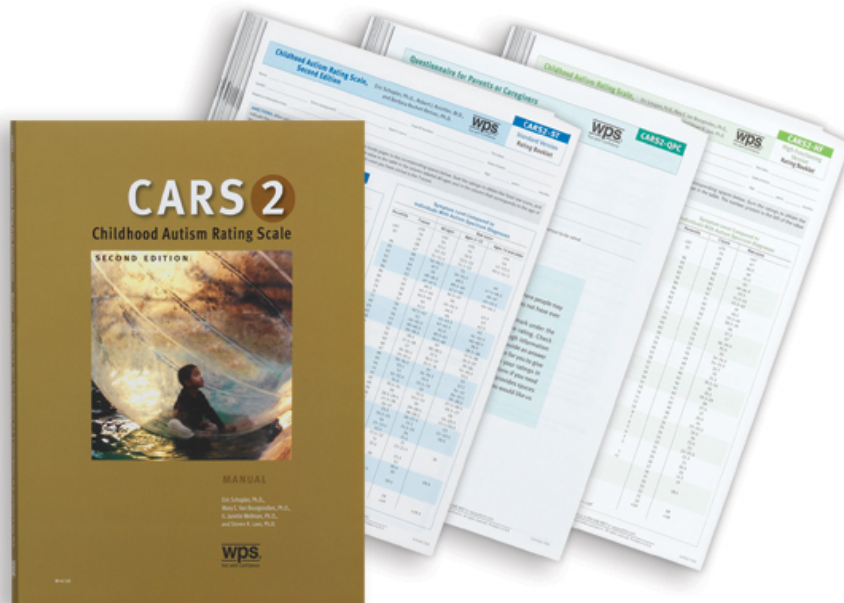




La Escala de Valoración del Autismo Infantil (*Childhood Autism Rating Scale – CARS-2*) es un instrumento científicamente validado para el diagnóstico de un TEA. Fue desarrollado por Schopler, Van Bourgondien, Wellman, y Love. La segunda versión fue publicada por *Western Psychological Services (WPS)* en el 2010.

Características:

- Utiliza información por medio de la observación y la que ofrece la familia.
- La administración toma 10-15 minutos.
- Se administra por un profesional adiestrado.
- Está basado en una lista de cotejo de conductas que incluye una escala de 15 reactivos.
- Tiene una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.87.
- Consta de tres folletos:
 1. Versión Estándar para niños desde los 2 años hasta los 6 años de edad con dificultad en la comunicación o Coeficiente Intelectual (CI) bajo promedio.
 2. Versión para niños de 6 años o más con alto funcionamiento que sean verbales.
 3. Cuestionario para padres o cuidadores. Recopila información que se utiliza en la versión estándar y en la de alto funcionamiento.



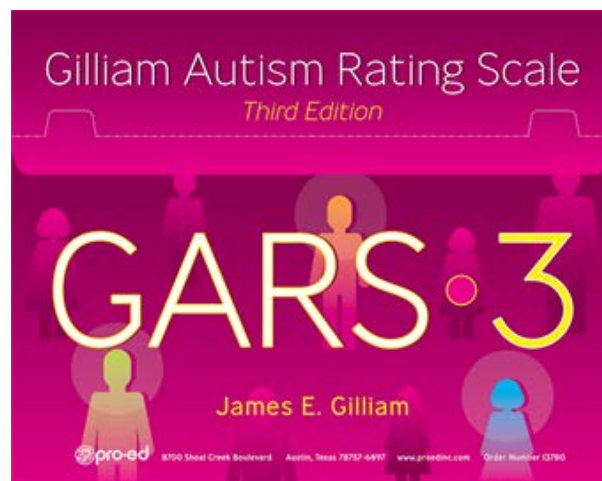


GARS – 3

La Escala de Valoración de Autismo Gilliam (*Gilliam Autism Rating Scale*) – GARS-3 es un instrumento científicamente validado para diagnosticar TEA. Fue desarrollado por James J. Gilliam. La 3era versión fue publicada en el 2013 por Pearson.

Características:

- ➔ Se administra a niños de 3 hasta 22 años.
- ➔ La administración toma de 5-10 minutos.
- ➔ Las escalas pueden ser completadas por los padres, maestros o el evaluador.
- ➔ Refleja los criterios utilizados por el DSM-5.
- ➔ Provee puntuaciones estándares, percentiles, nivel de severidad, y probabilidad de autismo.
- ➔ Tiene una sensibilidad de 0.97 y una especificidad de 0.97.
- ➔ Consta de 56 reactivos que describen las conductas características de las personas con el TEA agrupadas en 6 sub escalas:
 1. Conductas restrictivas/estereotipadas
 2. Interacción Social
 3. Comunicación Social
 4. Respuestas Emocionales
 5. Estilos Cognitivos
 6. Lenguaje Mal Adaptativo





La Entrevista para el Diagnóstico de Autismo Revisada (*Autistic Diagnostic Interview Revised*) es un instrumento basado en una entrevista diagnóstica semi-estructurada sobre conductas relacionadas a los TEA. Fue desarrollado por Michael Rutter, Ann Lecouteur y Catherine Lord. Fue publicado en el 2003 por Western Psychological Services (WPS).

Características:

- ➔ Ha sido utilizado por años en investigación.
- ➔ Se administra por un profesional adiestrado con experiencia siguiendo un procedimiento altamente estandarizado.
- ➔ Se entrevista al padre o cuidador.
- ➔ Se administra a niños que tengan una edad mental de 2 años hasta la adultez.
- ➔ Su administración toma entre una a dos horas y media.
- ➔ Tiene una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 0.54.
- ➔ Consta de 3 áreas o escalas:
 1. Lenguaje y Comunicación
 2. Interacciones Sociales Recíprocas
 3. Intereses Restringidas y Conductas Repetitivas o Estereotipadas
- ➔ Tiene las siguientes áreas de contenido:
 - Historial, incluyendo familia, educación, diagnósticos previos y medicamentos.
 - Desarrollo temprano incluyendo hitos del desarrollo.
 - Adquisición o pérdida de lenguaje y otras destrezas.
 - Funcionamiento actual del lenguaje y comunicación.
 - Desarrollo social y juego.
 - Intereses y conductas.
 - Conductas clínicas relevantes, tales como agresión, auto agresión y posibles características de epilepsia.





ENTREVISTA A LA FAMILIA

Un aspecto esencial del proceso de determinar un diagnóstico de TEA es la entrevista a la familia. Como se mencionó anteriormente, los padres son una fuente confiable y valiosa de información sobre el desarrollo de sus hijos. Por lo tanto, es imposible realizar un diagnóstico sin la participación de la familia. Todo diagnóstico de TEA debe incluir información recopilada por medio de una o más entrevistas a los padres o cuidadores principales del niño. Se debe incluir la siguiente información:

- Razón del referido y la fuente de referido (tales como padres, escuela o el médico primario).
- Preocupaciones de la familia, incluyendo cuando la preocupación inicial fue expresada por la familia.
- Discusión preliminar de las metas que tiene la familia y los cuidadores para el niño.
- Historial general del desarrollo, (con énfasis en el desarrollo social y comunicativo).
- Historial médico del niño, incluyendo historial de convulsiones, discapacidad auditiva o visual, daño cerebral adquirido, alergias e historial de inmunizaciones.
- Un historial de cualquier síntoma que pueda ser asociado al autismo, incluyendo dificultad con el sueño, dieta inusual, alergias, conductas auto agresivas o ansiedad.
- Historial del niño en intervención temprana o el historial educativo.
- Perfil familiar (médico, psicosocial), que incluya cualquier historial en la familia de desarrollo atípico o diagnósticos, incluyendo TEA, condiciones genéticas, problemas de aprendizaje, problemas de salud mental o de la conducta.
- Discusión con los padres o cuidadores principales para evaluar el impacto que tiene el diagnóstico de autismo en su familia, incluyendo la habilidad de la familia para aceptar el diagnóstico, sus fortalezas y sus recursos.



Es importante recalcar que se debe evitar hacer a las familias las mismas preguntas que ya hayan contestado a otros miembros del equipo evaluador.



Al realizar una evaluación para diagnosticar TEA, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

➔ Consideraciones relacionadas con los niños

• Niños muy pequeños

Diagnosticar un TEA en niños menores de 24 meses, aunque posible, presenta retos particulares. Los síntomas de los TEA a temprana edad pudieran ser más sutiles y difíciles de distinguir de otras condiciones que conllevan retrasos en el desarrollo o hasta del desarrollo típico (Martínez-Pedraza & Carter, 2009). Al dar un diagnóstico de TEA a niños menores de dos años, se recomienda una evaluación de seguimiento, ya que se ha encontrado que algunos niños pudieran no tener los criterios diagnósticos de TEA más adelante (Zwaigenbaum, et al., 2009). Las investigaciones indican que en niños pequeños los criterios del DSM-5 para TEA pueden ser más difíciles de alcanzar que los criterios bajo el DSM-IV (Barton, et al, 2013; Worley & Matson, 2012). Es importante monitorear las implicaciones de los nuevos criterios en el diagnóstico de niños pequeños.

• Niños mayores, adolescentes y adultos

Hay niños de edad escolar con buen aprovechamiento escolar que por lo tanto, no llaman la atención de sus maestros o sus padres. Algunos presentan problemas de comunicación social, experimentan aislamiento social, soledad, ser socialmente rechazados por sus pares; y tener intereses y preocupaciones intensas. Es importante que los educadores y evaluadores miren más allá del aprovechamiento escolar académico.

• Sexo del niño

La prevalencia de TEA es cuatro veces mayor en niños que en niñas (CDC, 2018). De hecho, incluso cuando los síntomas son igualmente severos, los niños son identificados más fácilmente con TEA que las niñas (Russell, et al 2011). Se ha encontrado que hasta la edad de ocho años, las niñas son diagnosticadas más tarde que los niños (6.1 años para las niñas y 5.6 años para los niños) (Shattuck et al., 2009). Las familias, los educadores y los evaluadores deben tener presente esta tendencia.

• La raza y etnia del niño

Informes sobre las tasas de diagnóstico de niños por raza y etnia en los Estados Unidos demuestran que los niños negros e hispanos son diagnosticados a una razón más baja que los niños blancos y no hispanos (CDC, 2018). Es crucial que los padres, proveedores y educadores se mantengan vigilantes y aseguren que todos los niños, independientemente de su raza, etnicidad o estatus socioeconómico, sean diagnosticados tempranamente y que se les provean los servicios individualizados que llevan a resultados óptimos.



- **Idioma de la familia**

Usualmente se encuentran diferencias en el acceso a cuidado médico cuando las familias hablan un idioma diferente a la mayoría de la población. Esto incluye el lenguaje de señas. Los proveedores pueden apoyar a las familias asegurándoles acceso a servicios de intérpretes profesionales. Además, se debe tener cuidado especial con los niños que están aprendiendo otro idioma ya que los profesionales pueden realizar suposiciones acerca de las habilidades de comunicación de un niño porque esté aprendiendo un segundo idioma.

➔ **Consideraciones para los evaluadores**

Diagnosticar un TEA en niños puede ser difícil. Actualmente, no existen pruebas o procedimientos médicos para diagnosticar de forma definitiva este trastorno complejo del neurodesarrollo. Como se estableció previamente, los TEA se caracterizan por ser un grupo heterogéneo de comportamientos de severidades variadas, causando diferentes tipos y grados de discapacidad. Además, los conocimientos de las décadas pasadas sobre las características principales del trastorno, cómo se presentan y cuándo se presentan por primera vez, han evolucionado (Karmel, et al., 2010). Estos factores hacen que sea esencial que los profesionales que diagnostican se mantengan informados de las tendencias e investigaciones más recientes.

Es vital que los profesionales que llevan a cabo la evaluación diagnóstica tengan experiencia evaluando niños con desórdenes en el desarrollo y específicamente niños con TEA. Esa experiencia debe incluir aprendizaje didáctico sobre los TEA, capacitación y familiaridad con los métodos e instrumentos para el diagnóstico de TEA, y talleres sobre TEA. Además, los evaluadores deben conocer los sistemas de servicios y apoyos disponibles para los niños con TEA y sus familias. Los evaluadores pueden necesitar referir a un niño a los programas y servicios médicos apropiados e intervenciones basadas en evidencia; y referir a las familias a servicios de apoyo.

- **Educación continua**

La educación continua es vital para entender y poder identificar las características y manifestaciones principales de los TEA, y para diferenciar un TEA de otras condiciones (diagnóstico diferencial). Los evaluadores necesitan continuar estudiando para mantenerse capacitados. La educación continua es un componente crucial de la provisión de servicios basados en evidencia para los niños y sus familias en un campo de continuo cambio. Los requisitos de educación continua están establecidos por el Estado y las organizaciones profesionales, y son necesarios para mantener las licencias de cada disciplina. Es responsabilidad de cada profesional conocer estos requisitos y mantener sus credenciales al día.



- **Experiencia con instrumentos estandarizados**

Existe una variedad de instrumentos estandarizados que pueden ser útiles para determinar o descartar un diagnóstico de un TEA. El profesional necesita estar familiarizado con estos instrumentos ya que ayudan en la recopilación de información acerca de los síntomas y conductas del niño utilizando una metodología estandarizada. Las investigaciones han demostrado que utilizar instrumentos para la observación conductual aumenta la validez diagnóstica (Risi et al., 2006; Masefsky, et al., 2013). El evaluador debe seleccionar el instrumento estandarizado que utilizará de acuerdo a las particularidades de cada caso. Los instrumentos deben ser administrados de acuerdo a las instrucciones del manual y los evaluadores deben tener la preparación y los requisitos de adiestramiento descritos por el autor del instrumento que se esté utilizando de manera que se asegure una validez óptima.

- **Experiencia en la evaluación diagnóstica de niños con TEA**

Como es de esperarse, las investigaciones sugieren que los evaluadores más experimentados realizan diagnósticos más certeros que los que tienen menos experiencia (Volkmar, et al., 1994). Múltiples oportunidades para observar las señales y síntomas del autismo son necesarias para diagnosticar un TEA. Estas se deben realizar bajo la supervisión o mentoría de evaluadores con experiencia significativa diagnosticando TEA. El supervisor/mentor debe proveer al aprendiz un número de oportunidades para evaluar infantes, niños y adolescentes que exhiben la gama de conductas y síntomas indicativos de los TEA. Finalmente, el adiestramiento también debe incluir información y oportunidades para brindar un servicio centrado en la familia y sobre la importancia de que cada niño tenga un hogar médico para asegurar que las recomendaciones de seguimiento para el niño estén accesibles para las familias y que sean coordinadas.

Para detalles sobre lo que debe incluir la Certificación Diagnóstica TEA vaya a la página 148 de los Apéndices donde encontrará el *Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo*.



REGISTRO DE AUTISMO

El Registro de la Población con Trastorno del Espectro del Autismo se crea al amparo la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA). El propósito principal del Registro es enlazar a las familias con los servicios disponibles en la comunidad para la población un diagnóstico de TEA. Otro propósito del Registro de Autismo es obtener: un conteo, datos demográficos, información relacionada al diagnóstico y otros datos sobre la población con autismo en Puerto Rico que faciliten la planificación de servicios y el establecer políticas futuras.

Todo profesional de la salud licenciado en Puerto Rico está obligado a registrar a las personas diagnosticadas con TEA que residan en Puerto Rico en el Registro de Autismo. El profesional puede registrar de manera electrónica o imprimiendo y completando el Formulario para Registro. Para registrar de manera electrónica deberá solicitar autorización para acceso al Registro en: <https://registros.salud.gov.pr>

El Registro de Autismo permite enlazar a las familias de menores de 22 años de edad con los Coordinadores de Servicios del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud más cercano a su residencia. Al registrar, se ayuda a que la persona y su familia logren tener mejor acceso a los servicios y recursos de la comunidad.

Una vez el menor haya sido registrado, un Coordinador de Servicios del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud contactará a la familia para ofrecerle información sobre servicios disponibles en su comunidad. Estos Coordinadores de Servicios asistirán a la familia con los referidos a los servicios y recursos de la comunidad.

Información necesaria para registrar:

- Últimos 4 dígitos del Seguro Social.
- Nombre, fecha de nacimiento y sexo.
- Diagnóstico, fecha del diagnóstico e instrumentos utilizados.
- Otras condiciones o diagnósticos.
- Información del profesional que hizo el diagnóstico.
- Información de servicios y cubierta médica.
- Información de la persona contacto.

En la página 235 de los Apéndices encontrará el opúsculo

Registro de Autismo: Información para la Familia.

En la página 239 encontrará el

Formulario de Registro de la Persona con Autismo.



Un aspecto importante del rol del pediatra o médico primario es la identificación y el diagnóstico de condiciones coexistentes. La identificación de condiciones metabólicas o trastornos genéticos permiten poder precisar el pronóstico y riesgo de recurrencia. Cuando un niño presenta el diagnóstico de un TEA, el pediatra debe realizar un examen físico y neurológico completo buscando malformaciones, signos físicos y signos neurológicos, junto a un examen dermatológico con lámpara de Wood. No existen pruebas rutinarias médicas o biológicas para diagnosticar el autismo. El Departamento de Salud de Puerto Rico seguirá las recomendaciones clínicas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la Academia Americana de Neurología y la Sociedad de Neurología Pediátrica para determinar las pruebas médicas indicadas a utilizarse. Las recomendaciones clínicas son las siguientes:

1. Las pruebas genéticas a los niños con autismo, específicamente estudios de cromosomas de alta resolución (cariotipo) y análisis de ADN para X Frágil, deben llevarse a cabo cuando se presenta discapacidad intelectual (o cuando la discapacidad intelectual no puede ser excluida), si existe un historial familiar altamente sugestivo de X Frágil o una discapacidad intelectual no diagnosticada, o están presentes características dismórficas. No obstante, es inusual la presencia de un cariotipo positivo o X Frágil en el autismo de alto funcionamiento. La *American College of Medical Genetics and Genomics* tiene guías para la evaluación clínica por un genetista para identificar la etiología del TEA (Schaefer, G.B., et al, 2013).
2. Las pruebas metabólicas están indicadas ante la presencia de hallazgos clínicos y físicos tales como: evidencia de letargo, vómitos cíclicos, convulsiones tempranas; presencia de dismorfismo; evidencia de discapacidad intelectual; o si no hay seguridad de que se realizaron las pruebas de cernimiento neonatal apropiadas o si los resultados del mismo son cuestionables.
3. No existe evidencia adecuada para recomendar un electroencefalograma a todas las personas con autismo. Se recomienda un electroencefalograma en estado de privación del sueño cuando están presente convulsiones o convulsiones subclínicas o hay un historial de regresión (pérdida significativa de funciones sociales o comunicológicas) a cualquier edad, pero especialmente en andarines o preescolares.
4. Al momento no existe evidencia de la utilidad para llevar a cabo trazados potenciales relacionados a eventos y magnetoencefalografía (MEG), los cuales al presente son herramientas de investigación, sin evidencia de utilidad clínica.



5. No existe evidencia clínica que apoye el uso rutinario de neuro-imágenes en la evaluación diagnóstica del autismo, aún en la presencia de megalencefalia. Deben haber otros indicadores clínicos específicos como convulsiones o señales neurológicas.
6. Es inadecuada la evidencia que apoya el análisis de cabello, anticuerpos celiacos, alergia a alimentos (particularmente alergias al gluten, caseína, Cándida, y otros hongos), anormalidades inmunológicas o neuroquímicas, micronutrientes tales como niveles de vitaminas, estudios de la permeabilidad intestinal, análisis de excreta, péptidos urinarios, desordenes mitocondriales (incluyendo lactato y piruvato), pruebas de la función de la tiroides, estudios de la actividad de la peroxidasa de glutación eritrocitaria.

"Se necesita dar mucho más énfasis a lo que el niño puede hacer en vez de a lo que no puede hacer"

- Dra. Temple Grandin





Al hacer un diagnóstico, es importante distinguir los TEA de otras condiciones que puedan tener características similares. El DSM-5 provee guías específicas sobre el diagnóstico diferencial y el Síndrome Rett, el Mutismo Selectivo, los Trastornos del Lenguaje y el Trastorno de la Comunicación Social, la Discapacidad Intelectual, el Trastorno de Movimiento Estereotípico, el Déficit de Atención/Trastorno de Hiperactividad y la Esquizofrenia. También es importante conocer sobre otras condiciones que tienden a presentarse en las personas con TEA y condiciones que son coexistentes con los TEA. A continuación presentamos las condiciones del neurodesarrollo, mentales o de conducta, y médicas que pueden ser coexistentes o confundirse con TEA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

➤ Condiciones del Neurodesarrollo

Déficit de Atención/Trastorno de Hiperactividad (ADHD)

El ADHD por sus siglas en inglés, se caracteriza por inatención, hiperactividad y/o impulsividad que interfiere con el desarrollo o funcionamiento de una persona (American Psychiatric Association, 2013). Los niños con ADHD sin TEA pueden presentar dificultades en sus interacciones sociales; sin embargo, éstas están relacionadas principalmente a su impulsividad y retos con las funciones ejecutivas relacionadas con el ADHD, y no relacionadas con los déficits de conducta social y de comunicación que se presentan en los TEA. El DSM-5 permite utilizar el ADHD como especificador para un TEA solamente cuando la inatención o hiperactividad son mayores de lo que presentan niños con una edad mental comparable. Hay controversia sobre la prevalencia del Déficit de Atención entre personas con TEA. Los porcentos estimados varían desde 2% (Hanson, et al, 2013) hasta 40% (Zeiner, et al 2011).

Discapacidad Intelectual

La discapacidad intelectual (anteriormente conocida como la retardación mental) se caracteriza por déficit en el funcionamiento intelectual o cognitivo acompañados por déficits en las conductas adaptativas que se presentan en la etapa del desarrollo (antes de los 18 años). Las destrezas adaptativas incluyen destrezas conceptuales, prácticas y sociales. Aunque los niños con discapacidad intelectual presentan déficits en sus destrezas socio-comunicativas, éstas se relacionan con su desarrollo cognitivo. En los niños con TEA hay una discrepancia entre su competencia social y sus habilidades cognitivas. Se estima que aproximadamente 31% de las personas con TEA también presentan una discapacidad intelectual (CDC, 2010). Esta prevalencia ha disminuido en los últimos años (y podría continuar disminuyendo) con el uso de la asistencia tecnológica que ha permitido que muchas personas no verbales con TEA logren comunicarse y demostrar sus capacidades intelectuales.



Trastorno del Lenguaje

El trastorno del lenguaje se caracteriza por dificultades en adquirir y usar lenguaje como resultado de problemas con la comprensión o producción del lenguaje. Los niños con un trastorno del lenguaje sin TEA pueden tener problemas con las interacciones sociales debido a dificultad para entender o usar el lenguaje. Sin embargo, no presentan intereses limitados o conductas repetitivas.

Trastorno de la Comunicación Social (Pragmática)

El trastorno de la comunicación social es una clasificación diagnóstica nueva en el DSM-5. En el trastorno de la comunicación social la persona presenta dificultades con los aspectos sociales del lenguaje tales como: iniciar y mantener una conversación, hacer un cuento, o entender la intención comunicativa de los demás. Los síntomas se presentan a edad temprana aunque puede que no se manifiestan hasta que las demandas sociales excedan las habilidades. Para dar este diagnóstico no se puede atribuir la dificultad comunicativa social a otra condición médica o neurológica (ADHD, TEA o discapacidad intelectual). El Trastorno de la Comunicación Social no puede ocurrir con un TEA ya que los patrones de conducta repetitivas típicas de los TEA no se presentan.

Trastorno de Movimiento Estereotípico

El trastorno de movimiento estereotípico se caracteriza por movimientos repetitivos sin aparente propósito (aleteo, golpearse la cabeza, mecerse) que comienzan durante la niñez, podrían causar daño físico, e interfieren con el funcionamiento cotidiano (*American Psychiatric Association, 2013*). Tanto las personas con un trastorno de movimiento estereotípico como aquellas con TEA pueden presentar conductas repetitivas. Sin embargo, las que solamente tienen un trastorno de movimiento estereotípico, no presentan los déficits en la interacción social y comunicación que caracterizan a los TEA.

Trastorno de Tourette

El trastorno de Tourette es un trastorno que se presenta con tics motores y vocales que pueden ocurrir simultáneamente o en diferentes momentos. Comienza antes de los 18 años (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012*). Los movimientos o vocalizaciones estereotípicas son los aspectos principales del trastorno de Tourette que también presentan las personas con TEA. Sin embargo, los síntomas del trastorno de Tourette usualmente comienzan después de los seis años de edad. Además, las personas con el trastorno de Tourette no presentan los déficits en interacción social y comunicación típicos de los TEA.



➔ Trastornos Mentales/de Conducta

Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad persistente. Las personas con trastornos de ansiedad que no tienen TEA evitan ciertas situaciones, pero interactúan socialmente con las personas con quienes tienen familiaridad o confianza. Los niños y adolescentes con TEA están en mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad (Van Steensel, et al, 2011). Se estima que el 40% de las personas con TEA también presentan ansiedad. (Siminoff et al., 2008).

Trastornos Obsesivos Compulsivos (OCD por sus siglas en inglés)

Los trastornos obsesivos compulsivos se caracterizan por obsesiones o compulsiones que ocupan una parte significativa del tiempo de la persona o que causan ansiedad o limitaciones significativas. El diagnóstico necesita diferenciar entre las obsesiones y compulsiones de los trastornos obsesivos compulsivos y los intereses, conductas o actividades restringidas y repetitivas típicas de los TEA. Los niños que solamente tienen un trastorno obsesivo compulsivo, usualmente no presentan déficits en sus interacciones sociales o destrezas de comunicación (déficits que están presentes en los niños con TEA). Se estima que un 17% de los niños con TEA también presentan un trastorno obsesivo compulsivo (Van Steensel, et al, 2011).

Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos en los niños entre las edades de 6 a 12 años pueden caracterizarse por irritabilidad, ansiedad, y problemas de conducta y con el sueño. Los adolescentes pueden expresar sentimientos de desamparo y culpa. Distinguir entre los niños que están deprimidos y los que tienen TEA requiere un avalúo para determinar si los síntomas, tales como el aislamiento social, son el resultado de una tristeza general que experimenta el niño (depresión) o si es el resultado de un déficit en las destrezas de comunicación social. La depresión entre las personas con TEA se presenta más en aquellas que tienen un funcionamiento alto (Manguson & Constantino, 2011).

Trastorno Desafiante Oposicional y Trastornos de la Conducta

El trastorno desafiante oposicional se caracteriza por un patrón de coraje/irritación y de conducta desafiante y vengativa. Este patrón puede incluir: argumentar con los adultos, rehusar cumplir con las reglas o peticiones, o demostrar coraje o resentimiento a menudo. Los trastornos de la conducta se consideran más serios ya que el niño o joven viola los derechos de los demás o las normas sociales a través de la violencia, destrucción de propiedad, robo o infracciones serias de las reglas. Los niños con trastornos desafiante oposicional y trastornos de la conducta presentan dificultades con las interacciones sociales pero no presentan las conductas restringidas y repetitivas que se asocian con los TEA. Los estimados de niños con TEA que también presentan un trastorno desafiante oposicional o un trastorno de la conducta fluctúan entre 13% y 26% (Gadow, et al, 2008).



Trastornos de la Personalidad

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por un patrón duradero de pensamientos y conducta que se aparta significativamente de las expectativas de la cultura de la persona. Tanto las personas con TEA como aquellas con un trastorno de la personalidad presentan problemas de conducta que interfieren con sus relaciones. Sin embargo, las personas con trastornos de la personalidad no presentan los déficits comunicativos ni las conductas repetitivas de los TEA.

Trastorno Reactivo del Apego

El trastorno reactivo del apego se presenta en los niños que no han desarrollado conductas de apego apropiadas relacionadas al confort, apoyo, protección y afecto que un infante necesita de las personas que lo cuidan. Esto usualmente está relacionado a la negligencia, abuso, o de alguna manera, un ambiente de crianza inestable. Los niños con el trastorno reactivo del apego pueden presentar interacciones desinhibidas y sociabilidad indiscriminada que no responde a la relación. Este tipo de conducta también se puede ver en los TEA. Los aspectos diferenciales entre el trastorno reactivo del apego y los TEA incluyen una historia de negligencia y la ausencia de conducta restringida y repetitiva.

Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, habla desorganizada, y conducta desorganizada o catatónica. Las conductas que comparten la esquizofrenia y los TEA incluyen el aislamiento social, preocupaciones idiosincráticas, y el afecto plano. La esquizofrenia se diferencia de los TEA en que las personas con esquizofrenia presentan paranoia (la creencia que se le está persiguiendo u hostigando; sospechan de los motivos de los demás) y las que tienen TEA, no. Además, la esquizofrenia típicamente no comienza hasta la adolescencia o adultez temprana.

Mutismo Selectivo

El mutismo selectivo es una condición en que la persona no se comunica en un contexto en particular, pero demuestra destrezas comunicativas en otros ambientes. El mutismo selectivo usualmente comienza antes de los cinco años de edad, pero puede que no se identifique hasta que el niño entre a la escuela. El mutismo selectivo tiende a acompañarse de timidez excesiva y retraimiento en situaciones sociales. Los niños con TEA puede que no se comuniquen debido a las características fundamentales del trastorno que afectan todas las interacciones y no solamente algunas como sucede con el mutismo selectivo. Otro factor que distingue el mutismo selectivo de los TEA es la falta de conductas restringidas o repetitivas.



➔ Condiciones Genéticas

Síndrome de Landau Kleffner o Afasia Epileptiforme Adquirida

El Síndrome de Landau Kleffner es una condición poco usual en la cual los niños, usualmente mayores de 3 años de edad, desarrollan convulsiones (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015). Estos niños comúnmente presentan pérdida del lenguaje y las conductas asociadas con los TEA. Por esta razón se recomienda hacer un electroencefalograma a aquellos niños con TEA que tengan una historia de pérdida del lenguaje adquirido y regresión de la conducta. Esta condición puede ser tratada con éxito con medicinas antiepilépticas y la hormona adrenocorticotrópica para algunos tipos de convulsiones.

Síndrome X Frágil

El Síndrome X Frágil se caracteriza por el pobre contacto visual, la tendencia de morder, aleteo, déficit de atención, retraimiento social, ansiedad y retrasos en las destrezas del lenguaje (CDC, 2015). Es la causa hereditaria más común de la discapacidad intelectual. También se presenta con dismorfología facial leve (cara alargada, orejas grandes). Es menos común que los niños con TEA de alto funcionamiento tengan el Síndrome X Frágil. Se estima que entre 46% de los niños y 16% de las niñas con X Frágil presentan TEA (CDC, 2015). Entre 15 a 20% de las personas con TEA también tienen el Síndrome X Frágil (Scafer, et al., 2008).

Síndrome Angelman

El Síndrome Angelman se caracteriza por discapacidad intelectual significativa, déficits comunicativos, aleteo, hiperactividad, episodios abruptos de risa, convulsiones, y dismorfología facial (boca grande, quijada inferior grande). Se estima que entre 80 a 100% de las personas con el Síndrome Angelman también tienen TEA (Cohen et al., 2005). Aproximadamente el 1% de las personas con TEA también tienen el Síndrome Angelman (Cohen et al., 2005).

Síndrome Down

El Síndrome Down es una condición conocida también como Trisomía 21. Se caracteriza por discapacidad intelectual, retrasos en el lenguaje, problemas del habla, bajo tono muscular, dismorfología facial, baja estatura y mayor riesgo para una variedad de condiciones médicas. Los estimados de las personas con Síndrome Down que también tienen un TEA varían de 5 a 35% (Moss, et al, 2013, Yandell, 2014).



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome Prader-Willi

El Síndrome Prader-Willi se caracteriza por retrasos en el habla; discapacidad cognitiva (aproximadamente el 66% presenta discapacidad intelectual y el restante, problemas de aprendizaje); y conducta repetitiva, obsesiva y autodestructiva. Además, las personas con el Síndrome Prader-Willi presentan un apetito insaciable que de no controlarse, lleva a la obesidad desde la niñez. Se estima que el 25% de las personas con el Síndrome Prader-Willi también tienen un TEA (Veltman, et al, 2005).

Síndrome Rett

Los TEA se diferencian del Síndrome Rett en varios aspectos. En primer lugar, el Síndrome Rett solo se presenta en personas del sexo femenino, mientras que los TEA se dan en ambos sexos. En segundo lugar, en el Síndrome Rett existe siempre un periodo de tiempo de desarrollo normal, previo a las primeras manifestaciones patológicas. Además, en el Síndrome Rett se presenta una serie de alteraciones que no está presente en los TEA: desaceleración del crecimiento del perímetro craneal, pérdida de las habilidades motoras finas, aparición de movimientos poco coordinados del tronco o al caminar, hiperventilación y estereotipias manuales particulares (frotarse las manos) (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2009).





➔ Otras condiciones

Trastornos Convulsivos

Los trastornos convulsivos son causados por actividad eléctrica cerebral anormal que varía en tipo y duración. Aunque pueden ocurrir a cualquier edad, usualmente se presentan en dos etapas: 1- antes de los cinco años o 2- después de los diez. Deben ser tratados por un neurólogo. La epilepsia es un tipo específico de trastorno convulsivo que se caracteriza por al menos una convulsión y el potencial de que se repita. Un electroencefalograma (EEG) puede detectar si la persona está convulsando. Una tomografía computarizada (CT) o imagen de resonancia magnética (MRI) puede ser útil en el proceso de evaluación. La epilepsia es más común entre las personas con TEA que también tengan discapacidad intelectual. Se estima que aproximadamente 30% de las personas con el TEA tienen epilepsia (Geggel, 2013) y que en la mayoría se presenta después de los 10 años de edad (Bolton, et al, 2011).

Trastornos del Sueño

Los trastornos del sueño incluyen el insomnio, la respiración irregular durante el sueño y movimiento excesivo durante el sueño. Pueden ser causados por condiciones médicas como lo son la apnea obstructiva del sueño o el reflujo gastroesofágico. Se estima que entre 44 a 83% de los niños con TEA presentan trastornos del sueño (Williams, et al, 2004). Para identificar los patrones del sueño, el pediatra puede ordenar un estudio del sueño.

Trastornos de la Regulación del Procesamiento Sensorial

Los trastornos de la regulación del procesamiento sensorial se caracterizan por reacciones inusuales a los estímulos sensoriales. Los aspectos sensoriales que comúnmente se describen son la hiper-respuesta, hipo-respuesta y la búsqueda de estímulos sensoriales. Pueden haber respuestas de hiper sensibilidad e hipo sensibilidad en el mismo niño. Los niños que tienen trastornos de la regulación del procesamiento sensorial sin un TEA no presentan las dificultades con la comunicación social, un aspecto principal de los TEA. La hiper o hipo sensibilidad, o interés inusual en los aspectos sensoriales del ambiente se añadió como un síntoma diagnóstico en el DSM-5, pero no es requerido para un diagnóstico. Se estima que entre 5 a 17% de los niños sin TEA presentan un trastorno de la regulación del procesamiento sensorial (Ahn, et al., 2004; Ben-Sasson, et al., 2009). Los estimados de las personas con TEA que también presentan problemas para procesar los estímulos sensoriales llegan al 90% (Tomchek & Dunn, 2007).

Ceguera

Los TEA son los trastornos del desarrollo más común entre los niños con condiciones visuales. Se estima que 31% de los niños con baja visión o sin visión funcional también presentan un TEA (Parr, et al, 2010). Un TEA tiende a diagnosticarse más tarde entre los niños con pérdida visual al compararse con los que no tienen problemas visuales (Halsell, 2013).



Trastornos Gastrointestinales

Los trastornos gastrointestinales incluyen, entre otros, el estreñimiento, la diarrea, el reflujo gastro-esofágico y el síndrome del intestino irritable. La prevalencia de los trastornos gastrointestinales entre los niños con TEA no está bien establecida. Sin embargo, Schieve, et al (2011) encontraron que era 7 veces más probable que los menores con TEA presentaran problemas gastrointestinales que los menores con desarrollo típico. Los estimados de personas con TEA que presentan trastornos gastrointestinales varían entre 9% y 70% (Buie et al., 2010).

Trastornos Alimenticios/Alimentarios

Es común que los niños con TEA prefieran comer solamente algunos alimentos, lo cual puede causar deficiencias nutricionales. Investigaciones recientes sugieren que más de la mitad de los niños con TEA presentan algún tipo de dificultad con los alimentos (CDC , 2010). Un trastorno alimenticio que presentan algunos niños con TEA es pica. Pica se refiere a la conducta persistente de lamer o comer sustancias que no son alimentos como lo son la tierra, tiza, cenizas, papel o pegamento. Se considera que al menos 50% de los niños de desarrollo típico entre 18 y 36 meses presentan pica (Blinder, 2008). Existen pocos estudios sobre la co-ocurrencia de pica y niños con TEA; sin embargo, un estudio encontró que entre 70 niños con diagnóstico de TEA, 60% había presentado alguna conducta de pica (Kinnel, 1985). Si un niño presenta pica, se le debe hacer una prueba de sangre para determinar el nivel de plomo.

Trastornos Mitocondriales

Los trastornos mitocondriales describen las condiciones que son causadas por un funcionamiento anormal de la mitocondria (produce la energía de la célula) o del metabolismo mitocondrial. Las personas con estos trastornos usualmente comparten una serie de características: hipotonia o pobre tono muscular, trastornos del metabolismo de glucosa, trastornos endocrinológicos como el hipotiroidismo, ptosis (párpados caídos), estatura baja, y parálisis de los músculos externos del ojo. Hay características comunes entre niños con TEA y los trastornos mitocondriales que pueden indicar la necesidad para pruebas adicionales. Los niños con TEA con un historial de regresión y problemas con varios órganos son los que presentan mayor riesgo de presentar un trastorno mitocondrial (Rossignol & Frye, 2011).

Condiciones Inmunológicas

Es común que los niños con TEA presenten condiciones relacionadas con el sistema inmunológico tales como: infecciones frecuentes, rinitis y dermatitis (Gesundheit, et al, 2013).

Nota: *Las investigaciones recientes sugieren una mayor incidencia de trastornos gastrointestinales, alergias, trastornos mitocondriales y trastornos autoinmunes entre los menores con TEA al compararlos con sus pares. De haber sospecha de cualquier trastorno o alergia, se debe realizar el protocolo que se lleva a cabo con todos los niños.*



Modelo Amigable para la Familia

Un modelo amigable para la familia toma en consideración las prioridades, recursos, fortalezas, necesidades y preocupaciones de la familia y asegura que la familia entienda el proceso diagnóstico para que pueda participar de manera efectiva en el mismo y tomar decisiones informadas. Los padres o encargados deben entender el proceso diagnóstico completo antes de comenzar para que desde el principio estén claras las expectativas de cuánto tiempo transcurrirá antes de recibir los resultados finales y de la importancia de su participación en el mismo. Luego de completar el proceso, el evaluador principal y otros miembros del equipo interdisciplinario (si aplica), deben revisar la información recopilada y determinar el diagnóstico apropiado para el niño. Estos resultados son compartidos con los padres o encargados poco tiempo después de completado el proceso. Un informe escrito es provisto a la familia al compartir los resultados verbalmente o en otro momento no mucho más tarde.

Retroalimentación verbal a la familia

Existen varios factores que los profesionales deben considerar al informar un diagnóstico de TEA a las familias; el más importante es compartir el mensaje de manera respetuosa y sensitiva considerando las necesidades y fortalezas individuales del niño y su familia. Comunicarle los resultados a las familias debe ser un proceso bien pensado que incluya: planificar cómo ofrecer el diagnóstico; usar lenguaje comprensible, compasivo y no crítico; y dialogar sobre los próximos pasos a seguir. Se debe contar con el tiempo necesario para asegurarse que la familia comprenda lo que se le está comunicando y para que la familia pueda hacer preguntas y aclarar dudas. Es importante comunicarle a la familia la disponibilidad de aclarar cualquier duda o recibir información adicional luego de terminada la reunión. La familia debe sentirse en confianza de llamar o comunicarse en cualquier momento.

Necesidades de la Familia

El proceso diagnóstico, desde el momento en que la familia busca información, hasta que se ofrece el diagnóstico nunca será tan rápido como la familia quisiera. Los profesionales deben tener presente que la familia puede haber esperado un tiempo considerable para que su hijo fuese evaluado para un diagnóstico. Es crucial que los profesionales sean empáticos con los padres mientras planifican la reunión para informarles el diagnóstico, teniendo consideración especial con los padres que han esperado mucho tiempo. Las investigaciones sugieren que mientras menos tiempo la familia espere por un diagnóstico, y mientras menos profesionales las familias hayan visto durante el proceso, más satisfechos se sienten con el proceso (Goin-Kochel, et al, 2006).



Los profesionales deben comunicar los resultados diagnósticos a las familias en un ambiente privado, en el que las familias se sientan cómodas, puedan discutir la información y hacer preguntas sin interrupciones o distracciones. Si la reunión se lleva a cabo en un salón de conferencias tradicional, el evaluador o equipo diagnóstico (si aplica), no debe sentarse en la cabeza de la mesa o al lado opuesto de la familia. Por el contrario, todos deben sentarse cómodamente como un equipo con inversión equitativa en el éxito de la reunión y en el futuro del niño.

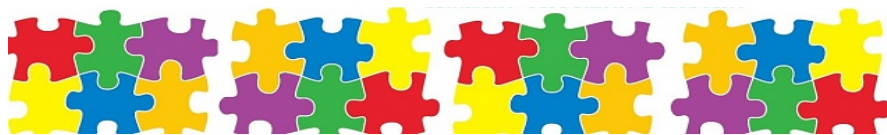
Generalmente se recomienda que el niño no esté en la habitación cuando los resultados diagnósticos son discutidos ya que los padres o encargados se podrían distraer atendándolo. Si la familia prefiere que su hijo esté presente y el evaluador prefiere una reunión privada con los padres, este debe expresar la importancia de tener un diálogo abierto sin restricciones o distracciones.

Las reuniones deben ser llevadas a cabo en el idioma primario de la familia (incluyendo el lenguaje de señas). De ser necesario, se deben hacer arreglos de ante mano para tener un intérprete disponible. Se recomienda que una persona neutral, que no sea un miembro de la familia, sirva de intérprete. Bajo ninguna circunstancia debe un hermano servir de intérprete durante la reunión con la familia para discutir los resultados de una evaluación clínica diagnóstica o cualquier otro asunto. Los servicios profesionales de intérprete están disponibles por teléfono y pueden accederse por un precio.

Al principio del proceso diagnóstico se debe determinar si la familia ha considerado la posibilidad de un diagnóstico de un TEA. Es importante tener presente que no todas las familias que traen sus hijos para una evaluación sospechan que sus hijos puedan tener un TEA o cualquier otro retraso del desarrollo. Para estas familias, recibir un diagnóstico puede ser abrumador. Otras familias, sin embargo, pueden sentir alivio al obtener el diagnóstico ya que sus preocupaciones y sus preguntas han sido confirmadas, por lo cual, las conversaciones acerca del diagnóstico pueden resultar más fáciles con ellas (Nissenbaum, et al., 2002).

Uso intencional del lenguaje verbal y no-verbal

Los profesionales deben analizar las palabras que utilizan al comunicar un diagnóstico a los padres. El énfasis debe ser el niño y su individualidad, y no el diagnóstico como la etiqueta que defina al niño. Por ejemplo, es distinto decir un niño con TEA que decir un niño autista.





Algunas palabras cargan connotaciones que pueden confundir a las familias y darles la impresión equivocada. Por ejemplo, es preferible que los profesionales utilicen palabras tales como, “áreas de necesidad” y “dificultades”, las cuales proveen una visión positiva de la prognosis del niño, en lugar de “déficits” o “impedimentos”. Cuando se discuten las observaciones del niño o recomendaciones para el niño, es preferible utilizar palabras como “preocupación” en vez de “problema” ya que la palabra “problema” tiene una carga negativa (Glascoe, 2000). Los evaluadores deben utilizar un lenguaje que sea culturalmente relevante para la familia. Es importante reafirmarle a los padres que el TEA no es resultado de algo que ellos hayan hecho o dejado de hacer. Se debe ser empático y validar cualquier reacción de los padres al recibir este diagnóstico.

La manera en que se expresan las palabras son tan o más importante que las palabras que se seleccionan; es por esta razón que las destrezas de comunicación no verbal son críticas. La comunicación no verbal puede, de manera intencional o no intencional, enviar mensajes positivos o negativos. Los mensajes positivos demuestran empatía y compasión, lo que ayuda a los padres a recibir el diagnóstico. Al enviar un mensaje positivo se proyecta un lenguaje corporal relajado. Estrategias para esto incluyen: inclinarse hacia la familia, asentar apropiadamente, y demostrar un interés genuino en el niño y en la familia. Mensajes negativos incluyen: escribir en el expediente médico mientras se comunica el diagnóstico a la familia, responder a mensajes de texto, responder a llamadas telefónicas, mirar el reloj, mantener una postura rígida, comer y permitir interrupciones. Se deben evitar estas conductas durante la conversación sobre el diagnóstico. Los mensajes negativos demuestran falta de interés, aun cuando esa no sea la intención. Las familias se merecen la atención exclusiva del evaluador y de los demás miembros del equipo al discutir los resultados.

Comunicando el diagnóstico

Al ofrecer los resultados de la evaluación clínica diagnóstica a las familias, los evaluadores deben ser claros y ofrecer el diagnóstico de un TEA utilizando un lenguaje directo y comprensible. Aun si es difícil de escuchar en el momento, no es beneficioso para las familias cuanto intentamos “dorar la píldora”. Los evaluadores deben asegurarse que la familia está asimilando la información discutida. Deben ofrecer parafrasear o repetir la información para que la familia comprenda las evaluaciones y sus conclusiones. Si la familia decide que necesita un tiempo antes de que se le ofrezca más información, los evaluadores deben acoger las necesidades de la familia y hacer los arreglos necesarios para volver a convocar la reunión en un periodo corto de tiempo que sea conveniente para la familia.





Es importante que los evaluadores reconozcan verbalmente las emociones de la familia y respondan a sus claves verbales y no verbales sin emitir juicio, demostrando profesionalismo y empatía. Nunca deben asumir que las familias demuestran demasiada o muy poca emoción cuando se ofrece el diagnóstico; las personas manejan información importante que les cambia la vida de diferentes maneras (ej., duelo, enojo, asombro, frustración). Los evaluadores no deben personalizar las reacciones que la familia pueda tener, pero sí ser reflexivos y trabajar hacia mantener una relación cordial con las familias.

Algunos padres pueden ver a los evaluadores como personas poderosas y creer que un diagnóstico puede cambiar la identidad de su hijo y determinar lo que será de su desarrollo futuro (Hodge, 2005). Ya que la prognosis de cada niño con un TEA depende de varios factores, es importante que el evaluador sea claro sobre lo que se conoce y se desconoce en relación al futuro del niño sin emitir predicciones sobre lo que logrará o no el niño.

Los padres indican que es crítico que los evaluadores expresen esperanza cuando se ofrece el diagnóstico ya que puede contribuir a que los padres busquen ayuda para sus hijos (Nissenbaum, et al., 2002). La esperanza puede ser provista a los padres al discutir las fortalezas del niño y la gama de intervenciones efectivas que pueden ayudar al niño a alcanzar las destrezas que le permitan tener mayor independencia. Al mismo tiempo, es importante que los evaluadores eviten imponer sentimientos de ningún tipo a las familias.

Así como algunas familias piensan que los evaluadores son muy negativos al ofrecer y discutir el diagnóstico, los evaluadores a veces sienten que las familias son muy positivas cuando se discute el futuro del niño, por lo que es importante encontrar un balance adecuado durante la discusión (Nissenbaum, et al., 2002). Las implicaciones futuras a largo plazo (ej., acerca de vida independiente, estudios, empleo) no son apropiadas a menos que el niño esté en una edad transicional o sea mayor (ej., 13 años o más). Un mensaje clave a las familias debe ser el reconocimiento de las fortalezas del niño y de la familia, mientras también se reconocen los retos de criar un niño con un TEA. Es apropiado preguntar a la familia, cómo están manejando sus retos en ese momento.

Cuánta información la familia necesita luego del diagnóstico varía grandemente. Es importante que los profesionales evalúen qué información la familia está lista para escuchar cuando se están comunicando los resultados (Osbourne & Reed, 2008). Algunas familias pueden preferir la información en fases. Otras familias pueden desear una prognosis detallada de su hijo. También pueden desear toda la información posible al momento del diagnóstico, en lugar de ir procesando pedazos de información. Esto puede conducir a una sobrecarga de información lo que puede abrumar a las familias. Sin embargo, algunas familias expresan que ellos prefieren tener toda la información disponible ya que puede ser necesitada en el futuro. Se recomienda que cuando se le provea un informe escrito, éste debe incluir la misma información que se compartió (ej., acerca del diagnóstico y las recomendaciones).



Explicación clara de los criterios diagnósticos

La publicación del DSM-5 puede suponer un reto y ser confuso para las familias preocupadas por el diagnóstico del niño y un posible cambio en la clasificación diagnóstica. Es esencial que el evaluador provea una explicación clara a las familias de qué criterios fueron utilizados para llegar al diagnóstico de un TEA. Las familias pueden tener mayor ansiedad, específicamente las familias de niños que actualmente tienen un diagnóstico de autismo de acuerdo al DSM-IV porque les preocupa que el niño pueda “perder” el diagnóstico. Los evaluadores deben estar preparados para contestar preguntas acerca de lo que son los TEA, cómo el diagnóstico de autismo es diferente ahora a como era antes, y si su hijo tiene derecho a servicios y apoyos diferentes. En estos casos, los evaluadores deben reafirmarle a las familias que su hijo no perderá su diagnóstico y que el DSM-5 contiene un lenguaje específico que los protege. Los evaluadores pueden también referir a las familias a los apoyos comunitarios apropiados, organizaciones de apoyo o información en línea que les explique los cambios que se han hecho.

Discutiendo los próximos pasos

Luego de hablar con las familias sobre el diagnóstico de un TEA, los evaluadores deben proveer recomendaciones que guíen sus próximos pasos para completar un avalúo abarcador que permita planificar las intervenciones a seguir. Para los niños menores de tres años, debe llevarse a cabo un referido al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos. A los niños mayores de tres años, debe proveérsele un referido al Departamento de Educación para determinar la elegibilidad del niño a los Servicios de Educación Especial. Si un niño de edad escolar ya está recibiendo los servicios de educación especial, el padre puede pedir una reunión del Comité de Programación y Ubicación (COMPU) para considerar la información obtenida de la evaluación diagnóstica. Dos recursos importantes que pueden ser de gran ayuda para los padres son: APNI – Centro de Adiestramiento e Información a Padres, y la Alianza de Autismo y Desórdenes Relacionados. El Coordinador de Servicios o Trabajador Social del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Centro Regional del Programa Niños con Necesidades Médicas Especiales correspondiente asistirá a los padres para la coordinación de servicios a niños y jóvenes con necesidades especiales de salud desde el nacimiento hasta los 21 años. Finalmente, el evaluador debe discutir los referidos y futuras visitas de seguimiento a los referidos.

La Coordinadora de Servicios es la persona responsable de apoyar a la familia en obtener las citas y servicios recomendados.

En los Apéndices está el directorio de Avanzando Juntos (página 245) y el de los Centros de Servicios de Educación Especial del Departamento de Educación (página 247).



PRÁCTICAS RECOMENDADAS

Las siguientes listas de prácticas están sustentadas en investigaciones y deben ser utilizadas durante los procesos que llevan a un diagnóstico de TEA.

Vigilancia y Cernimiento para los TEA:

- Todos los profesionales responsables del cuidado de los niños llevan a cabo procedimientos de vigilancia para identificar niños con un posible desarrollo atípico.
- Todos los profesionales que son parte del cuidado de niños pequeños están alertas a los indicadores de TEA.
- Las preocupaciones de las familias sobre el desarrollo y la conducta de los niños son escuchadas y discutidas en todas las visitas de cuidado de la salud incluyendo las visitas de cuidado pediátrico preventivo y las visitas cuando el niño está enfermo.
- Existe un enfoque interagencial de adiestramiento y de compartir información que asegura la identificación temprana de los niños con TEA.
- Los proveedores de servicios están al día en las mejores prácticas y en la investigación relacionada al TEA.
- El cernimiento para TEA a los 18 y 24 meses incluye el instrumento *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F)*.
- Los proveedores de servicios tienen acceso a un directorio de recursos al día que facilita el proceso de referidos para diagnóstico para los niños que se sospeche puedan tener un TEA.
- La familia participa en el proceso de cernimiento ya que es quien mejor conoce al niño.

Evaluación Diagnóstica de TEA:

- El diagnóstico de un TEA se hace lo antes posible para facilitar la intervención temprana e iniciar la consejería familiar.
- Todos los miembros del equipo evaluador están familiarizados con los niveles del desarrollo de la conducta que corresponden al criterio diagnóstico de TEA en niños pequeños.
- Dado que los síntomas pueden cambiar con el tiempo, un niño menor de 2 años con un diagnóstico de un TEA es re-evaluado al año para confirmar el diagnóstico.
- El proceso de la evaluación diagnóstica está organizado y coordinado de manera eficiente.
- La evaluación diagnóstica diferencia los TEA de otras condiciones.



Evaluación Diagnóstica de TEA:

- La planificación para el proceso de una evaluación diagnóstica incluye: la identificación y revisión de información relevante; la selección de instrumentos, y la identificación de oportunidades para la observación informal que pueda complementar los procedimientos formales.
- El proceso de evaluación diagnóstica comienza con la revisión de información de trasfondo e historiales. Es importante obtener información relevante antes del proceso diagnóstico formal.
- Un equipo interdisciplinario es el método preferido para llevar a cabo una evaluación diagnóstica abarcadora. Ante la ausencia de un equipo interdisciplinario, un evaluador con adiestramiento y experiencia en la evaluación diagnóstica de TEA en niños de edad temprana puede hacer el diagnóstico.
- El cuidador primario de salud está involucrado con otros profesionales en el diagnóstico y asiste en la coordinación de cuidado especial o referidos.
- El juicio clínico informado se mantiene mediante el adiestramiento periódico que incluye la revisión de casos, la revisión de casos con pares, y la discusión de literatura publicada.
- Cuando indicado, la observación del niño en diferentes ambientes a horas distintas aumenta la validez de la información obtenida y asiste en el diagnóstico, manejo de caso e intervención.
- La precisión en el diagnóstico mejora cuando el equipo diagnóstico utiliza instrumentos formales para el diagnóstico, tiene experiencia clínica y utiliza el juicio clínico en el diagnóstico de niños con sospecha de TEA.
- La observación directa de la conducta en ambientes estructurados y no estructurados, aumenta la precisión del diagnóstico de TEA.
- Los dominios del funcionamiento adaptativo son evaluados en todos los niños ya que son esenciales en el diagnóstico de TEA y/o discapacidad cognitiva coexistente.
- El diagnóstico diferencial requiere atención cuidadosa a las características clínicas consistentes con los TEA y otros desórdenes de la niñez que tengan síntomas coexistentes.





PRÁCTICAS RECOMENDADAS

Evaluación Diagnóstica de TEA:

- Un historial médico/psiquiátrico familiar y la revisión de factores psicosociales, que juegan un rol en la expresión de síntomas clínicos, son parte del proceso de evaluación para niños de edad escolar y adolescentes.
- Se recopila e integra información de múltiples fuentes para fortalecer la confiabilidad del diagnóstico.
- La familia participa en el proceso de diagnóstico ya que es quien mejor conoce al niño.

Conclusión, Presentación y Documentación de Hallazgos:

- La conclusión final del diagnóstico es producto de la integración de los datos obtenidos incluyendo el juicio clínico y el criterio diagnóstico del DSM-5.
- La presentación del diagnóstico a los miembros de la familia se hace a través del miembro del equipo evaluador que pueda comunicar mejor información abarcadora sobre el niño y que pueda apoyar a los miembros de la familia durante la discusión.
- La Certificación Diagnóstica documenta las conclusiones cónsonas con el DSM-5. La Certificación está escrita de manera que los padres y proveedores de servicios la puedan entender. Debe incluir al mínimo lo siguiente: un historial de salud y desarrollo, el nombre del instrumento utilizado para documentar los comportamientos de los TEA presentes, una descripción detallada de las conductas presentes para cada uno de los criterios establecidos en el DSM vigente, un perfil general de fortalezas y necesidades, y recomendaciones generales para el avalúo y referidos.

En la página 148 de los Apéndices encontrará un modelo para completar la Certificación Diagnóstica de TEA.

Coordinación de Servicios

- Se le provee a las familias apoyo, acceso a información y educación para atender las necesidades de salud y desarrollo de sus hijos.
- Se facilita que las familias puedan comunicar las necesidades de sus hijos.
- Se le ofrece apoyo a la familia para que pueda tomar decisiones informadas sobre los servicios, recursos y oportunidades para sus hijos.
- Se coordina para que los niños y las familias puedan tener acceso a servicios de manera coordinada, efectiva e individualizada.
- Se apoya el bienestar y la calidad de vida de la familia.

REFERENCIAS



- Ages and Stages Questionnaires. Recuperado de: <http://www.agesandstages.com/what-is-asq/>
- Ages and Stages Questionnaires: Social Emotional (2nd Edition). Recuperado de: <http://agesandstages.com/products-services/asqse-2/>
- Ahn, R., Miller, L. J., Milberger, S. & McIntosh, D.N. (2004). Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(3), 287-302.
- American Academy of Neurology. *AAN guideline summary for clinicians: Screening and diagnosis of autism*. Recuperado de: http://tools.aan.com/professionals/practice/guidelines/guideline_summaries/Autism_Guideline_for_Patients.pdf
- American Academy of Pediatrics. (2001). *Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children*. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/1/192>
- American Academy of Pediatrics. (2007). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118, 405-420. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full.pdf+html>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Edition. (DSM-IV-TR).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Edition (DSM-5).
- Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/78143313>
- Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11055457>
- Barton, M.D., Robins, D., Jashar, D., Brennan, L. & Fein, D. (2013). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 43(5), 1184-1195.
- Ben-Sasson, A., Carter, A.S. & Briggs Gowan, M.J. (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 705-716.
- Blinder, B.J. (2008). An update on pica: Prevalence, contributing causes and treatment. *Psychiatric Times*. Recuperado de: <http://www.psychiatrictimes.com/eating-disorders/update-pica-prevalence-contributing-causes-and-treatment>
- Bolton, P.F., Carcani-Rathwell, I., Hutton, J., Goode, S., Howlin, P. & Rutter, M. (2011). Epilepsy in autism: Features and correlates. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21972278>
- Buie, T., Campbell, D.B., Fuchs, G.J., Furuta, G.T., Levy, J., Vandewater, J., Whitaker, A.H., Atkins, D., Bauan, M.L., Deaudet, A.L., Carr, E.G., Gershon, M.D., Hyman, S.L., Jirapinyo, P., Jyonouchi, H., Kooros, K., Kushak, R., Levitt, P., Levy, S.E., Lewis, J.D., Murray, K.F., Natowicz, M.R., Sabra, A., Wershil, B.K., Weston, S.C., Zeltzer, L. & Winter, H. (2010). Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: A consensus report. *Pediatrics*. 2010 Jan; 125 Suppl 1:S1-18. doi: 10.1542/peds.2009-1878C.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Screening and diagnosis*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html?mobile=nocontent>
- CDC, 2018. Prevalence of Autism Spectrum Disorders Among Children Aged 8 Years – Autism Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1-23.
- CDC, 2015. Fragil X syndrome. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fxs/data.html>
- CDC. (2016). Autism spectrum disorder: Diagnostic criteria. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-dsm.html>
- Childhood Autism Rating Scale (CARS, 2nd Edition). Recuperado de: <http://www.pearsonclinical.com/education/products/100000164/childhood-autism-rating-scale-second-edition-cars2.html>



REFERENCIAS

- Childhood Autism Spectrum Test (CAST). Recuperado de: https://www.google.com.pr/search?client=safari&rls=en&q=childhood+asperger+syndrome+test&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gws_rd=cr&ei=Cul0U8H-J8LLsASiKIC4Bw#q=childhood+asperger+syndrome+test+cast&revid=1484014664&rls=en
- Cohen D., Pichard, N., Tordjman, S., Baumann, C., Burglen, L., Excoffier, E., Lazar, G., Mazet, P. Pinquier, C. Verloes, A. & Heron, D. (2005). Specific genetic disorders in autism: Clinical contribution towards their identification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), 103- 116.
- Comité de Práctica de la Sociedad de Neurología Pediátrica (2000). Recuperado de: www.apa.org/practice/guidelines/autism-screening-diagnosis.pdf
- Cordero, J.F., Alonso Amador, A. Mattei, H & Torres, I.M. (2012). Prevalencia de Autismo en la Niñez en Puerto Rico. Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Departamento de Salud. (2018). Guías de Servicios Pediátricas Preventivos.
- Departamento de Salud. (2018a). Protocolo Uniforme de Identificación Temprana: Vigilancia y Cernimiento.
- Departamento de Salud. (2018b). Protocolo Uniforme de Identificación Temprana: Vigilancia y Cernimiento – Versión del Plan de Salud del Gobierno.
- Departamento de Salud (2018c). Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del TEA.
- Departamento de Salud (2018d). Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del TEA – Versión del Plan de Salud del Gobierno.
- Escala Australiana para el Síndrome de Asperger. Recuperado de: <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/ASAS>
- Gadow, K.D., DeVincent, C.J. & Drabick, D.A.G. (2008). Oppositional defiant disorder as a clinical phenotype in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1302-1310.
- Geggel, L. (2013). Risk of Epilepsy in Autism tied to age, intelligence. Simmons Foundation Autism Research Initiative. Recuperado de: <http://sfari.org/news-and-opinion/news/2013/risk-of-epilepsy-in-autism-tied-to-age-intelligence>
- Gesundheit, B., et al. (2013). *Immunological and autoimmune considerations of autism spectrum disorders (Abstract)*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23867105>
- Gilliam Autism Rating Scale (GARS). Recuperado de: <http://www.proedinc.com/customer/productView.aspx?ID=5818>
- Glascoe, F P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioral surveillance using parents' concerns. *Child Care, Health, and Development*. 36(2). 137-149.
- Goin-Kochel, R P., Mackintosh, V.H., & Myers, B.J. (2006). How many doctors does it take to make an autism spectrum disorder diagnosis? *Autism*, 10(5). 439-451.
- Halsell, L. (2013). Co-occurrence in autism and vision of hearing loss. Recuperado de: <http://integratedlistening.com/co-occurrence-autism-vision-hearing-loss/>
- Hanson, E., Cerban, B.M., Slater, C.M., Caccamo, L.M. Bacic, J. & Chan, E. (2013). Brief report: prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among individuals with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1459-1464.
- Hodge, N. (2005). Reflections on Diagnosing autism spectrum disorders. *Disability and Society*, 20 (3), 345-349. Recuperado de: http://shura.shu.ac.uk/6245/1/Hodge_-_reflections_on_-_DJ_version_to_go.pdf
- Karmel, B.K., Gardner, J.M., Meade, L.S., Cohen, I.L., London, E., Flory, M.J., & Harin, A. (2010). Early medical and behavioral characteristics of NICU infants later classified with ASD. *Pediatrics*. 126, 457-467.
- Kinnell, H.G. (1985). Pica as a feature of autism. *British Journal of Psychiatry*, 147, 80-82.
- Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (BIDA) – Ley Num. 220 del 2012. Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012220.htm>
- Magnuson, K.M. & Consantino, J.N. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154372/>
- Martínez-Pedraza, F.L. & Carter, A.S. (2009). Autism spectrum disorders in young children. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166636/>

REFERENCIAS



- Mazefsky, C.A., McPartland, J.C., Gastgeb, H.Z., & Minshew, N.J. (2013). Brief report: Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD research samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1236-1242.
- Modified Checklist for Autism in Toddlers. Recuperado de: www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D.html
- Moss, J., Richards, C., Nelson, L. & Oliver, C. (2013). Prevalence of autism spectrum disorder symptomatology and related behavioural characteristics in persons with Down syndrome. Recuperado de: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-les/psych/cerebra/Prevalence-of-Autism-Spectrum-Disorder-Symptomatology-in-Persons-with-Down-syndrome.pdf>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2012). Síndrome de Tourette. Recuperado de: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_tourette.htm
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2015). Landau-Kleffner Syndrome information page. Recuperado de: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/landaukleffnersyndrome/landaukleffnersyndrome.htm>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2009). Rett Syndrome fact sheet. Recuperado de: http://www.ninds.nih.gov/disorders/rett/detail_rett.htm
- Nissenbaum, M.S., Tollefson, N., & Reese, R.M. (2002). The interpretive conference: Sharing a diagnosis of autism with families. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 17(1). 30-43.
- Osbourne, L.A. & Reed, P. (2008). Parents' perceptions of communication with diagnosticians during diagnosis of autism. *Autism*, 12(3). 309-324.
- Parr, J. R., Dale, N. J., Shaffer, L. M., & Salt, A. T. (2010). Social communication difficulties and autism spectrum disorder in young children with optic nerve hypoplasia and/or septo-optic dysplasia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(10), 917-921.
- Risi, S., Lord, C., Gotham, K., Corsello, C., Chrysler, C., Szatmari, P., & Pickles, A. (2006). Combining information from multiple sources in the diagnosis of autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1094-1103.
- Rosignol, D.A. & Frye, R.E. (2011). Mitochondrial dysfunction in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285768/>
- Russell, G., Steer, C., & Golding, J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autism spectrum disorders. *Social Psychology and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1283-1293.
- Schaefer, G.B., Mendelsohn, N.J. & Professional Practice Guidelines Committee (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guidelines revision. *Genetics in Medicine* (2013) May; 15(5): 399-407. doi: 10.1038/gim.2013.32. Recuperado de: <http://www.nature.com/gim/journal/v15/n5/pdf/gim201332a.pdf>
- Schieve, L.A., Gonzales, V., Boulet, S.L., Visser, S.N., Rice, C.E., Van Naarden-Braun, K., Boyle, C.A. (2011). Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006-2010. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119694>
- Shattuck, P. T., Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Mandell, D.S., Wiggins, L. & Cunniff, C. (2009). The timing of identification among children with an autism spectrum disorder: Findings from a population based surveillance study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 474-483.
- Simonoff, E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Social Communication Questionnaire (SCQ). Recuperado de: <http://www.wpspublish.com/store/p/2954/social-communication-questionnaire-scq>
- Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 190-200. Recuperado de: <http://sinetwork.publishpath.com/Websites/sinetwork/files/Content/4385046/190.full.pdf>
- University of Connecticut Center for Excellence in Developmental Disabilities. (2013). Connecticut guidelines for a clinical diagnosis of autism spectrum disorder. Recuperado de: <http://www.uconncedd.org/actearlyct/>



REFERENCIAS

- Van Steensel, F.J.A., Bögels, S.M. & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162631/>
- Veltman, M.W.M., Craig, E. & Bolton, P.F. (2005). Autism spectrum disorders in Prader–Willi and Angelman syndromes: A systematic review. En, http://www.researchgate.net/publication/7453765_Autism_spectrum_disorders_in_PraderWilli_and_Angelman_syndromes_A_systematic_review
- Volkmar, F., Klin, A., Siegel, B., Szatmari, P., Lord, C., Campbell, M., & Towbin, K. (1994). Field trial for autistic disorder in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1361-1367.
- Wetherby, A.M. and Prizant, B.M. (2002). *CSBS-DP*. Paul H. Brookes.
- Williams, G., Sears, L.L. & Allard, A. (2004). Sleep problems in children with autism. *Journal of Sleep Research*. 13(3): 265-8. En, https://www.researchgate.net/profile/Lonnie_Sears/publication/8373812_Sleep_problems_in_children_with_autism/links/0deec528282c9a9bd2000000.pdf
- Yandell, K. (2014). Clinical research: Down syndrome, autism often coexist. Recuperado de: <http://sfari.org/news-and-opinion/in-brief/2014/clinical-research-down-syndrome-autism-often-coexist>
- Zeiner, P., Gjevik, E., & Weidle, B. (2011). Response to atomoxetine in boys with high-functioning autism spectrum disorders and attention deficit/hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 100(9), 1258-61.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., Chawrska, K., Constantino, J., Dawson, G., Dobkins, K., Fein, D. Iverson, J. Klin, A., Landa, R., Messinger, D. Ozonoff, S. Sigman, M., Stone, W., Tager-Flusberg, H. & Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk Infants. *Pediatrics*, 123(5), 1383-1391.

"El autismo es parte de la vida de mi niño, pero no lo es todo.

Mi niño es mucho más que un diagnóstico."

- S.L. Coelho





APÉNDICES



Glosario relacionado al Autismo	65
Protocolos Uniformes para la Identificación Temprana del TEA: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo	87
Departamento de Salud	89
Plan de Salud del Gobierno	101
Protocolos Uniformes para el Diagnóstico del TEA	113
Departamento de Salud	115
Plan de Salud del Gobierno	137
Certificación Diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo	148
Protocolo para el Avalúo Dirigido a la Planificación de Intervenciones para las personas con TEA	157
Hitos del Desarrollo – Campaña CDC: Aprende los Signos. Reacciona Pronto	167
Su bebé a los 2 meses	169
Su bebé a los 4 meses	170
Su bebé a los 6 meses	171
Su bebé a los 9 meses	172
Su bebé al año	173
Su bebé a los 18 meses (1 ½ año y medio)	174
Su hijo a los 2 años	175
Su hijo a los 3 años	176
Su hijo a los 4 años	177
Su hijo a los 5 años	178
Instrumentos de Cernimiento	
Módulo: M-CHAT R/F	179
Cuestionario M-CHAT Revisado (M-CHAT R/F)	189
Cuestionario del bebé y niño pequeño (CSBS-DP)	217
Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)	223
Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)	229
Registro de Autismo del Departamento de Salud	235
Opúsculo del Registro del Departamento de Salud	237
Formulario de Registro de la Persona con Autismo	239
Instrucciones para Completar el Formulario de Registro	240
Directorios	241
Departamento de Salud	
Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud - FASES.....	243
Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos	245
Departamento de Educación - Centro de Servicios de Educación Especial	247
Departamento de la Familia - ACUDEN	249
Concesionarios de Early Head Start/Head Start	251
Certificación de Cernimientos	255

Glosario Relacionado al Autismo



Glosario relacionado al Autismo

Este Glosario fue preparado por la División Niños con Necesidades Médicas Especiales del Departamento de Salud como parte de su responsabilidad de educar a la población sobre el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Las palabras incluidas son utilizadas con frecuencia cuando hablamos sobre personas con autismo o sobre los servicios o intervenciones que se ofrecen a éstos. La intención no es presentar definiciones científicas, sino ayudar a entender mejor algunos términos relacionados al autismo. Esta versión del Glosario fue actualizada en octubre del 2016.

Término	Definición
ABA – Applied Behavior Analysis	La aplicación sistemática de principios conductistas para aumentar conductas deseadas o disminuir aquellas no deseadas.
Academia Americana de Pediatría – AAP (APA, por su siglas en inglés)	La organización profesional de Pediatras de Estados Unidos que está comprometida con la salud física, mental y emocional óptima; y el bienestar de los infantes, niños, adolescentes y jóvenes adultos.
Accesibilidad	La combinación de elementos que permite a las personas con diversidad funcional llegar, entrar, moverse, orientarse y comunicarse de manera segura, autónoma y cómoda en los espacios públicos, edificios, medios de transportación, empleos y comunidad en general.
Acomodos Razonables	<p>En el ambiente educativo – prácticas y procedimientos que proveen acceso equitativo a los estudiantes con diversidad funcional durante la enseñanza y evaluación. Los acomodos pueden ser en cómo se presenta información o las experiencias de aprendizaje, cómo el estudiante responde a la enseñanza, dónde el estudiante participa de las experiencias de aprendizaje, y cuánto tiempo tiene el estudiante para participar o responder a las experiencias. Los acomodos no reducen las expectativas o metas para el aprendizaje de los estudiantes con diversidad funcional.</p> <p>En el ambiente laboral – adaptaciones que no imponen una carga desproporcionada o indebida al patrono y que permiten a las personas con diversidad funcional calificadas, cumplir con los deberes y responsabilidades de un empleo. Significa adaptar el ambiente físico o las funciones de una posición para que una persona calificada con diversidad funcional pueda participar en igualdad de oportunidades. No significa que el programa debe bajar los estándares o requisitos de la posición.</p> <p>La <i>Americans with Disabilities Act (ADA)</i> incluye los siguientes tipos de acomodos razonables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hacer las instalaciones físicas que utilizan los empleados y clientes accesibles para las personas con diversidad funcional y • reestructurar el empleo - modificar los horarios, reasignar a una posición vacante, adquirir o modificar equipo o aparatos, modificar exámenes, modificar o ajustar materiales de adiestramiento o políticas, proveer lectores o interpretes calificados y otros acomodos similares (ADA, 1990). <p>Para el <i>U.S. Equal Employment Opportunity Commission</i>, un acomodo es cualquier cambio en el ambiente de servicio o en la manera en que se hacen</p>

Término	Definición
	las cosas que permiten que una persona con diversidad funcional disfrute en igualdad de las oportunidades de servicio.
Actividades de la Vida Diaria (Actividades del diario vivir)	Actividades orientadas al cuidado de sí mismo y del entorno personal. Incluye actividades tales como: higiene y cuidado personal, alimentarse, cocinar, vestirse, movilidad personal y actividad sexual.
ACUDEN – Administración para el Cuido y Desarrollo Integral de la Niñez	La agencia gubernamental del Departamento de la Familia que administra al Concesionario más grande de <i>Head Start/Early Head Start</i> y los fondos del Programa para el Cuido y Desarrollo del Niño (<i>Child Care</i>).
Acuerdo de Colaboración	Un documento firmado por representantes autorizados de dos o más agencias u organizaciones que delinea responsabilidades mutuamente acordadas para llevar a cabo tareas dirigidas a metas comunes.
ADA	Vea <i>Americans with Disabilities Act</i> .
Adaptabilidad	La capacidad para ajustarse a diferentes condiciones o ambientes.
Adaptación curricular	Cambios al proceso y ambiente de aprendizaje que permiten que los estudiantes con diversidad funcional participen del currículo general. Hay dos tipos de adaptaciones: 1- acomodos y 2- modificaciones.
ADFAN – Administración de Familias y Niños	La agencia gubernamental del Departamento de la Familia que promueve y apoya los esfuerzos de individuos, familias y comunidades para que aporten a su propio desarrollo y al de la sociedad.
ADI-R	Vea <i>Autism Diagnostic Interview-Revised</i> .
Administración de Rehabilitación Vocacional	La agencia pública bajo el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos responsable de proveer servicios de rehabilitación vocacional encaminados a la integración exitosa de las personas con diversidad funcional a la fuerza laboral del país y al disfrute de una vida más independiente.
Administración de Seguros de Salud – ASES	La Administración del Departamento de Salud creada por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993 que fue enmendada por la Ley Núm. 1 de 8 de enero de 1994. El propósito de ASES es negociar y contratar seguros de salud para los ciudadanos que cualifican para el Plan de Salud del Gobierno de acuerdo a la Ley Núm. 72, según enmendada. Además, fiscaliza y evalúa los servicios que ofrecen las compañías aseguradoras contratadas para garantizar el cumplimiento, calidad y que sean costo efectivos.
ADOS-2	Vea <i>Autism Diagnostic Observation Schedule-2</i> .
Adquisición	El proceso de aprender o desarrollar una destreza.
Afasia	La pérdida total o parcial de la capacidad de utilizar o comprender el lenguaje como resultado de daño cerebral. Puede afectar la lectura y la escritura.
Agresión	Una acción o procedimiento violento u hostil que causa daño, o conducta destructiva.
Ambiente Menos Restrictivo	El lugar donde los estudiantes con diversidad funcional deben ser educados, en la medida posible, con personas sin diversidad funcional atendiendo todos sus requerimientos educativos y físicos. El ambiente es estipulado en el Plan Educativo Individualizado (PEI) del estudiante.
Ambientes Naturales	Los lugares en que típicamente participan los infantes, andarines, escolares, jóvenes y adultos sin discapacidad. Para los infantes y andarines son el hogar, la comunidad, y el centro de cuidado y desarrollo.
Ambientes accesibles	Ambientes diseñados para permitir la participación de las personas con diversidad funcional.

Término	Definición
<i>Americans with Disabilities Act – ADA</i>	La ley federal que prohíbe a patronos discriminar contra personas con diversidad funcional y conlleva que dicha discriminación sea catalogada como una violación a los derechos civiles. También dispone que los servicios públicos, escuelas, edificios públicos y los servicios de transportación pública sean accesibles a personas con diversidad funcional.
Análisis Funcional de la Conducta – AFC	Un proceso para atender conductas que interfieren con el aprendizaje y las actividades de la vida diaria. Consiste en describir la conducta, documentar los momentos en que ocurre la conducta e identificar los eventos antecedentes (lo que ocurre antes) y las consecuencias (lo que ocurre después) de la conducta para establecer la función de la misma. El AFC ayuda a maestros u otros proveedores de servicios a seleccionar intervenciones para reducir o eliminar la conducta no deseada y sustituirla con una conducta más apropiada. También se conoce como evaluación o análisis funcional del comportamiento.
Ansiedad	Una sensación abrumadora de aprensión y temor a menudo acompañada de señales fisiológicas (ej. sudar, tensión, aumento de pulso).
Anticonvulsivo	Un medicamento utilizado para prevenir o detener convulsiones.
Apatía	Falta de interés o preocupación por cosas que otros encuentran excitantes o interesantes.
Apego	1- El vínculo afectivo que se desarrolla en la infancia entre el niño y aquellos que lo cuidan. También se le conoce como vínculo o relación recíproca. 2- Suele utilizarse el término apego cuando la persona con autismo presenta una obsesión por un objeto.
APGAR	El cernimiento que se administra a los bebés al minuto de nacer y que se repite a los 5 minutos. Consiste en un escala de 0 a 2 puntos con un máximo de puntuación de 10. Considera 5 aspectos: 1- color de la piel, 2- ritmo del corazón, 3- respuesta a estímulos, 4- tono muscular y 5- respiración.
Apnea Obstructiva del Sueño	Condición en que la respiración se detiene durante el sueño debido a que las vías respiratorias se estrechan o bloquean parcialmente.
<i>Applied Behavior Analysis</i>	Ver ABA.
Apraxia	Un trastorno motor que consiste en la incapacidad total o parcial de realizar movimientos de manera voluntaria, sin afectar la fuerza muscular o la coordinación. La persona tiene dificultades en planificar una secuencia de movimientos. La apraxia puede ser específica al habla.
Aprendizaje	El cambio en las capacidades, conocimiento y conducta como consecuencia de la interacción y las experiencias con el entorno.
Asistencia Tecnológica	Todo tipo de equipo o servicio para el uso del equipo, que es utilizado para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales y adaptativas de las personas con diversidad funcional.
Asperger	En el DSM-IV, una de las cinco condiciones dentro del continuo de autismo. Se caracteriza por dificultad en la comunicación y en el desarrollo social. Las personas con este diagnóstico presentan dificultad para interactuar socialmente, utilizan un vocabulario idiosincrásico, tienen dificultad para entender el lenguaje simbólico, abstracto, humor y bromas; y demuestran comportamientos e intereses repetitivos. Usualmente no presentan retrasos en el lenguaje ni en el desarrollo cognitivo. En el DSM-5 no se menciona.

Término	Definición										
Atención conjunta	La habilidad para compartir la atención con otra persona hacia un mismo objeto o al realizar una actividad. Se conoce también como Atención compartida.										
Atípico	Se refiere a lo que no es típico o común.										
Audiólogo	El profesional preparado y licenciado para investigar, diagnosticar y tratar problemas relacionados con la audición. Diagnostica y ofrece tratamiento a las personas con pérdidas de audición o problemas de equilibrio.										
Ausencias Típicas	Un tipo de crisis epiléptica o convulsión de corta duración (usualmente menos de 15 segundos) en que la persona deja de hacer lo que está haciendo y presenta una mirada fija con posibles parpadeos. La persona no se cae ni está consciente de la convulsión luego que ocurre. Ocurren con mayor frecuencia en menores de 20 años, siendo más común entre los 6 a 12 años. Anteriormente se conocía como el Petit-mal.										
Autismo	<p>Conocido también como Trastornos del Espectro del Autismo o Desorden del Continuo de Autismo. Se caracteriza por déficits en la comunicación e interacciones sociales en diferentes ambientes; y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Se diagnostica utilizando las guías que provee el DSM y/o ICD vigente mediante observación de conductas y la administración de un instrumento de diagnóstico que tome en consideración información que provea la familia o la persona.</p> <p>El DSM-5 define el autismo de la siguiente manera: Deben estar presentes las tres características en el área de la Comunicación Social y dos características en el área de Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades:</p> <table border="1" data-bbox="490 1115 1409 1551"> <thead> <tr> <th>Comunicación Social (3)</th> <th>Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades (2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Déficit en reciprocidad socio emocional (comunicación / interacción)</td> <td>• Movimientos motores repetitivos o estereotipados</td> </tr> <tr> <td>• Déficit en comunicación no verbal</td> <td>• Adherencia excesiva a rutinas y rituales</td> </tr> <tr> <td>• Déficit en desarrollar, comprender y mantener relaciones sociales</td> <td>• Problema de fascinaciones atípicas. Fijación o interés persistente por un objeto o tema.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>• Problemas de integración sensorial. Conductas hipo o hiper reactivas.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Además, se clasifica el nivel de severidad por cada dominio, entiéndase la Comunicación Social, y los Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades Repetitivas según el DSM-5:</p> <p>Nivel 1 – Requiere apoyo Nivel 2 – Requiere apoyo sustancial Nivel 3 – Requiere apoyo muy sustancial</p> <p>Al momento no existe una prueba biológica para diagnosticar autismo.</p>	Comunicación Social (3)	Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades (2)	• Déficit en reciprocidad socio emocional (comunicación / interacción)	• Movimientos motores repetitivos o estereotipados	• Déficit en comunicación no verbal	• Adherencia excesiva a rutinas y rituales	• Déficit en desarrollar, comprender y mantener relaciones sociales	• Problema de fascinaciones atípicas. Fijación o interés persistente por un objeto o tema.		• Problemas de integración sensorial. Conductas hipo o hiper reactivas.
Comunicación Social (3)	Patrones Restrictivos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades (2)										
• Déficit en reciprocidad socio emocional (comunicación / interacción)	• Movimientos motores repetitivos o estereotipados										
• Déficit en comunicación no verbal	• Adherencia excesiva a rutinas y rituales										
• Déficit en desarrollar, comprender y mantener relaciones sociales	• Problema de fascinaciones atípicas. Fijación o interés persistente por un objeto o tema.										
	• Problemas de integración sensorial. Conductas hipo o hiper reactivas.										

Término	Definición
<i>Autistic Diagnostic Interview Revised – (ADI-R)</i>	Una entrevista diagnóstica semi-estructurada sobre las conductas relacionadas con el autismo. Consiste de 93 preguntas divididas en tres áreas: 1- lenguaje y comunicación, 2- interacciones sociales y 3- conductas repetitivas e intereses. Se administra por un evaluador adiestrado con experiencia. Toma hasta dos horas administrar.
<i>Autistic Diagnostic Observation Schedule – 2 (ADOS-2)</i>	Un instrumento considerado el <i>Estándar de Oro</i> para diagnosticar autismo. Utiliza información por medio de observación y la que ofrece la familia. No se utiliza para determinar intervención.
Auto-agresión	Conducta que ocasiona daño físico a uno mismo. Puede ser resultado de frustración, una sobrecarga sensorial o una tipo de auto estimulación.
Auto-estímulos	Conductas repetitivas que estimulan los sentidos. Algunos auto-estímulos pueden tener una función reguladora (calmar, aumentar la concentración o bloquear un sonido abrumador). Ejemplos son: aletear, mecerse, oler objetos y rascarse. Estas conductas también se conocen como conductas estereotipadas.
Auto-regulación	La habilidad para percatarse y responder a estímulos sensoriales internos o externos, y hacer ajustes emocionales y de conducta para atender las demandas del cuerpo y el medio ambiente.
Avalúo	El proceso continuo de recopilar información sobre el desarrollo y aprendizaje mediante instrumentos, observaciones, entrevistas, pruebas formales e informales, y otros medios. La información recopilada en el proceso diagnóstico es parte del Avalúo. Los resultados del Avalúo se utilizan para planificar y determinar intervenciones y servicios.
Avanzando Juntos	El Sistema de Servicios de Intervención Temprana de la Parte C de la Ley IDEA en Puerto Rico que provee servicios a niños menores de 3 años de edad con retrasos en el desarrollo y a sus familias para facilitar su desarrollo funcional cognoscitivo, físico/motor, del habla y lenguaje, socio/emocional y de ayuda propia. Provee apoyo a la familia y cuidadores en su rol de facilitar el desarrollo y aprendizaje del infante o andarín a través de la rutina diaria en sus ambientes naturales.
Balbuceo	La conducta que típicamente se presenta entre los seis y nueve meses. Cuando el infante comienza a vocalizar combinaciones de consonantes y vocales de manera repetitiva,. El balbuceo es un aspecto importante en el proceso de aprender a hablar.
Bienestar	El estado de las personas cuyas necesidades y condiciones físicas y mentales le proveen una sensación de satisfacción y tranquilidad.
CARS-2	Vea <i>Childhood Autism Rating Scale</i> .
CDC – Centers for Disease Control and Prevention	La agencia del gobierno de Estados Unidos dedicada a proteger a sus ciudadanos contra amenazas a la salud y seguridad tanto extranjeras como nacionales. Como parte de su rol el CDC pone la ciencia y la tecnología avanzada en acción para prevenir enfermedades y promueve comportamientos, comunidades y ambientes saludables y seguros.
Centro de Servicios de Educación Especial (CSEE)	El lugar donde se registra, evalúa, determina la elegibilidad, elabora un Plan Educativo Individualizado (PEI) y se coordinan los servicios a todo estudiante de 3-21 años elegible para servicios de educación especial del Departamento de Educación de Puerto Rico.

Término	Definición
Centros Pediátricos (CP)	La estructura física ubicada en cada una de las Regiones del Departamento de Salud que alberga el Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud. Este programa brinda servicios especializados a la población con condiciones médicas especiales elegible de 0-21 años.
Cernimiento	Un proceso utilizado para identificar a tiempo riesgo para cualquier condición física, mental o de conducta que requiera atención.
Cernimiento del desarrollo	El proceso utilizado para confirmar la sospecha o identificar el riesgo de retraso en el desarrollo. Incluye la administración de un instrumento corto, estandarizado y validado para este propósito.
Childhood Autism Rating Scale –2 (CARS-2)	Un instrumento de diagnóstico para autismo que incluye una escala de 15 reactivos. Está basado en la observación, entrevista a la familia y revisión de expedientes del niño. Se administra a niños entre 2 y 6 años por un profesional adiestrado.
Ciclo de Vida	Los cambios del ser humano desde su concepción hasta su muerte. Estos cambios son parte de etapas predecibles que, según ocurren, provocan una serie de procesos que afectan tanto a la persona como a su familia y seres cercanos.
Claves	Ayudas que se utilizan para sonsacar una conducta o destrezas específicas. Pueden ser visuales, verbales, gestuales o físicas.
Comité Timón Ley BIDA	El Comité designado por la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (BIDA) con la responsabilidad de evaluar, promover y supervisar la implementación de la política pública de la Ley.
Comorbidad	La presencia de dos o más condiciones de salud además de la condición primaria en la misma persona.
Comportamientos estereotipados	La repetición excesiva de una acción, sin variarla con el paso del tiempo. Pueden incluir movimientos repetitivos o el posicionamiento del cuerpo o de objetos. También se conocen como conductas auto estimulantes.
Compulsiones	Comportamientos intencionados y repetitivos que siguen ciertas reglas referentes a la limpieza, el orden o la necesidad de contar. En niños pequeños, un restringido patrón de interés puede ser el primer indicio de compulsiones.
Comunicación	El uso de conductas no lingüísticas (expresión facial, postura, gestos, acciones, dibujos, símbolos) y lingüísticas (lenguaje hablado, lenguaje de señas, escritura) para compartir ideas, intercambiar información y regular interacciones. Es un proceso social fundamental.
Comunicación aumentativa o alterna	Maneras de comunicación que apoyan o sustituyen el habla y la escritura. Incluye el uso de símbolos, gestos, sonidos, tableros de comunicación, tabletas y el lenguaje de señas.
Concomitante	Que aparece junto con otra cosa.
Condicionamiento operante	Un tipo de aprendizaje en que las conductas se modifican y mantienen por sus consecuencias (lo que ocurre después de la conducta: refuerzos o castigos).
Conducta de reto o retante	Aquellas conductas que se desvían de lo esperado en una situación particular. Ejemplos son: rabietas, agresión, rigidez, rechazo a seguir instrucciones, auto agresión, aislamiento, gritos y risas descontroladas. La conducta puede ser tan única y diversa como la persona que la exhibe. Conocida también como conducta preocupante.

Término	Definición
Conducta maladaptativa	Aquella conducta que es vista como inapropiada o inefectiva en un contexto específico. Interfiere con el aprendizaje, con la interacción social o causa incomodidad a los demás.
Contacto visual	El mirar por unos segundos a los ojos de otra persona para atender o establecer y mantener una interacción verbal o no verbal.
Convulsión	Un episodio de movimientos involuntarios en que los músculos se contraen y se relajan rápidamente y de forma repetitiva. Las convulsiones pueden ser causadas por epilepsia, fiebre alta, hipoglicemia, o meningitis, entre otras condiciones.
Convulsión Tónica Clónica Generalizada	El tipo de crisis epiléptica o convulsión más conocida. La convulsión usualmente se presenta con rigidez muscular seguida por contracciones fuertes y la pérdida de la conciencia. Si la persona no está acostada, se cae. Muchas personas tienen cambios sensoriales, alucinaciones o vértigo antes de un episodio, lo cual se denomina, aura. Se presenta en personas de todas las edades. Anteriormente se conocía como Gran-mal.
Coordinador de Servicios	La persona ubicada en los Centros del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud de las Regiones y los Centros de Autismo del Departamento de Salud que orienta, refiere, y provee asistencia, información y apoyo a los niños elegibles al Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud y a personas con autismo y sus familias para que tengan acceso a servicios, intervenciones y los apoyos necesarios.
Cubierta Especial de Autismo	La cubierta de servicios de salud ofrecida a través de la Administración de Servicios de Salud (ASES) para el diagnóstico y tratamiento de las personas con autismo que puede incluir: genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, y terapias de habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas. Incluye las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente.
Currículo	Todas las actividades diarias que de manera organizada y con propósitos preestablecidos fomentan que los aprendices se involucren activamente en su proceso de aprendizaje. Incluye estrategias para atender las particularidades en el desarrollo físico, social, emocional, de lenguaje y cognitivo de la persona, de manera que pueda alcanzar sus potencialidades. Un currículo apropiado estimula la curiosidad natural, exploración y la solución de problemas. Es un instrumento educativo, organizado y flexible que sirve de apoyo para guiar el aprendizaje y desarrollo de manera integral.
Defensibilidad táctil	Una respuesta negativa a una sensación que por lo general no sería irritante, como por ejemplo: al tocar algo pegajoso o viscoso, a la sensación de comidas blandas en la boca, al ser abrazado, o a algunas piezas de ropa. Es específica al tacto.
Déficit de atención	Condición que se caracteriza por desordenes en la capacidad para atender, hiperactividad o impulsividad que interfiere con el funcionamiento y aprendizaje de la persona.
Departamento de Educación (DE)	Agencia gubernamental que propicia el desarrollo y la formación integral del estudiante fundamentado en los valores esenciales de la sociedad mediante un sistema gratuito, no sectario, de operación eficiente y equitativa a través de las escuelas públicas. La Secretaria Asociada de Educación Especial es parte del Departamento de Educación.

Término	Definición
Departamento de la Familia (DF)	Agencia gubernamental que facilita y provee oportunidades de desarrollo económico y social a las personas en desventaja social y económica con el propósito de apoderar a las familias a alcanzar la autosuficiencia y la integración al desarrollo socioeconómico de manera productiva; y a fomentar la buena convivencia familiar y económica.
Departamento de Salud (DS)	Agencia gubernamental que provee servicios especializados de salud a pacientes y a instituciones consumidoras y educativas. Además, brinda las herramientas necesarias para la formación de profesionales de salud, actuando como taller de enseñanza y de investigación científica con el objetivo de velar por el bienestar y salud de la ciudadanía en general. La División Niños con Necesidades Médicas Especiales se encuentra bajo la Secretaría de Salud Familiar y Servicios Integrados del DS.
Deporte lúdico	Actividades de movimiento o sensoriales basadas en el juego que son efectuadas en el tiempo libre, con exigencias al alcance de todas las personas de acuerdo a su estado físico y edad, practicadas de acuerdo a la etapa de desarrollo de quienes las practican.
Desarrollo	El proceso de crecimiento y aprendizaje en que se adquieren conocimiento y habilidades.
Desarrollo cognoscitivo	El desarrollo de las destrezas necesarias para el aprendizaje, entre otras: atención, comprensión, memoria, razonamiento verbal y no verbal, clasificación y resolución de problemas.
Desarrollo motor	El desarrollo de las destrezas de movimiento y postura (ej. levantar la cabeza, sentarse, caminar, agarrar, correr, brincar, abrir y cerrar los ojos). <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Motor fino – relacionado con los músculos pequeños del cuerpo (ej. guiñar un ojo, agarrar objetos, sacar la lengua) • Desarrollo Motor grueso – relacionado con los músculos grandes del cuerpo (ej. caminar, brincar, alcanzar objetos)
Desarrollo sensorial	El aprendizaje que ocurre a través de los sentidos. Los sentidos son: visión, audición, tacto, olfato, gusto, propiocepción y kinestesia.
Desarrollo socio emocional	El desarrollo del auto concepto y de cómo nos relacionamos con los demás. Incluye las destrezas que usamos para interactuar con otros y para expresar emociones. El desarrollo socio emocional sirve de base para todo el proceso de aprendizaje. El desarrollo socio emocional saludable produce un aumento de motivación, curiosidad, sentido de bienestar y deseos de aprender.
Desarrollo típico	El desarrollo de destrezas físicas, mentales, sociales y emocionales que ocurren o se alcanzan a la edad cronológica esperada.
Desorden de Asperger	Ver <i>Asperger</i> .
Desorden de procesamiento sensorial	Condición neurológica que resulta en la inhabilidad para modular, discriminar, coordinar u organizar sensaciones de manera efectiva. Puede afectar la manera en que se aprende, la conducta, el movimiento, las relaciones y cómo nos sentimos físicamente. La persona con esta condición procesa e interpreta información sensorial de manera diferente a la mayoría.
Desorden del Continuo de Autismo (DCA)	Ver <i>Autismo</i> .

Término	Definición
Desorden Desintegrativo de la Niñez	El DSM-IV-TR lo incluía como una de las condiciones dentro del continuo de autismo. Se define como un desorden que se manifiesta antes de los 10 años de edad, luego de un periodo de desarrollo normal. Se caracterizado por deterioro en las destrezas comunicológicas, déficit en la interacción social, movimientos estereotipados y conducta compulsiva. El DSM-5 no lo incluye bajo el diagnóstico de autismo.
Desorden Generalizado del Desarrollo No Especificado	El DSM-IV-TR lo incluía como una de las condiciones dentro del continuo de autismo. En el DSM-IV-TR se diagnosticaba cuando la sintomatología presentada por una persona no reunía los criterios mínimos o específicos de los trastornos dentro del Continuo de Autismo, pero exhibía ciertos rasgos o características que no eran típicos del mismo. No se incluye en el DSM-5.
Desorden Obsesivo Compulsivo	Se caracteriza por obsesiones o compulsiones que ocupan una parte significativa del tiempo de la persona o causan ansiedad o limitaciones significativas.
Destrezas de Interacción Social	Las conductas que se presentan durante el intercambio social. Incluyen el acercarse e iniciar una interacción, mantener una interacción, saludar, el contacto visual, jugar con otros, tomar turnos, expresar emociones, hacer y mantener amistades, y conversar.
Destrezas perceptuales visuales	Las destrezas que incluyen el reconocimiento e identificación de la forma, tamaño, distancia, configuración y posición de los objetos. Actividades en que se utilizan las destrezas perceptuales visuales incluyen recortar, colorear, leer, escribir, deletrear, construir con bloques u otros juegos de construcción, hacer rompecabezas, y amarrarse los zapatos. Ver <i>Percepción Visual</i> .
Diagnóstico	Proceso para determinar una condición y el resultado del proceso.
Dieta Sensorial	Recomendaciones de prácticas dirigidas a las necesidades sensoriales.
DIR – Developmental, Individual Differences, Relationship Based Approach	Modelo de avalúo e intervención cuyo marco conceptual tiene un énfasis en las relaciones. Busca llevar al niño a realizar interacciones progresivamente más complejas mediante ejercicios participativos. Está basado en el nivel de desarrollo de interacción social del niño y en el trabajo interdisciplinario que incluye a los padres, educadores y clínicos. Su meta final es ayudar a la persona con autismo a desarrollar afecto apropiado y un sentido de “Yo” como un ser intencional e interactivo.
Discapacidad intelectual	Un funcionamiento intelectual general significativamente bajo del promedio, que existe concurrentemente con déficits en la conducta adaptativa, que se manifiesta durante el periodo de desarrollo (antes de los 18 años) y que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. [34 Código de Regulaciones Federales §300.8(c)(6)]. También se conoce como Trastorno del Desarrollo Intelectual. Ver <i>Diversidad funcional intelectual</i> . Anteriormente se utilizaba el término Retardación Mental.
Discrete Trial Teaching – DTT	Una técnica para enseñar conductas o destrezas particulares que incorpora principios conductistas de dirección (antecedente), conducta (respuesta), consecuencia y pausa antes de presentar la siguiente instrucción.
Diseño universal	El diseño de productos, ambientes y servicios para ser usados por todas las personas en la medida posible sin la necesidad de que se hagan adaptaciones o diseños especializados.
Disfagia	Un desorden de tragado. Los síntomas pueden afectar la boca, faringe, laringe o esófago.
Dismorfología	El estudio de las malformaciones congénitas.

Término	Definición
Diversidad funcional	Un término alternativo al de discapacidad que fue propuesto en el Foro de Vida Independiente en España, en enero de 2005. El término pretende sustituir a otros que pueden considerarse peyorativos, tales como “impedimento”, “discapacidad” o “minusvalía”.
Diversidad funcional intelectual	Se refiere a un funcionamiento de las habilidades cognitivas que limita el funcionamiento adaptativo en tres áreas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptual – incluye razonamiento, conocimiento, memoria, lenguaje, lectura, escritura y destrezas matemáticas. 2. Social – se refiere a las destrezas de comunicación interpersonal, la empatía, el juicio social, y la habilidad de hacer/mantener amistades. 3. Práctica – se centra en el auto manejo refiriéndose a destrezas relacionadas con la higiene y cuidado personal, las responsabilidades de un empleo, el manejo del dinero, la recreación, y la organización de las tareas cotidianas y del trabajo.
División Niños con Necesidades Médicas Especiales	División bajo la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados del Departamento de Salud.
DSM-5 (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>)	El sistema oficial de clasificación de trastornos psicológicos y psiquiátricos publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.
Ecolalia	La repetición de las palabras, frases, entonación o sonidos del lenguaje de los demás. Las personas con autismo a menudo presentan ecolalia. La ecolalia inmediata es la repetición exacta del lenguaje de otra persona inmediatamente después que haya sido escuchado. La ecolalia retrasada ocurre días o semanas después.
Edades y Etapas del Desarrollo – <i>Ages and Stages Questionnaires (ASQ)</i>	Un instrumento de cernimiento del desarrollo utilizado para detectar posibles retrasos. Es administrado mediante un cuestionario que puede ser completado por los padres, por cuidadores primarios o cualquier otro profesional adiestrado. Consta de cuestionarios desde los 2 a los 60 meses de edad. Cada cuestionario incluye las siguientes áreas: comunicación, motor grueso, motor fino, solución de problemas, socio-individual y observaciones generales.
Edades y Etapas Socio Emocional – <i>Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ-SE)</i>	Un instrumento de cernimiento del desarrollo socio emocional. Es administrado mediante un cuestionario que puede ser completado por los padres, cuidadores primarios o cualquier otro profesional adiestrado. Consta de cuestionarios desde los 2 a los 72 meses. Los cuestionarios proveen información sobre la regulación, comunicación, cooperación, conductas adaptativas, autonomía, afecto e interacción del niño.
Educación especial	Instrucción especializada diseñada para atender las necesidades particulares de un estudiante con diversidad funcional. Requiere la individualización con acomodos o modificaciones. No es un lugar o tipo de salón sino un proceso educativo.
Empatía	La habilidad para entender y sentir las emociones de otra persona.
Empleo sostenido	Empleo remunerado para personas con diversidad funcional para quienes es difícil conseguir un empleo ordinario, con un salario a partir del mínimo establecido. Este empleo es apoyado mediante diversas acciones, por ejemplo un adiestrador o un “mentor”.

Término	Definición
Epilepsia	Un término general para un grupo de condiciones neurológicas caracterizadas por convulsiones o episodios epilépticos. Los episodios epilépticos son el resultado de actividad eléctrica atípica en el cerebro. Estas descargas eléctricas causan movimientos involuntarios, cambios en sensaciones y conducta, o cambios en la capacidad de la persona de estar alerta. Una convulsión puede durar desde pocos segundos a varios minutos.
Equipo interdisciplinario	Profesionales de varias disciplinas que trabajan de manera colaborativa para integrar información para decisiones diagnósticas o de intervención.
Equipo multidisciplinario	Profesionales de varias disciplinas que trabajan de manera separada. Cada profesional recopila información y toma decisiones con poca o ninguna colaboración con otros profesionales.
Equipo transdisciplinario	Profesionales de varias disciplinas que trabajan de manera colaborativa para la recopilación de información y para la toma de decisiones llegando a compartir roles.
Equipos de asistencia tecnológica	Objetos, sistemas o productos adquiridos comercialmente, adaptados o contruidos a base de las características y necesidades particulares de cada persona con diversidad funcional con el propósito de aumentar la capacidad de la persona para llevar a cabo una actividad.
Espontáneo	Cuando la conducta o la respuesta es iniciada por la persona sin necesitar sonsacacion.
Estilos de aprendizaje	El conjunto de características sensoriales y cognitivas de las personas que suelen predominar ante una experiencia de aprendizaje o para adquirir y procesar información.
Evaluación	El proceso mediante el cual se recopila información sobre una persona utilizando pruebas formales y otros medios para emitir un juicio; usualmente para determinar un diagnóstico o la elegibilidad para un programa o servicios.
Evaluación en arena	Evaluación transdisciplinaria que generalmente se realiza a niños pequeños con sospecha de retraso en el desarrollo. Es un proceso planificado de observación en que participa un equipo de profesionales. Usualmente un facilitador dirige la intervención con el niño mientras los demás miembros del equipo contribuyen realizando observaciones. La familia también conrtribuye con sus observaciones. La evaluación en arena permite un proceso interactivo, integrado y transdisciplinario para alcanzar una imagen holística del niño.
Fagia	Término usado como prefijo o sufijo para indicar nutrición o la conducta relacionada con la alimentación.
Floortime	El modelo de servicios creado por el Dr. Stanley Greenspan para fortalecer las capacidades sociales, emocionales e intelectuales del niño mediante la comunicación espontánea y las relaciones entre el niño y su cuidador. Trabaja a partir del nivel actual de desarrollo y enfatiza el fortalecimiento de destrezas existentes. Se basa en el modelo DIR (ver <i>DIR</i>).
Formatos alternos	Diferentes maneras de presentar información, además de la escrita de manera que pueda llegar a personas con diferentes capacidades y formas de comunicarse. Los formatos alternos incluyen entre otros: materiales en Braille, grabaciones en audio, interpretación de señas y formatos digitales.
Funciones ejecutivas	Un término sombrilla que se refiere a las habilidades mentales complejas que se utilizan para planificar, organizar, revisar, y evaluar la conducta necesaria para lograr metas. Permiten evaluar nuestras acciones a corto y largo plazo y

Término	Definición
	de hacer los ajustes necesarios si no logramos el resultado esperado. Incluyen la memoria de trabajo, el razonamiento y la resolución de problemas; y los procesos de regulación emocional.
GARS-3 – Gilliam Autism Rating Scale	Instrumento de diagnóstico que consiste de 56 reactivos que describen las conductas características de las personas con autismo. Los reactivos están agrupados en seis sub escalas: 1- Conductas restrictivas/ estereotipadas, 2- Interacción Social, 3- Comunicación social, 4- Respuestas emocionales, 5- Estilo Cognitivo y 6-Lenguaje maladaptativo.
Gastroenterólogo	Médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del tracto gastrointestinal, que incluye el esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, páncreas, hígado, vesícula y el sistema biliar.
Genetista	Médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de condiciones genéticas. Los genes son las unidades en los cromosomas que contienen la información para transmitir características heredadas.
Hiperactividad	Conducta caracterizada por un exceso de actividad.
Hipersensitividad/ Hipersensibilidad	La tendencia a reaccionar negativamente o con alarma a los estímulos sensoriales que generalmente se consideran inofensivos o que no irritan a los demás. También se le conoce como Defensa sensorial.
Hipertonia	Tono muscular alto o aumentado cuando un músculo está en reposo.
Hiposensitividad/ Hiposensibilidad	La falta de o poca sensibilidad a los estímulos sensoriales (ej. un niño que parece ser sordo, aunque su audición sea normal; un niño que tenga una alta tolerancia al dolor o necesidad constante de estimulación táctil).
Hipotonía	Tono muscular bajo; la disminución en el tono muscular.
Hitos del desarrollo	Las destrezas o conductas que adquieren la mayoría de los niños a cierta edad. Consisten en marcadores o guías que ayudan a los padres y profesionales a monitorear el aprendizaje, conducta y desarrollo del niño. Aunque cada niño se desarrolla de manera diferente, algunas diferencias pueden indicar retraso leve del desarrollo mientras otras pueden ser señales de aviso de retrasos significativos del desarrollo.
Hogar médico	El modelo de prestación de servicios que utiliza un enfoque de equipo mediante alianzas entre el médico primario, otros proveedores de servicios y la familia para proveer cuidados de salud. Se origina en una facilidad primaria de la salud y ofrece servicios centrados en la familia, caracterizado por un cuidado continuo, abarcador, coordinado, accesible, sensible y culturalmente sensitivo.
IDEA – <i>Individuals with Disabilities Education Act</i>	La Ley Número 108-446 del 3 de diciembre de 2004, Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades, que garantiza una educación pública, gratuita y apropiada a todos los estudiantes de 3 a 21 años de edad. También provee para servicios de intervención temprana para los infantes menores de tres años con retraso en el desarrollo.
Incidencia	El número de casos nuevos de una condición en un periodo de tiempo.
Inclusión	La participación plena de las personas con diversidad funcional en la comunidad, sistema educativo, y ambiente laboral en igualdad de condiciones que los demás con las modificaciones y acomodos requeridos.
Integración sensorial	La manera en que el cerebro recibe, organiza e interpreta la información sensorial que recibe del cuerpo y del ambiente y la transforma en respuestas adaptativas coordinadas.

Término	Definición
Intervención naturalista	Modelo de intervención que construye sobre los intereses y habilidades de la persona para producir conductas que se refuerzan de manera natural y que son apropiadas a la intervención. Consiste en un conjunto de prácticas guiadas para producir conductas específicas. Puede incluir arreglos en el ambiente, técnicas de intervención o estrategias de conducta.
Intervención temprana	La coordinación de servicios a los menores de 3 años de edad con retrasos en el desarrollo y sus familias para facilitar su desarrollo cognoscitivo, físico/motor, del habla y lenguaje, socio/emocional y de ayuda propia.
Juego	Cualquier actividad espontánea u organizada que se realiza con fines recreativos o de diversión.
Juego dramático	<i>Ver Juego simbólico.</i>
Juego simbólico	El juego en que los niños simulan hacer cosas, o ser algo o alguien. Se desarrolla típicamente entre los dos y tres años de edad. Se conoce también como juego dramático.
Kinestesia	El sentido por el cual percibimos la posición, peso y movimiento del cuerpo.
Lapso de atención	El tiempo en que una persona puede concentrarse en una tarea sin distraerse o perder interés.
Lenguaje	Sistema de símbolos que permite a las personas comunicarse. <ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje no verbal – señas, escritura y símbolos. • Lenguaje verbal – palabras, frases y oraciones habladas. • Lenguaje de señas – sistema de comunicación manual y del cuerpo utilizado primordialmente por personas sordas.
Lenguaje estereotipado	Lenguaje repetitivo o con prosodia inusual que comúnmente producen algunas personas con autismo.
Lenguaje expresivo	La habilidad para comunicar los deseos, necesidades, pensamientos, ideas o creencias en una forma simbólica de lenguaje (habla, lenguaje de señas, iconos gráficos o escritura).
Lenguaje receptivo	La habilidad para entender los deseos, necesidades, pensamientos, ideas o creencias cuando son presentadas en una forma simbólica de lenguaje (habla, lenguaje de señas, iconos gráficos o lectura).
Ley 51 – Ley de Servicios Integrales para Personas con Impedimentos	La ley para garantizar la prestación de servicios educativos integrales para personas con impedimentos, crear la Secretaría Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos y otorgarle poderes y facultades para coordinar la prestación de servicios de las agencias; establecer las responsabilidades de las agencias; reautorizar al Comité Consultivo, redefinir su composición, sus funciones y deberes; y asignar fondos. Deroga la Ley Núm. 21 del 22 de julio de 1977, conocida como “Ley del Programa de Educación Especial”.
Ley BIDA – Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo	La Ley Número 220 del 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo. Responsabiliza al Departamento de Salud con implementar estrategias públicas dirigidas a promover la investigación, desarrollo, identificación y prestación de servicios para las personas con autismo.
Links Curriculum (Star Autism Support)	Un currículo abarcador, basado en evidencia que entrelaza el avalúo y la instrucción Está dirigido a estudiantes con el TEA y otras condiciones que afectan el aprendizaje para lograr independencia en las rutinas, escolares, comunitarias y vocacionales.

Término	Definición
Maestro de Educación Especial	Un maestro con licencia que tiene un adiestramiento especializado para trabajar con estudiantes elegibles a servicios de educación especial. Además está adiestrado para llevar a cabo acomodos y modificaciones al currículo y ambiente utilizando estrategias de enseñanza para promover el aprendizaje de los estudiantes con diversidad funcional.
Manerismo Motor	Movimiento motor o postura corporal repetitiva, estereotipada o ritualista, por ejemplo, aleteo, mecer el cuerpo.
Mentor	Una persona con educación y experiencia que adiestra, provee asistencia técnica y apoyo a maestros o proveedores de servicios en las escuelas o durante intervenciones.
Mentoría	Apoyo directo a proveedores de servicios o padres relacionado a como intervenir de manera correcta. Retroalimentación sobre maneras correctas o incorrectas de llevar a cabo intervenciones. Incluye modelaje de estrategias para permitir cambios y mejorías en la intervención.
Modelaje	Demonstración de una acción para un aprendiz o una representación o simulación utilizada para enseñar una destreza.
Modificación curricular	Una adaptación en que se cambia o reduce la expectativa de ejecución de un estudiante con diversidad funcional que permite que participe del currículo general.
<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised/Follow Up – (M-CHAT R/F)</i>	Un instrumento de cernimiento que ayuda a identificar niños, entre 16 a 30 meses, en alto riesgo de tener autismo. Consiste de 20 preguntas con preguntas de seguimiento cuando hay un resultado preocupante.
Morfología	La rama de la lingüística que estudia la forma y estructura de las palabras.
Mutismo selectivo	Condición en que la persona no se comunica en algunos ambientes o contextos pero sí en otros. Usualmente se manifiesta antes de los 5 años.
Neurólogo	Médico especialista que diagnostica y trata desordenes asociados al sistema nervioso, específicamente el cerebro y la médula espinal.
Nivel de Independencia	La cantidad de asistencia física o cognitiva que necesita una persona para realizar una tarea. La asistencia puede ser provista por una persona, ambiente adaptado o el uso de equipos de asistencia tecnológica.
OCD	<i>Obsessive Compulsive Disorder. Ver Desorden obsesivo compulsivo</i>
OSEP – Office of Special Education Programs	La Oficina Federal de Educación Especial adscrita al Departamento de Educación Federal de Washington, DC.
Parte B – Ley IDEA	La reglamentación de la Ley de Educación Especial Federal (IDEA) que atiende los estudiantes de 3 a 21 años inclusive.
Parte C – Ley IDEA	La reglamentación de la Ley de Educación Especial Federal (IDEA) que atiende a los infantes y andarines de 0 – 2 años inclusive.
Patólogo de Habla y Lenguaje	Profesional licenciado que se especializa en la comunicación humana. Provee una variedad de servicios de habla, lenguaje y desordenes de tragar mayormente individualizados aunque en ocasiones en grupos pequeños. Los servicios pueden incluir cernimiento inicial, diagnóstico, avalúo, intervención, tratamiento y consultoría de problemas de habla y lenguaje y comunicación.
Patrones de intereses restringidos o estereotipados	Un patrón de preocupación constante por una gama muy limitada de intereses o actividades, en ocasiones inusuales. Es una de las características que se manifiesta en las personas con autismo.

Término	Definición
PECS – <i>Picture Exchange Communication System</i>	Un sistema de comunicación utilizado con la población con autismo que fomenta el uso de tarjetas con láminas o fotos para comunicarse. Hace énfasis en la comunicación funcional, requiere poco intercambio de información y se basa más en la información visual que en la auditiva.
Pediatra	Médico especialista en la salud de infantes, niños y adolescentes.
Pediatra del Desarrollo	Médico sub especialista en pediatría que estudia y ofrece tratamiento a los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia con un énfasis particular en el desarrollo físico, social, emocional y cognitivo.
PEI – Plan Educativo Individualizado	Un plan escrito para los estudiantes de 3-21 inclusive, elegibles a servicios de Educación Especial del Departamento de Educación (Parte B de la Ley IDEA). El PEI es desarrollado por un equipo de profesionales (maestra y proveedores de servicios, como por ejemplo terapeuta de habla y lenguaje, terapeuta ocupacional) y la familia. El PEI incluye las destrezas y necesidades del estudiante, las metas y objetivos a trabajar, la ubicación escolar del estudiante, los servicios a ofrecerse y las medidas para evaluar el progreso de los estudiantes.
Percepción visual	La habilidad que tiene el cerebro para entender el estímulo visual para determinar tamaño, forma, distancia, figura y forma de los objetos. La percepción visual permite que las personas emitan un juicio acerca del tamaño, configuración y posición de los objetos respecto al espacio.
Perseveración	El movimiento o el habla repetitivo; o la fijación con una idea o tarea, que tiene una calidad compulsiva.
Persona con discapacidad	Expresión utilizada para referirse a una persona que tenga una condición física, mental, cognitiva o sensorial a largo plazo y que requiere asistencia tecnológica y/o adaptaciones en los ambientes en que se encuentra para poder participar de los mismos.
Persona con diversidad funcional	Persona con una condición física, mental, cognitiva o sensorial a largo plazo que requiere asistencia tecnológica y/o acomodados en los ambientes en que se encuentra para poder participar de los mismos. <i>Ver Diversidad funcional.</i>
Pica	Condición en que la persona come o se mete a la boca sustancias que no son alimentos. Se considera pica si el comportamiento no corresponde al desarrollo de la persona y si el comportamiento persiste por más de un mes.
PIRE – Plan Individualizado de Rehabilitación para Empleo	Un plan escrito para los estudiantes participantes de los servicios de Rehabilitación Vocacional con el propósito de prepararse, obtener o retener un empleo, consistente en identificar las fortalezas, recursos, habilidades y capacidades del consumidor.
PISF – Plan Individualizado de Servicios a la Familia	Un plan escrito para los infantes y andarines de 0-2 años de edad y sus familias elegibles para el Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, del Departamento de Salud (Parte C de la Ley IDEA). El PISF es desarrollado por un equipo de profesionales y la familia. Incluye el estado actual de desarrollo, los resultados funcionales que se trabajarán, los servicios que se proveerán para lograr los resultados y las fechas de inicio y terminación del servicio.
Pivotal Response Treatment – PRT	Un método terapéutico que usa oportunidades incidentales de enseñanza para abordar y modificar conductas claves en cuanto a habilidades sociales, de comunicación y de conducta.

Término	Definición
Política Pública	Sistema de leyes, medidas reglamentarias, cursos de acción y prioridades fiscales, relacionadas a un asunto dado promulgado por una entidad gubernamental o sus representantes, que tiene influencia en toda la población.
Pragmática	En el lenguaje, la pragmática envuelve tres grandes destrezas comunicológicas: 1- usar el lenguaje para saludar, informar, pedir, prometer y solicitar; 2- cambiar el lenguaje de acuerdo a las necesidades del receptor o del ambiente; 3- seguir las reglas para conversar y hacer cuentos (tomar turnos, iniciar el tema, mantenerse en tema, rephrasear, usar el lenguaje no verbal y respetar el espacio personal del otro).
Pre-requisitos	Destrezas que la persona debe tener antes de enseñársele una destreza en particular para que la misma sea aprendida exitosamente.
Prevalencia	Proporción de personas que presentan una enfermedad o condición con respecto al total de la población.
Procesamiento auditivo	La habilidad de reconocer e interpretar los sonidos.
Procesamiento sensorial	La capacidad para recibir información a través de los sentidos, tanto externos como internos, y luego interpretar y utilizar esa información para funcionar de manera efectiva.
Procesamiento visual	La capacidad para interpretar estímulos visuales. Incluye la conciencia de color, discriminación visual, discriminación figura fondo y la percepción de secuencias visuales.
Propiocepción	La percepción interna de la postura, balance y posición del cuerpo, y la relación entre las diferentes partes del cuerpo.. Es crítica para el desarrollo de destrezas motores , en la planificación motora y para realizar movimientos coordinados. El sistema propioceptivo trabaja en conjunto al sistema vestibular para dar un sentido de balance y posición del cuerpo en el espacio.
Prosodia	El ritmo y la melodía del lenguaje hablado expresado por medio de la velocidad, tono, acento, inflexión o entonación. Algunas personas con autismo tienen una prosodia poco usual.
Psicólogo	Profesional con licencia que evalúa, diagnostica y trata la conducta y los procesos mentales.
Psiquiatra	Médico especialista en estudiar, prevenir, diagnosticar y tratar las condiciones mentales.
Reciprocidad social	El flujo de la interacción social; la manera en que la conducta de una persona influye y es influenciada por la conducta de otro y viceversa.
Refuerzo	En el condicionamiento operante, se refiere a cualquier objeto o evento que sigue a una conducta, que aumenta o mantiene la conducta.
Registro de Educación Especial	La planilla que se completa en los Centros de Servicios de Educación Especial de las Regiones Educativas cuando se sospecha que un niño tiene una condición que afecta su aprendizaje. Es el primer paso para determinar la elegibilidad a los servicios de educación especial.
Regulación	<i>Ver Auto-regulación.</i>
Ritual	Un patrón de conductas que se realizan de la misma manera siempre. Por ejemplo, encender y apagar las luces determinadas veces antes de entrar a una habitación.
Rutina	La manera acostumbrada de hacer algo. Algunas personas con autismo establecen rutinas específicas, no funcionales e inflexibles.

Término	Definición
Rutina natural	Un proceso cercano al ambiente natural del niño y su familia que no es estructurado artificialmente o forzado. El ambiente natural para una intervención con los padres y el niño es durante su rutina y actividades diarias típicas en el ambiente de su hogar, o centro de cuidado/educativo.
Sección 504	La sección del Acta de Rehabilitación Vocacional de 1973 (ley de derechos civiles) que prohíbe la discriminación a base de discapacidad en cualquier programa o actividad que reciba fondos federales. La definición de discapacidad es mucho más amplia bajo la Sección 504 que bajo IDEA. Todos los estudiantes de IDEA están cubiertos bajo la Sección 504, mientras que no todos los estudiantes de la Sección 504 están protegidos bajo IDEA. Un estudiante que no es elegible para servicios de educación especial bajo IDEA, puede ser elegible bajo la Sección 504.
Semántica	La rama de la lingüística que estudia los significados de las palabras, las frases y las oraciones.
Sensorial	Se refiere a lo relacionado con los sentidos. Los sentidos son visión, audición, tacto, olfato, gusto, kinestesia y propiocepción.
Servicios Relacionados	De acuerdo a la Ley IDEA de 2004, consiste en servicios de transportación, desarrollo, correctivos y otros servicios de apoyo incluyendo: servicios de patología de habla y lenguaje, servicios audiológicos, servicios de intérprete, servicios psicológicos, terapia física y ocupacional, recreación (incluyendo recreación terapéutica), servicios de trabajo social, servicios de enfermería, servicios de consejería (incluyendo consejería en rehabilitación), servicios de orientación y movilidad, servicios médicos para diagnóstico y evaluación únicamente. Los servicios son diseñados para que el estudiante pueda recibir una educación pública, gratuita y apropiada según estipulado en el PEI.
Síndrome	Un conjunto de síntomas e indicadores que colectivamente definen o caracterizan una enfermedad, trastorno o condición.
Síndrome de Angelman	Condición caracterizada por déficits en la comunicación, hiperactividad motora, brotes de risa, aleteos, convulsiones, dismorfología facial y discapacidad intelectual.
Síndrome de Cornelia de Lange	Condición genética caracterizada por baja estatura, extremidades atípicas y dismorfología facial. Las personas con este síndrome pueden ser hipersensitivas, presentar conductas impulsivas, agresivas y compulsivas, y tener déficits comunicativos y cognitivos.
Síndrome de Rett	Una de las condiciones incluida en el DSM-IV-TR dentro del continuo de autismo. El DSM-5 no lo incluye bajo autismo. Es un trastorno neurológico con base genética encontrado mayormente en mujeres que se manifiesta luego de un periodo normal de desarrollo entre los 5 a 48 meses de edad. La niña presenta retraso psicomotor, deterioro en el lenguaje receptivo y expresivo y se caracteriza por movimientos estereotipados. El DSM-5 no lo incluye bajo autismo.
Síndrome de Tourette	Una condición que se caracteriza por tics motores y vocales que pueden ocurrir simultáneamente o en diferentes ocasiones. Se manifiesta antes de los 18 años.
Síndrome X Frágil	Condición hereditaria que se caracteriza por discapacidad intelectual, pobre contacto visual, aleteo, déficit de atención, ansiedad, evasión social y retrasos en el lenguaje.

Término	Definición
Sintaxis	La rama de la lingüística que estudia la manera que se organizan las palabras para formar frases y oraciones, y para expresar conceptos.
Sistema vestibular	El sistema sensorial relacionado con el sentido de balance y orientación espacial que permite la coordinación del movimiento. Contribuye a la postura y tono muscular. Se encuentra en el oído interno. Trabaja con el sentido propioceptivo.
Socialización	La interacción con otras personas de manera cultural y contextualmente apropiada para satisfacer necesidades emocionales y físicas.
Sonsacar	Estrategia que le permite provocar que el individuo logre exitosamente cierta destreza. Se utilizan claves visuales, verbales, gestuales o físicas.
Talleres protegidos	Ambientes laborales donde todos los trabajadores tienen diversidad funcional, están supervisados continuamente y reciben una remuneración inferior al salario mínimo establecido.
TEACCH – <i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children</i>	El modelo de intervención desarrollado a principios de los años 70 en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Hace énfasis en las personas con autismo y desarrolla un programa que incluye las destrezas, intereses y necesidades de la persona. Incluye el centrarse en la persona, entender el autismo, hacer adaptaciones apropiadas y que la intervención construya sobre las destrezas e intereses existentes.
Teoría de la Mente	La habilidad cognitiva para entender estados mentales incluyendo pensamientos, creencias, intenciones, deseos, percepciones y sentimientos y para aplicar este entendimiento para predecir las acciones de otros.
Terapeuta de Habla y Lenguaje	Profesional licenciado especializado en la comunicación humana. Trabaja con infantes, niños, jóvenes y adultos que tienen problemas de habla, lenguaje o comunicación. Además trabaja con personas que presentan dificultades al alimentarse y tragar. No puede evaluar ni diagnosticar. Trabaja con recomendaciones de un Patólogo del Habla y Lenguaje.
Terapeuta Físico	Profesional licenciado que provee servicios para ayudar a mejorar o restablecer la movilidad. Participa en la evaluación y el diagnóstico de condiciones que limitan la función física motora.
Terapeuta Ocupacional	Profesional licenciado que provee servicios de evaluación y diagnóstico y de terapia para ayudar a la persona a desarrollar destrezas físicas y cognitivas que faciliten la vida independiente. Enfatiza el uso de las manos, la coordinación de los movimientos y las destrezas de auto ayuda. También atiende las necesidades sensoriales de las personas.
Tono muscular	Grado de tensión ó resistencia de un músculo en descanso y en respuesta al estiramiento.
Trabajador Social	Profesional que se dedica a utilizar los recursos sociales a beneficio de una persona, familia o comunidad con necesidades específicas para ayudar a resolver o atender sus problemas de salud, educación, pobreza, delincuencia, abandono, desamparo, discapacidad o enfermedad mental, discapacidad física, o necesidades sociales o ambientales.
Transición	En el contexto educativo, se refiere al proceso de cambios y adaptación que ocurre desde los programas de intervención temprana a la escuela y desde la escuela a la vida adulta. Las leyes que protegen los niños y jóvenes con diversidad funcional exigen que estos cambios sean planificados e incluidos en su plan individualizado para que sus servicios no sean interrumpidos.

Término	Definición
Trastorno de la Comunicación Social (Pragmática)	Condición en que se afectan los aspectos sociales del lenguaje tales como, iniciar una conversación, mantener coherencia en la conversación, seguir las reglas de la conversación o relatos, comprender contextos o la intención comunicativa que no es expresada de manera explícita.
Trastorno del Espectro de Autismo (TEA)	Ver <i>Autismo</i> .
Trastorno del lenguaje	Dificultades en adquirir y usar lenguaje debido a problemas de comprensión o producción del lenguaje.
Trastorno del Procesamiento Sensorial	Condición que se manifiesta por reacciones inusuales a la estimulación sensorial, como por ejemplo, una alta tolerancia al dolor, e hipo o hiper sensibilidad a ciertos olores, sabores o texturas. Muchas personas con autismo presentan dificultades con el procesamiento sensorial. En el DSM-5 se incluye como un criterio posible pero no necesario para el diagnóstico del TEA.
Trastorno Reactivo del Apego	Describe la falta de conductas de apego apropiadas debido a negligencia, abuso o falta de estabilidad en las relaciones con los cuidadores. Se puede manifestar por interacciones inhibidas, desinhibidas o indiscriminadas. No es concurrente con autismo.
Trastornos Obsesivos Compulsivos	Obsesiones o compulsiones que ocupan una parte significativa del día de la persona o que causan malestar significativo. Las personas con desordenes obsesivos compulsivos sin autismo, usualmente no presentan limitaciones en sus interacciones sociales y comunicación.
Vigilancia	La vigilancia del desarrollo es un proceso continuo y flexible de estrategias integradas que incluye observaciones del desarrollo de los infantes y preescolares, intercambio de información con familias y cuidadores, educación a padres, profesionales y a la comunidad. Es dirigida a promover el desarrollo, identificar y atender riesgos para el mismo, y detectar posibles retrasos o señales de autismo en niños en edad temprana.
<i>Vineland Scale of Adaptive Behavior – VABS</i>	Un instrumento utilizado para diagnosticar y evaluar. Mide conductas adaptativas incluyendo la habilidad para lidiar con cambios en el ambiente, destrezas del diario vivir e independencia. Se puede administrar desde la infancia hasta la vida adulta. Incluye escalas en las áreas de comunicación, destrezas del diario vivir, socialización, destrezas motoras, conductas mal adaptativas.
Vivienda asistida	Servicios dirigidos a proveer un hogar seguro a adultos con diversidad funcional que no tengan las destrezas necesarias para vivir de manera independiente y que necesitan supervisión o asistencia en el cuidado, seguridad y bienestar.

REFERENCIAS

- Administración de Familias y Niños (ADFAN). <http://www.adfan.pr.gov/>
- Administración de Rehabilitación Vocacional (ARV). <http://www.arv.pr.gov/>
- Administración de Seguros de Salud (ASES). <http://www.ases.pr.gov/>
- Americans with Disabilities Act*, 1990. <http://www.ada.gov/pubs/adastatute08.pdf>
- American Academy of Pediatrics*. <http://www.aap.org/>
- Autism Diagnostic Interview-Revised*. <http://www.wpspublish.com/store/p/2645/autism-diagnostic-interview-revised-adi-r>
- Autism Diagnostic Schedule, Second Edition*. <http://www.wpspublish.com/store/p/2645/autism-diagnostic-interview-revised-adi-r>
- Autism Speaks*. Manual para los primeros 100 días. www.autismspeaks.org
- Center for Inclusive Child Care*. http://www.inclusivechildcare.org/inclusion_glossary.cfm
- Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). <http://www.cdc.gov/spanish>
- Childhood Autism Rating Scale, Second Edition*. <http://www.pearsonclinical.com/education/products/100000164/childhood-autism-rating-scale-second-edition-cars2.html>
- Connecticut Guidelines for a Clinical Diagnosis of Autism Spectrum Disorder*. http://www.uconnudd.org/pdfs/ct_guidelines_for_clinical_dx_of_asd.pdf
- CSBS-DP. <http://www.brookespublishing.com/resource-center/screening-and-assessment/csbs/csbs-dp/csbs-dp-itc/>
- DIR and the DIRFloortime Approach*. <http://www.icdl.com/DIR>
- Intellectual Disability Fact Sheet*. www.dsm5.org/.../Intellectual%20Disability%20Fact%20Sheet.pdf
- Manual de Acomodos Razonables. <http://www.iniprodeh.org/Manual de Acomodos.pdf>
- M-CHAT. <https://www.m-chat.org/>
- Medline Plus*. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>
- Módulos sobre autismo. http://www.autisminternetmodules.org/mod_glos.php?mod_id=149
- National Institute of Mental Health*. www.nimh.nih.gov/
- PECS Webcast Series*. <http://www.pecs.com/webcasts/>
- Romañach, J. y Lobato, M. Diversidad Funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. <http://www.forovidaindependiente.org/node/45>
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission*. <http://www.eeoc.gov/>

**Protocolos Uniformes para la Identificación
Temprana del TEA: Vigilancia y Cernimiento
del Desarrollo 0 – 66 meses**



2018

**PROTOCOLO UNIFORME PARA
LA IDENTIFICACIÓN
TEMPRANA DEL TRASTORNO
DEL ESPECTRO DEL AUTISMO:**

**Vigilancia y Cernimiento del
Desarrollo
0 – 66 meses de edad**



Departamento de Salud
División Niños con Necesidades Médicas Especiales
2018





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Este documento constituye la Política Pública del Departamento de Salud de Puerto Rico con relación a la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo mediante la Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo desde el nacimiento hasta los 66 meses de edad.

RAFAEL RODRÍGUEZ MERCADO, MD, FAANS, FACS
SECRETARIO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2 abril 2018

FECHA



SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR Y SERVICIOS INTEGRADOS
DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES

**Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo:
Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo
0-66 meses de edad**

A. Introducción

Dos de los propósitos de la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA), son: 1- *“establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico relacionada con esta población”* y 2- *“promover la identificación temprana, diagnóstico e intervención con este desorden”*.

El propósito de este protocolo es establecer criterios y procedimientos uniformes para la identificación temprana de niños con riesgo de presentar el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), a fin de que sean referidos a una evaluación que permita establecer el diagnóstico e iniciar prontamente la intervención adecuada. La identificación temprana de la población con el TEA es de extrema importancia, dado que un diagnóstico y una intervención temprana individualizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en la prognosis a largo plazo. Este protocolo se fundamenta en un Modelo de Servicios Amigables para la Familia adoptado por el Departamento de Salud que reconoce que la participación de la familia en la toma de decisiones es esencial, y que los niños se vean vinculados a sus familias y a su entorno social.

La identificación temprana de niños con riesgo del TEA es compleja debido a que el TEA se manifiesta en una variedad de formas e intensidad en edades tempranas y por el reto que representa evaluar las alteraciones sociales propias del TEA en niños muy pequeños. Aún así, la identificación temprana puede darse desde los 18 meses de edad o antes (CDC, 2015).

El Departamento de Salud ha adoptado las prácticas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría (2006), la Academia Americana de Neurología y el Comité de Práctica de la Sociedad de Neurología Pediátrica (2000), relacionadas con la vigilancia y el cernimiento del desarrollo para la niñez temprana y para la identificación temprana de la población con el TEA.

B. Vigilancia del Desarrollo

La vigilancia del desarrollo es un proceso continuo, flexible, longitudinal y acumulativo de estrategias integradas que incluye el intercambio de información con las familias, observación del desarrollo de los infantes y preescolares, y educación a padres, profesionales, cuidadores y a la comunidad en general dirigido a detectar retraso en el desarrollo y señales del TEA en niños en edad temprana. Incluye los siguientes componentes:

1. Tomar en consideración los motivos de preocupación de los familiares o encargados.
2. Obtener y mantener un historial del desarrollo.
3. Hacer observaciones informadas y precisas del desarrollo del niño.
4. Compartir opiniones y preocupaciones con otros profesionales que cuidan o atienden al niño.
5. Identificar factores de riesgo y de protección.
6. Documentar el proceso, los hallazgos y los resultados.

Las *Guías de Servicios Preventivos Pediátricos* vigentes (2015) del Departamento de Salud establecen que la vigilancia del desarrollo se lleve a cabo en todas las visitas de cuidados preventivos pediátricos desde la infancia hasta los 21 años de edad. Lo establecido en este protocolo prevalece sobre las Guías vigentes y cualquier modificación a las mismas deberá incorporar lo establecido en este protocolo.

Con esta finalidad:

1. Se mantendrá una campaña pública continua sobre el desarrollo típico y las señales tempranas de retraso en el desarrollo y el TEA. Ejemplos de esta campaña pudieran ser entre otros: una página Web, afiches, anuncios y artículos a través de los medios masivos de comunicación, conferencias de prensa y seminarios en diferentes cónclaves.
2. La vigilancia del desarrollo también se llevará a cabo por todo programa, agencia u organización que brinde servicios a los niños en edad temprana y sus familias.

Como parte de la vigilancia, todo niño menor de 36 meses de edad que NO haya alcanzado cualquiera de los siguientes hitos del desarrollo, será referido al Sistema de Servicios de Intervención Temprana (Avanzando Juntos) bajo la Parte C de la IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act*) sin necesidad de realizar un cernimiento del desarrollo o para el TEA:

- balbuceo a los 12 meses de edad,
- gestos (ej. apuntar, decir adiós) a los 12 meses,
- palabras sencillas a los 16 meses,
- dos palabras espontáneas a los 18 meses (no ecolalia),
- frases a los 24 meses, o
- pérdida de lenguaje o destrezas sociales a cualquier edad.

Los niños de 12 a 66 meses que NO hayan alcanzado los hitos críticos anteriores, también serán referidos a una evaluación diagnóstica para el TEA, sin necesidad de realizar un cernimiento del desarrollo o para el TEA.

De igual modo, niños de 12 a 66 meses que presenten algunas de las siguientes conductas serán referidos a una evaluación diagnóstica para el TEA, sin necesidad de realizar un cernimiento del desarrollo o para el TEA:

- Hablar o balbucear con un tono de voz muy raro.
- Mostrar híper o hipo sensibilidad a algún estímulo sensorial (ej. sonidos, texturas, luces, olores).
- Hacer movimientos extraños con el cuerpo o las manos.
- Jugar con juguetes u otros objetos de forma extraña.
- Enfadarse en exceso o ser difíciles de calmar.
- Mostrar disgusto cuando se le abraza o se mima.
- Mostrar poco entusiasmo por explorar cosas nuevas o ser poco activos.
- No señalar cosas con el dedo o no pedir de esta manera las cosas que quieren.
- No balbucear o hablar con otra persona en un amago de conversación.
- No sonreír en respuesta a una sonrisa.
- No hacer contacto visual.
- No mostrar objetos a otros.
- No responder cuando se dice su nombre.
- No mirar cuando se intenta dirigir su atención hacia otros.
- No usar gestos comunes (ej. decir adiós, tirar besitos, indicar no con la cabeza).
- No mostrar que comparten alegría.
- No mostrar interés en otros niños.
- No tener una variedad de expresiones faciales.
- No soltar algún objeto aunque lleven con él mucho tiempo.

C. Cernimiento del Desarrollo

El cernimiento del desarrollo es un proceso que incluye la administración de un instrumento corto, estandarizado y validado para la identificación de niños a riesgo de retraso en el desarrollo o conducta atípica. Los resultados del cernimiento permiten identificar aquellos niños que requieren un proceso de evaluación más especializado y riguroso.

Los instrumentos para el cernimiento del desarrollo son completados con las familias. La investigación indica que los padres son una fuente de información confiable sobre el desarrollo de sus niños (Hess & Landa, 2012). Los instrumentos de cernimiento pueden ser administrados por: pediatras, médicos primarios, enfermeras, y profesionales de diferentes disciplinas como lo son maestros, cuidadores, psicólogos, patólogos de habla y lenguaje, terapeutas de habla, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, trabajadores sociales, y coordinadores de servicios, entre otros. No obstante, es esencial que las personas que administran y tabulan los resultados hayan recibido adiestramiento previo sobre el particular. Los resultados del instrumento se consideran a la luz de la demás información que provee la familia y otras fuentes.

A todos los niños, incluyendo aquellos que no presentan factores de riesgo y cuyo desarrollo aparenta estar progresando de manera típica, se les realizará un cernimiento del desarrollo utilizando un instrumento estandarizado a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad. En las visitas de los 18 y 24 meses de edad también se realizará un cernimiento específico para el TEA.

Instrumentos:

- Para el cernimiento del desarrollo a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad se utilizarán los Cuestionarios de Edades y Etapas del Desarrollo (*Ages and Stages Questionnaires - ASQ*) en su última versión.
- A todo niño que en la ASQ presente un resultado positivo o preocupante en el área Socio Individual también se le administrarán los Cuestionarios de Edades y Etapas Socio Emocional (*Ages and Stages Questionnaires Social Emotional - ASQ-SE*) en su última versión.
- Para el cernimiento del TEA a los 18 y 24 meses de edad se utilizará el *Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised/Follow-up (M-CHAT R/F)* en su última versión.

El cernimiento para el TEA también se realizará a todo niño entre 0-66 meses de edad cuando surja alguna preocupación o sospecha del TEA de parte de la familia, del pediatra/médico primario, o de cualquier profesional pertinente, incluyendo cuidadores, durante los procedimientos rutinarios de vigilancia.

Instrumentos:

- Si el infante es menor de 16 meses, se utilizarán los Cuestionarios de Edades y Etapas Socio Emocional (*ASQ-SE*) en su última versión o el *Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile (CSBS-DP)* en su última versión.
- Si el infante tiene entre 16 y 30 meses, se utilizará el *M-CHAT R/F* en su última versión.
- Con los niños mayores de 30 meses hasta los 66 meses, se utilizarán los Cuestionarios de Edades y Etapas Socio Emocional (*ASQ-SE*) en su última versión o el Cuestionario de Comunicación Social (*Social Communication Questionnaire - SCQ*) para los mayores de 4 años, siempre y cuando el menor tenga una edad mental de al menos 2 años.

D. Algoritmo para la vigilancia del TEA

Se utilizará el algoritmo vigente recomendado por la Academia Americana de Pediatría y adaptado por el Departamento de Salud para la vigilancia del TEA (Ver Anejo 1).

E. Referidos

Sospecha de retraso en el desarrollo

- **Menores de 36 meses** - Aquellos infantes menores de 36 meses, cuyos resultados del cernimiento del desarrollo sean positivos o preocupantes, serán referidos al Sistema de

Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, tal como lo requieren la Parte C de la IDEA y la Ley 51 del 1996 de Puerto Rico.

- **Entre 36 y 66 meses** - Aquellos niños entre 36 y 66 meses, cuyos resultados del cernimiento del desarrollo sean positivos o preocupantes, serán referidos al Departamento de Educación tal como lo requiere la Parte B de la IDEA y la Ley 51 del 1996 de Puerto Rico.

Sospecha del TEA

- **Menores de 36 meses** - Aquellos infantes menores de 36 meses, cuyos resultados del cernimiento para el TEA sean positivos o preocupantes, serán referidos simultáneamente:
 - al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, tal como lo requiere la Parte C de IDEA y la Ley 51 del 1996 de Puerto Rico,
 - al Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud ubicado en el Centro Pediátrico Regional del Departamento de Salud que corresponda al lugar de residencia de la familia para la coordinación de una evaluación diagnóstica para el TEA a través de los Centros del Programa, y
 - a la aseguradora correspondiente para registro en la Cubierta Especial Provisional de Autismo.
- **Entre 36 y 66 meses** - Aquellos niños entre 36 y 66 meses, cuyos resultados del cernimiento para el TEA sean positivos o preocupantes serán referidos simultáneamente:
 - al Centro de Servicios de Educación Especial del Departamento de Educación de la región correspondiente al lugar de residencia de la familia,
 - al Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud ubicado en el Centro Pediátrico Regional del Departamento de Salud correspondiente al lugar de residencia de la familia para la coordinación de una evaluación diagnóstica para el TEA a través de los Centros del Programa, y
 - a la aseguradora correspondiente para registro en la Cubierta Especial Provisional de Autismo.

Los Centros Pediátricos Regionales y los Centros de Autismo del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud serán certificados por la ASES como centros especializados para el cernimiento y diagnóstico del TEA. Una vez activada la Cubierta Especial Provisional de Autismo, no se requerirá referido o autorización del médico primario para acceder los servicios prestados en estos Centros.

F. Documentación de los cernimientos del desarrollo

Se documentará el resultado de los cernimientos del desarrollo realizados en la *Certificación de Cernimientos del Desarrollo* (Ver Anejo 2).

Toda organización, entidad pública o privada que ofrezca servicios de cuidado y desarrollo, incluyendo al Sistema de Servicios de Intervención Temprana (Avanzando Juntos) y los servicios preescolares o de apoyo a las familias, verificará que a los niños que atiende se les haya administrado los cernimientos del desarrollo y para el TEA requeridos para su edad. De no ser así, se asegurará que los

cernimientos correspondientes se completen y se documenten en la *Certificación de Cernimientos del Desarrollo* para todo niño entre 0-5 años de edad. Copia de la certificación será archivada en el expediente del niño. La familia mantendrá la original.

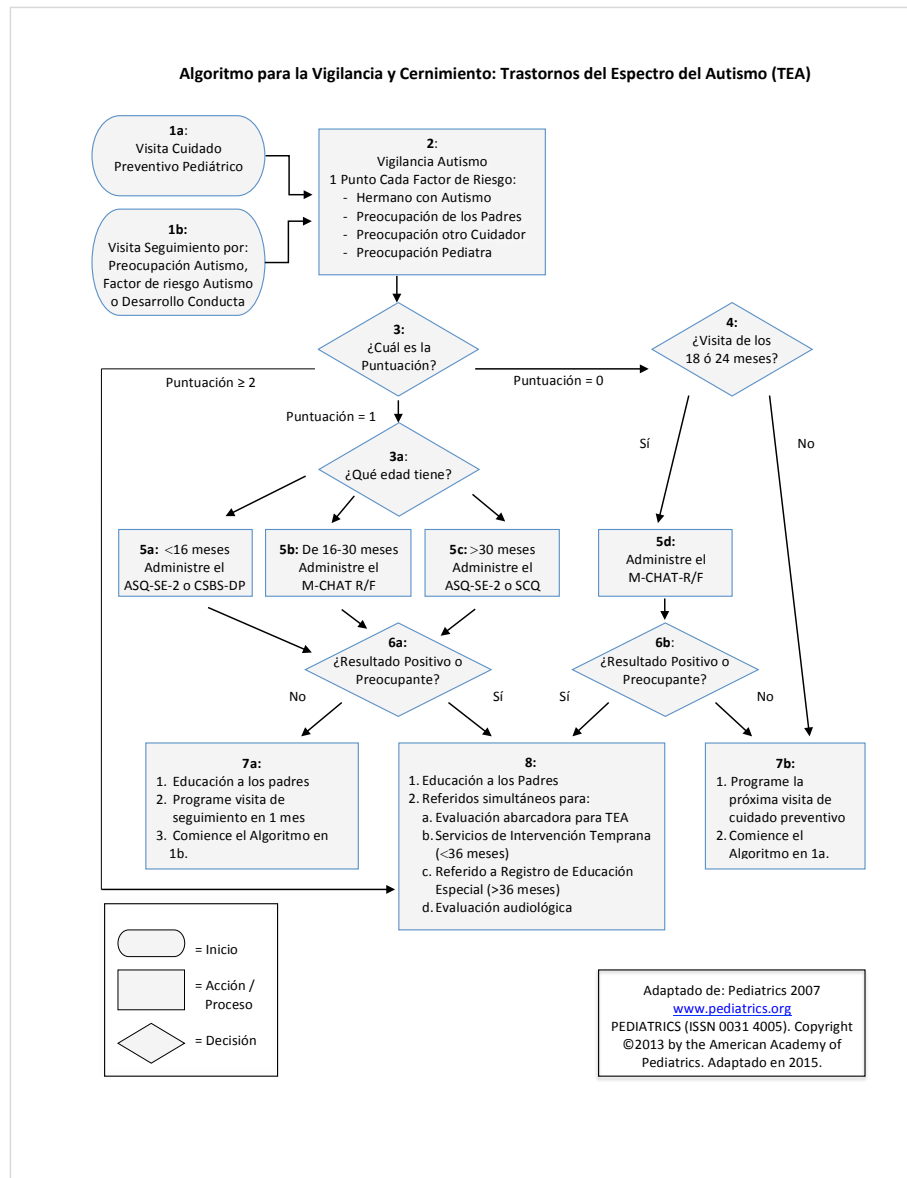
G. Vigencia

Este protocolo se hará vigente inmediatamente sea aprobado y firmado por la Secretaria de Salud. El mismo se revisará al menos cada dos años.

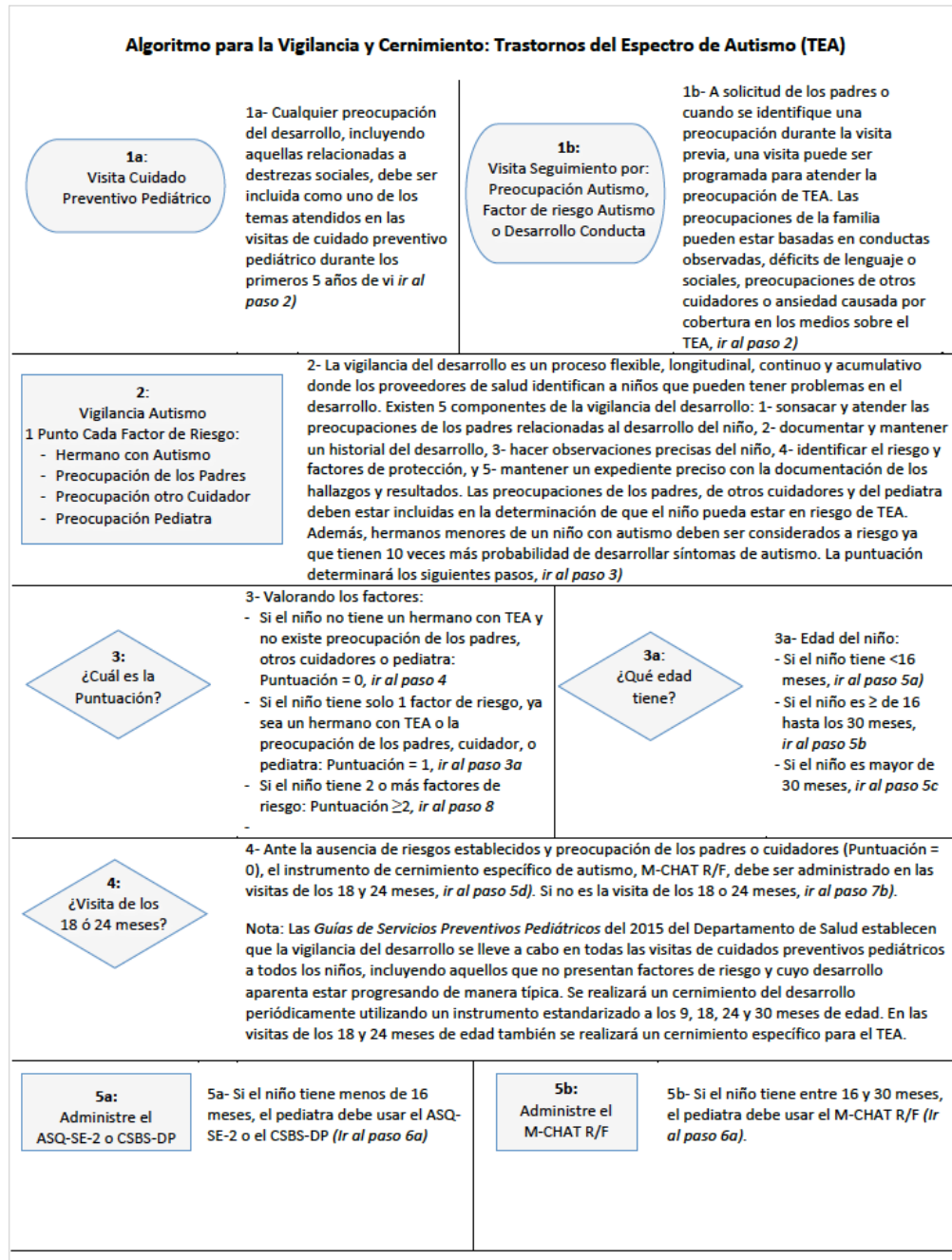
H. Referencias

- Ages and Stages Questionnaires. En, <http://www.agesandstages.com/what-is-asq/>
- Academia Americana de Pediatría (2006). *Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance in Screening*. En, <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full.pdf+html>
- American Academy of Neurology. *AAN Guideline Summary for Clinicians: Screening and Diagnosis of Autism*. En, http://tools.aan.com/professionals/practice/guidelines/guideline_summaries/Autism_Guideline_for_Patients.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Screening and Diagnosis*. (2015). En, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html?mobile=nocontent>
- Comité de Práctica de la Sociedad de Neurología Pediátrica (2000). En, www.apa.org/practice/guidelines/autism-screening-diagnosis.pdf
- Committee on Children with Disabilities. (2001). *Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children*. American Academy of Pediatrics.
- Federal Law, Regulations and Policy Letters for Part C of the IDEA*. ECTA Center. En, <http://ectacenter.org/partc/303reqs.asp>
- Guías de Servicios Preventivos Pediátricos. (2015). Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Hess, C.R. & Landa, R.J. (2012). Predictive and Concurrent Validity of Parent Concern About Young Children at Risk for Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 42(4), 575-584. En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319367/>
- IDEA 2004. En, <http://IDEA.ed.gov>
- Johnson, C.P. & Myers, S.M. (2007). Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *American Academy of Pediatrics*. En, <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.full.pdf+html>
- Ley 51 del 1996 de Puerto Rico. *Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/lexcodigoc/lexedimpedimentos.htm>
- Ley 220 del 2012 de Puerto Rico. *Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA)*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012220.htm>
- Modified Checklist for Autism in Toddlers*. En, [www2.gsu.edu/~psydlr/Diana L. Robins, Ph.D..html](http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D..html)
- Política pública del Departamento de Salud de Puerto Rico sobre la vigilancia, detección, y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en las edades de 0-3 años*. (2012).
- Wetherby, A.M. and Prizant, B.M. (2002). *CSBS-DP*. MD: Brookes.

Anejo 1




Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro de Autismo (TEA)



<p>5c: Administre el ASQ-SE-2 o SCQ</p>	<p>5c- Si el niño tiene más de 30 meses y hasta los 66 meses, el pediatra debe utilizar la ASQ-SE-2 (<i>Ir al paso 6a</i>). El SCQ después de los 4 años siempre y cuando el menor tenga al menos una edad mental de 2 años.</p>	<p>5d: Administre el M-CHAT-R/F</p>	<p>5d- Para todo niño de 18 o 24 meses presente o no factores de riesgo, el pediatra utilizará el instrumento de cernimiento de TEA, M-CHAT R/F (<i>Ir al paso 6b</i>).</p>
<p>6a: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6a- Cuando el resultado del cernimiento es negativo, <i>vaya al paso 7a</i>. Cuando el resultado del cernimiento es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>	<p>6b: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6b- Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es negativo, <i>vaya al paso 7b</i>. Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>
<p>7a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación a los padres 2. Programe la visita de seguimiento en 1 mes 3. Comience el Algoritmo en 1b. 	<p>7a- Si el niño presenta riesgo pero tiene un resultado negativo en el cernimiento, se le proveerá información a los padres sobre TEA. El pediatra citará a la familia en 1 mes para atender cualquier preocupación de TEA o del desarrollo/conducta luego del resultado negativo. El niño vuelve a comenzar en el paso 1b del algoritmo. No se recomienda esperar. Si el único factor de riesgo es un hermano con TEA, el pediatra debe mantener una alta sospecha y atender cualquier síntoma de TEA en las visitas preventivas pediátrica. La visita de seguimiento de un mes no es necesaria a menos que no surja una preocupación posterior de la familia.</p>		<p>7b:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programe la próxima visita de cuidado preventivo 2. Comience Algoritmo en 1a. <p>7b- Si no es una visita de 18 o 24 meses, o cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo, el pediatra puede informar y programar la próxima visita preventiva. El niño vuelve a comenzar el algoritmo en el paso 1a.</p>
<p>8:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación a los Padres 2. Referidos simultáneos para: <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluación abarcadora para TEA b. Servicios de Intervención Temprana c. Evaluación audiológica si se sospecha pérdida 3. Programe visita de seguimiento 	<p>8- Cuando el resultado del cernimiento es positivo para TEA en el paso 6 a o en el 6b, el pediatra debe proveer información sobre autismo a la familia. Un resultado positivo en el cernimiento de TEA no significa que el niño tiene TEA, es por esta razón que debe ser referido a una evaluación abarcadora para establecer el diagnóstico de TEA. También debe ser referido a intervención temprana o a servicio de educación temprana (dependiendo de la edad del niño), y a una evaluación audiológica (de sospechase pérdida auditiva). Un diagnóstico categórico no es necesario para acceder los servicios de intervención temprana. Estos programas con frecuencia proveen evaluaciones y otros servicios aún antes de completar el proceso de evaluaciones médicas. Un referido a servicios de intervención o a la escuela también es indicado cuando existen preocupaciones relacionadas al desarrollo/conducta, aún cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo. Se deberá programar una visita de seguimiento para el niño y volver a comenzar el algoritmo en el paso 1b. Toda comunicación entre la fuente de referido y el pediatra deberá ser coordinada.</p>		
<p>Referencia: www.aap.org</p>			

Anejo 2



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

Certificación de Cernimientos

Apellido paterno

FN: _____

Día Mes Año

Apellido materno

Nombre

Es requisito administrar, a todos los infantes, el ASQ-3 a los 9, 18, 24 y 30 meses y el M-CHAT a los 18 y 24 meses.

Edad	ASQ-3					M-CHAT	Referido	Referido a:
	C	MG	MF	RP	SI			
9 ms							S N	
18 ms							S N	
24 ms							S N	
30 ms							S N	
Otras edades:								
							S N	
							S N	
							S N	

Instrucciones: Anote la puntuación de cada área en el cuadro. C=Comunicación, MG=Motor Grueso, MF=Motor Fino, RP=Resolución de Problemas, SI=Socio-Individual

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Frente de la tarjeta

Reverso de la tarjeta

2018

**PROTOCOLO UNIFORME PARA
LA IDENTIFICACIÓN
TEMPRANA DEL TRASTORNO
DEL ESPECTRO DEL AUTISMO:**

**Vigilancia y Cernimiento del
Desarrollo
0 – 66 meses de edad**



**Versión - Plan de Salud del
Gobierno de Puerto Rico**

Departamento de Salud
División Niños con Necesidades Médicas Especiales
2018





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Este documento constituye la Política Pública del Departamento de Salud de Puerto Rico para del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico con relación a la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo mediante la Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo desde el nacimiento hasta los 66 meses de edad.



RAFAEL RODRÍGUEZ MERCADO, MD, FAANS, FACS
SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE SALUD

2 abril 2018

FECHA



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

**SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR Y SERVICIOS INTEGRADOS
DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES**

**Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo:
Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0-66 meses de edad
Versión – Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico**

A. Introducción

El propósito de este protocolo es establecer criterios y procedimientos uniformes para la identificación temprana de niños con riesgo de presentar el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), a fin de que puedan ser referidos a una evaluación que permita establecer el diagnóstico e iniciar prontamente la intervención adecuada. La identificación temprana de la población con el TEA es de extrema importancia, dado que un diagnóstico y una intervención temprana individualizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en la prognosis a largo plazo. Este protocolo se fundamenta en un Modelo de Servicios Amigables para la Familia adoptado por el Departamento de Salud que reconoce la importancia de la participación de la familia en la toma de decisiones, y que los niños se vean vinculados a sus familias y a su entorno social.

La identificación temprana de niños con riesgo del TEA es compleja debido a que el TEA se manifiesta en una variedad de formas e intensidad en edades tempranas y por el reto que representa evaluar las alteraciones sociales propias del TEA en niños muy pequeños. Aún así, la identificación temprana puede darse desde los 18 meses de edad o antes (CDC, 2015).

El Departamento de Salud ha adoptado las prácticas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría (2006), la Academia Americana de Neurología y el Comité de Práctica de la Sociedad de Neurología Pediátrica (2000), relacionadas con la vigilancia y el cernimiento del desarrollo para la niñez temprana y para la identificación temprana de la población con el TEA.

B. Vigilancia del Desarrollo

La vigilancia del desarrollo es un proceso continuo, flexible, longitudinal y acumulativo de estrategias integradas que incluye el intercambio de información con las familias, observación del desarrollo de los infantes y preescolares, y educación a padres, profesionales, cuidadores y a la comunidad en general dirigido a detectar retraso en el desarrollo y señales del TEA en niños de edad temprana. Incluye los siguientes componentes:

1. Tomar en consideración los motivos de preocupación de los familiares o encargados.
2. Obtener y mantener un historial del desarrollo.
3. Hacer observaciones informadas y precisas del desarrollo del niño.

4. Compartir opiniones y preocupaciones con otros profesionales que cuidan o atienden al niño.
5. Identificar factores de riesgo y de protección.
6. Documentar el proceso, los hallazgos y los resultados.

Las *Guías de Servicios Preventivos Pediátricos* vigentes (2015) del Departamento de Salud establecen que la vigilancia del desarrollo se lleve a cabo en todas las visitas de cuidados preventivos pediátricos desde la infancia hasta los 21 años de edad. Lo establecido en este protocolo prevalece sobre las Guías vigentes y cualquier modificación a las mismas deberá incorporar lo establecido en este protocolo.

Con esta finalidad:

1. Se mantendrá una campaña pública continua sobre el desarrollo típico y las señales tempranas de retraso en el desarrollo y el TEA. Ejemplos de esta campaña pudieran ser entre otros: una página Web, afiches, anuncios y artículos a través de los medios masivos de comunicación, conferencias de prensa y seminarios en diferentes cónclaves.
2. La vigilancia del desarrollo también se llevará a cabo por todo programa, agencia u organización que brinde servicios a los niños en edad temprana y sus familias.

Como parte de la vigilancia, todo niño menor de 36 meses de edad que NO haya alcanzado cualquiera de los siguientes hitos del desarrollo, será referido al Sistema de Servicios de Intervención Temprana (Avanzando Juntos) bajo la Parte C de la IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act*) sin necesidad de realizar un cernimiento del desarrollo o para el TEA:

- balbuceo a los 12 meses de edad,
- gestos (ej. apuntar, decir adiós) a los 12 meses,
- palabras sencillas a los 16 meses,
- dos palabras espontáneas a los 18 meses (no ecolalia),
- frases a los 24 meses, o
- pérdida de lenguaje o destrezas sociales a cualquier edad.

Los niños de 12 a 66 meses que no hayan alcanzado los hitos críticos anteriores, también serán referidos a una evaluación diagnóstica para el TEA, sin necesidad de realizar un cernimiento del desarrollo o para el TEA.

De igual modo, niños de 12 a 66 meses que presenten algunas de las siguientes conductas serán referidos a una evaluación diagnóstica para el TEA, sin necesidad de realizar un cernimiento del desarrollo o para el TEA:

- Hablar o balbucear con un tono de voz muy raro.
- Mostrar híper o hipo sensibilidad a algún estímulo sensorial (ej. sonidos, texturas, luces, olores).
- Hacer movimientos extraños con el cuerpo o las manos.
- Jugar con juguetes u otros objetos de una forma extraña.
- Enfadarse en exceso o ser difíciles de calmar.
- Mostrar disgusto cuando se le abraza o se mima.

- Mostrar poco entusiasmo por explorar cosas nuevas o ser poco activos.
- No señalar cosas con el dedo ni pedir de esta manera las cosas que quieren.
- No balbucear o hablar con otra persona en un amago de conversación.
- No sonreír en respuesta a una sonrisa.
- No hacer contacto visual.
- No mostrar objetos a otros.
- No responder cuando se dice su nombre.
- No mirar cuando se intenta dirigir su atención hacia otros.
- No usar gestos comunes (ej. decir adiós, tirar besitos, indicar no con la cabeza).
- No mostrar que comparten alegría.
- No mostrar interés en otros niños.
- No tener una variedad de expresiones faciales.
- No soltar algún objeto aunque lleven con él mucho tiempo.

C. Cernimiento del Desarrollo

El cernimiento del desarrollo se define como un proceso que incluye la administración de un instrumento corto, estandarizado y validado para la identificación de niños a riesgo de retraso en el desarrollo o conducta atípica. Los resultados del cernimiento permiten identificar aquellos niños que requieren un proceso de evaluación más especializado y riguroso.

Los instrumentos para el cernimiento del desarrollo son completados con las familias. La investigación indica que los padres son una fuente de información confiable sobre el desarrollo de sus niños (Hess & Landa, 2012). Los instrumentos de cernimiento pueden ser administrados por: pediatras, médicos primarios, enfermeras, y profesionales de diferentes disciplinas como lo son maestros, cuidadores, psicólogos, patólogos de habla y lenguaje, terapeutas de habla, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, trabajadores sociales, y coordinadores de servicios, entre otros. No obstante, es esencial que las personas que administran y tabulan los resultados hayan recibido adiestramiento previo sobre el particular. Los resultados del instrumento se consideran a la luz de la demás información que provea la familia y otras fuentes.

A todos los niños, incluyendo aquellos que no presentan factores de riesgo y cuyo desarrollo aparenta estar progresando de manera típica, se les realizará un cernimiento del desarrollo utilizando un instrumento estandarizado a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad. En las visitas de los 18 y 24 meses de edad también se realizará un cernimiento específico para el TEA.

Instrumentos:

- Para el cernimiento del desarrollo a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad se utilizarán los Cuestionarios de Edades y Etapas del Desarrollo (*Ages and Stages Questionnaires - ASQ*) en su última versión.
- Se recomienda que a todo niño que en la ASQ presente un resultado positivo o preocupante en el área Socio Individual también se le administre los Cuestionarios de Edades y Etapas Socio Emocional (*Ages and Stages Questionnaires Social Emotional*) en su última versión.

- Para el cernimiento del TEA a los 18 y 24 meses de edad se utilizará el *Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised/Follow-Up (M-CHAT R/F)* en su última versión.

El cernimiento para el TEA también se realizará a todo niño entre 0-66 meses de edad cuando surja alguna preocupación o sospecha de el TEA de parte de la familia, del pediatra/médico primario, o de cualquier profesional pertinente, incluyendo cuidadores, durante los procedimientos rutinarios de vigilancia.

Instrumentos:

- Si el infante es menor de 16 meses, se utilizarán los Cuestionarios de Edades y Etapas Socio Emocional (*ASQ-SE*) en su última versión o el *Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile (CSBS-DP)* en su última versión.
- Si el infante tiene entre 16 y 30 meses, se utilizará el *M-CHAT R/F* en su última versión.
- Con niños mayores de 30 hasta los 66 meses, se utilizarán los Cuestionarios de Edades y Etapas Socio Emocional (*ASQ-SE*) en su última versión o el Cuestionario de Comunicación Social (*Social Communication Questionnaire - SCQ*) para los mayores de 4 años, siempre y cuando el menor tenga una edad mental de al menos 2 años.

D. Algoritmo para la vigilancia del TEA

Se utilizará el algoritmo vigente recomendado por la Academia Americana de Pediatría y adaptado por el Departamento de Salud para la Vigilancia del TEA (Ver Anejo 1).

E. Referidos

Sospecha de retraso en el desarrollo

- **Menores de 36 meses** - Aquellos infantes menores de 36 meses, cuyos resultados del cernimiento del desarrollo sean positivos o preocupantes, serán referidos al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, tal como lo requieren la Parte C de la IDEA y la Ley 51 del 1996 de Puerto Rico.
- **Entre 36 y 66 meses** - Aquellos niños entre 36 y 66 meses, cuyos resultados del cernimiento del desarrollo sean positivos o preocupantes, serán referidos al Departamento de Educación tal como lo requieren la Parte B de la IDEA y la Ley 51 del 1996 de Puerto Rico.

Sospecha del TEA

- **Menores de 36 meses** - Aquellos infantes menores de 36 meses, cuyos resultados del cernimiento para el TEA sean positivos o preocupantes. serán referidos simultáneamente:
 - al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, tal como lo requiere la Parte C de IDEA y la Ley 51 del 1996 de Puerto Rico,
 - al Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud ubicado en el Centro Pediátrico Regional del Departamento de Salud que corresponda al lugar de

- o residencia de la familia para la coordinación de una evaluación diagnóstica para el TEA a través de los Centros del Programa, y
 - o a la aseguradora correspondiente para registro en la Cubierta Especial Provisional de Autismo.
- **Entre 36 y 66 meses** - Aquellos niños entre 36 y 66 meses, cuyos resultados del cernimiento para el TEA sean positivos o preocupantes serán referidos simultáneamente:
 - o al Centro de Servicios de Educación Especial del Departamento de Educación de la región correspondiente al lugar de residencia de la familia,
 - o al Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud ubicado en el Centro Pediátrico Regional del Departamento de Salud correspondiente al lugar de residencia de la familia para la coordinación de una evaluación diagnóstica para el TEA a través de los Centros del Programa, y
 - o a la aseguradora correspondiente para registro en la Cubierta Especial Provisional de Autismo.

Los Centros Pediátricos Regionales y los Centros de Autismo del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud serán certificados por la ASES como centros especializados para el cernimiento y diagnóstico del TEA. Una vez activada la Cubierta Especial Provisional de Autismo, no se requerirá referido o autorización del médico primario para acceder los servicios prestados en estos Centros.

F. Documentación de los cernimientos del desarrollo

Se documentará el resultado de los cernimientos del desarrollo realizados en la *Certificación de Cernimientos del Desarrollo* (Ver Anejo 2).

Toda organización, entidad pública o privada que ofrezca servicios de cuidado y desarrollo, incluyendo al Sistema de Servicios de Intervención Temprana (Avanzando Juntos) y los servicios preescolares o de apoyo a las familias, verificará que a los niños que atiende se les haya administrado los cernimientos del desarrollo y para el TEA requeridos para su edad. De no ser así, se asegurará que los cernimientos correspondientes se completen y se documenten en la *Certificación de Cernimientos del Desarrollo* para todo niño entre 0-5 años de edad. Copia de la certificación será archivada en el expediente del niño. La familia mantendrá la original.

G. Vigencia

Este protocolo se hará vigente inmediatamente sea aprobado y firmado por la Secretaría de Salud. El mismo se revisará al menos cada dos años.

H. Referencias

Ages and Stages Questionnaires. En, <http://www.agesandstages.com/what-is-asq/>
Academia Americana de Pediatría (2006). *Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance in Screening*. En, <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full.pdf+html>

American Academy of Neurology. *AAN Guideline Summary for Clinicians: Screening and Diagnosis of Autism*. En, http://tools.aan.com/professionals/practice/guidelines/guideline_summaries/Autism_Guideline_for_Patients.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. *Screening and Diagnosis*. En, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html?mobile=nocontent>

Comité de Práctica de la Sociedad de Neurología Pediátrica (2000). En, www.apa.org/practice/guidelines/autism-screening-diagnosis.pdf

Committee on Children with Disabilities. (2001). *Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children*. American Academy of Pediatrics.

Federal Law, Regulations and Policy Letters for Part C of the IDEA. ECTA Center. En, <http://ectacenter.org/partc/303regs.asp>

Guías de Servicios Preventivos Pediátricos. (2015). Departamento de Salud de Puerto Rico.

Hess, C.R. & Landa, R.J. (2012). Predictive and Concurrent Validity of Parent Concern About Young Children at Risk for Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 42(4), 575-584. En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319367/>

IDEA 2004. En, <http://IDEA.ed.gov>

Johnson , C.P. & Myers, S.M. (2007). Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *American Academy of Pediatrics*. En, <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.full.pdf+html>

Ley 51 del 1996 de Puerto Rico. *Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/lexcodigoc/lexedimpedimentos.htm>

Ley 220 del 2012 de Puerto Rico. *Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA)*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012220.htm>

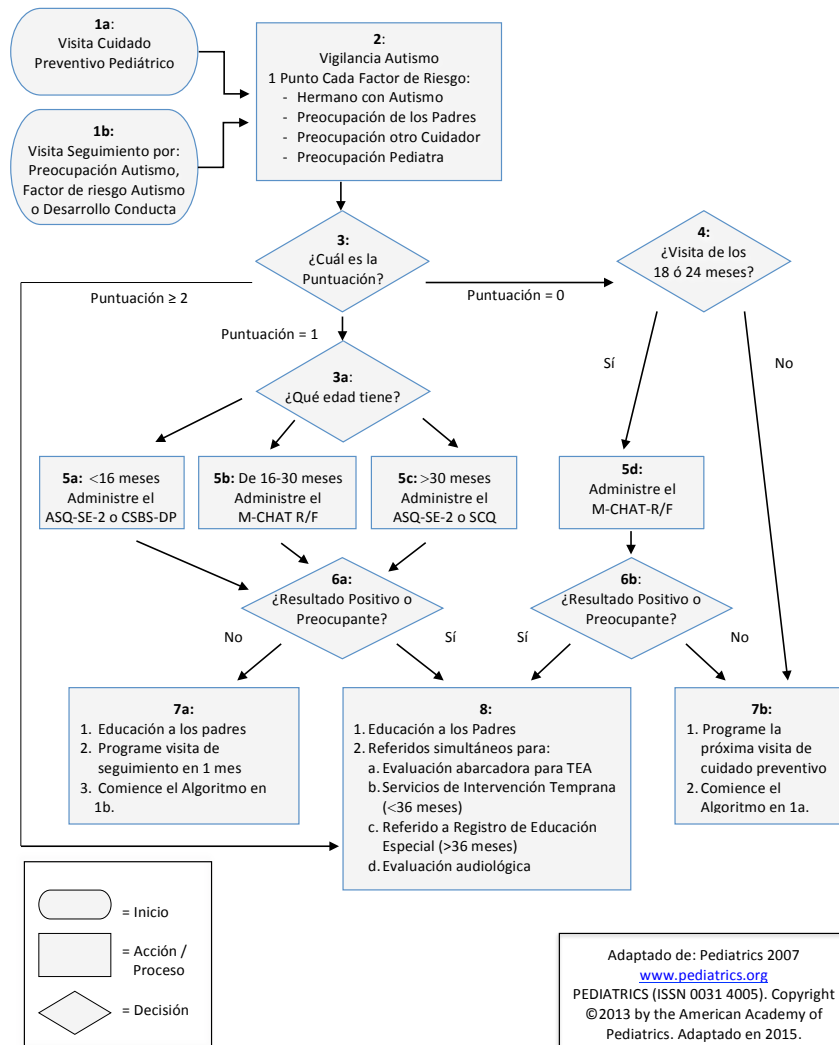
Modified Checklist for Autism in Toddlers. En, www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D..html

Política pública del Departamento de Salud de Puerto Rico sobre la vigilancia, detección, y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en las edades de 0-3 años. (2012).

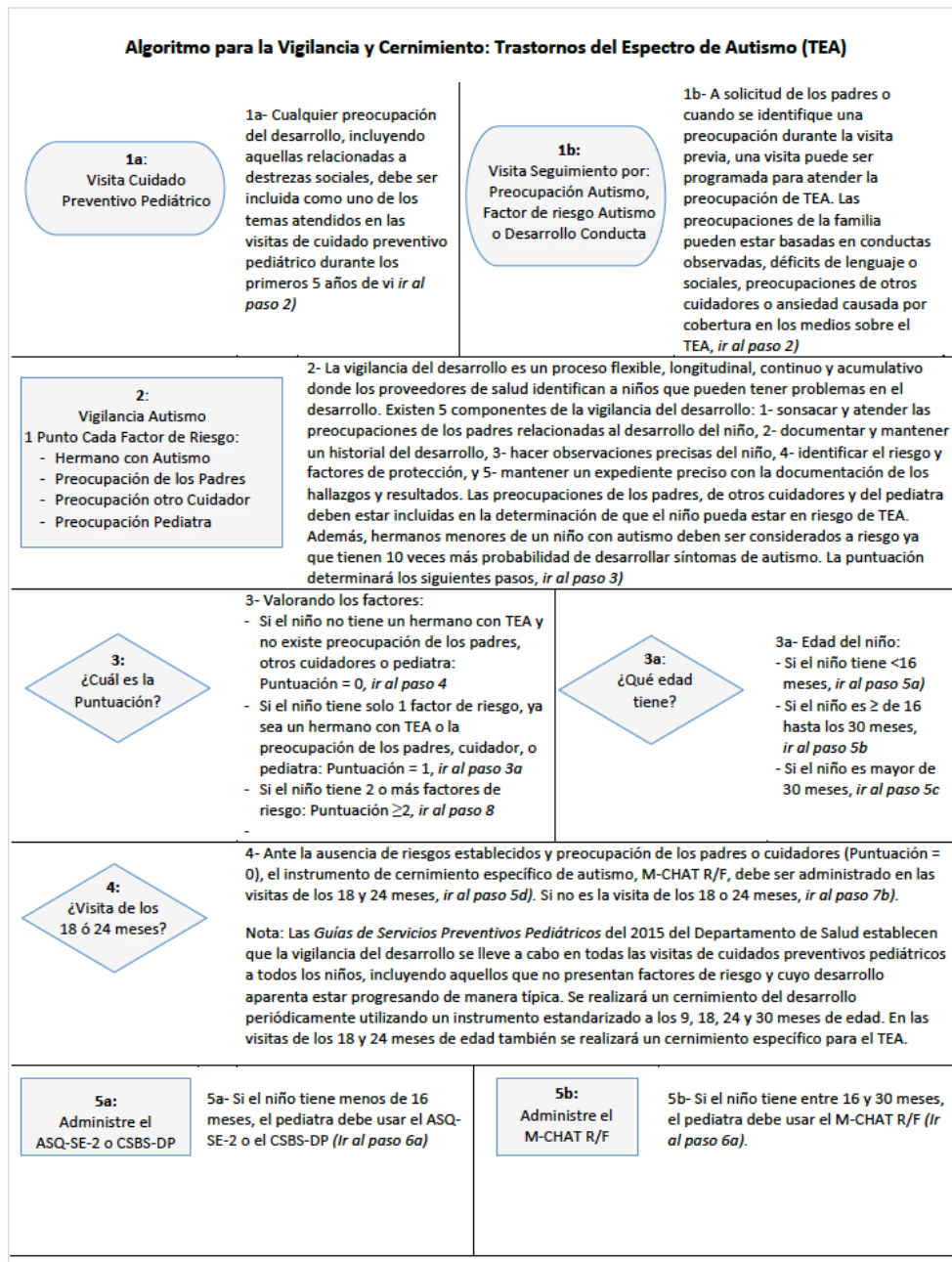
Wetherby, A.M. and Prizant, B.M. (2002). *CSBS-DP*. MD: Brookes.

Anejo 1

Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)




Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro de Autismo (TEA)



<p>5c: Administre el ASQ-SE-2 o SCQ</p>	<p>5c- Si el niño tiene más de 30 meses y hasta los 66 meses, el pediatra debe utilizar la ASQ-SE-2 (<i>Ir al paso 6a</i>). El SCQ después de los 4 años siempre y cuando el menor tenga al menos una edad mental de 2 años.</p>	<p>5d: Administre el M-CHAT-R/F</p>	<p>5d- Para todo niño de 18 o 24 meses presente o no factores de riesgo, el pediatra utilizará el instrumento de cernimiento de TEA, M-CHAT R/F (<i>Ir al paso 6b</i>).</p>
<p>6a: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6a- Cuando el resultado del cernimiento es negativo, <i>vaya al paso 7a</i>. Cuando el resultado del cernimiento es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>	<p>6b: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6b- Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es negativo, <i>vaya al paso 7b</i>. Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>
<p>7a: 1. Educación a los padres 2. Programe la visita de seguimiento en 1 mes 3. Comience el Algoritmo en 1b.</p>	<p>7a- Si el niño presenta riesgo pero tiene un resultado negativo en el cernimiento, se le proveerá información a los padres sobre TEA. El pediatra citará a la familia en 1 mes para atender cualquier preocupación de TEA o del desarrollo/conducta luego del resultado negativo. El niño vuelve a comenzar en el paso 1b del algoritmo. No se recomienda esperar. Si el único factor de riesgo es un hermano con TEA, el pediatra debe mantener una alta sospecha y atender cualquier síntoma de TEA en las visitas preventivas pediátrica. La visita de seguimiento de un mes no es necesaria a menos que no surja una preocupación posterior de la familia.</p>	<p>7b: 1. Programe la próxima visita de cuidado preventivo en 1a. 2. Comience Algoritmo en 1a.</p>	<p>7b- Si no es una visita de 18 o 24 meses, o cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo, el pediatra puede informar y programar la próxima visita preventiva. El niño vuelve a comenzar el algoritmo en el paso 1a.</p>
<p>8: 1. Educación a los Padres 2. Referidos simultáneos para: a. Evaluación abarcadora para TEA b. Servicios de Intervención Temprana c. Evaluación audiológica si se sospecha pérdida 3. Programe visita de seguimiento</p>	<p>8- Cuando el resultado del cernimiento es positivo para TEA en el paso 6 a o en el 6b, el pediatra debe proveer información sobre autismo a la familia. Un resultado positivo en el cernimiento de TEA no significa que el niño tiene TEA, es por esta razón que debe ser referido a una evaluación abarcadora para establecer el diagnóstico de TEA. También debe ser referido a intervención temprana o a servicio de educación temprana (dependiendo de la edad del niño), y a una evaluación audiológica (de sospecharse pérdida auditiva). Un diagnóstico categórico no es necesario para acceder los servicios de intervención temprana. Estos programas con frecuencia proveen evaluaciones y otros servicios aún antes de completar el proceso de evaluaciones médicas. Un referido a servicios de intervención o a la escuela también es indicado cuando existen preocupaciones relacionadas al desarrollo/conducta, aún cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo. Se deberá programar una visita de seguimiento para el niño y volver a comenzar el algoritmo en el paso 1b. Toda comunicación entre la fuente de referido y el pediatra deberá ser coordinada.</p>		
<p>Referencia: www.aap.org</p>			

Anejo 2



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

Certificación de Cernimientos

Apellido paterno

FN: _____

Día Mes Año

Apellido materno

Nombre

Es requisito administrar, a todos los infantes, el ASQ-3 a los 9, 18, 24 y 30 meses y el M-CHAT a los 18 y 24 meses.

Edad	ASQ-3					M-CHAT	Referido	Referido a:
	C	MG	MF	RP	SI			
9 ms							S N	
18 ms							S N	
24 ms							S N	
30 ms							S N	
Otras edades:								
							S N	
							S N	
							S N	

Instrucciones: Anote la puntuación de cada área en el cuadro. C=Comunicación, MG=Motor Grueso, MF=Motor Fino, RP=Resolución de Problemas, SI=Socio-Individual

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Licencia (si aplica): _____

Lugar de administración: _____ Firma: _____

Frente de la tarjeta

Reverso de la tarjeta

Protocolos Uniformes para el Diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo



2018

PROTOCOLO UNIFORME PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO



Departamento de Salud
División Niños con Necesidades Médicas Especiales
2018





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Este documento revisado constituye la Política Pública del Departamento de Salud para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo.



RAFAEL RODRÍGUEZ MERCADO, MD, FAANS, FACS
SECRETARIO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2 abril 2018

FECHA



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCIÓN A LA SALUD
DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES

Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo

A. Introducción

Dos de los propósitos de la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA), son: 1- *“establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico relacionada con esta población”* y 2- *“promover la identificación temprana, diagnóstico e intervención con este desorden”*.

El propósito de este protocolo es establecer criterios y procedimientos uniformes utilizando prácticas basadas en evidencia que permitan diagnosticar el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) a fin de los niños y jóvenes menores de 22 años de edad y sus familias puedan ser referidas prontamente para la intervención indicada.

El diagnóstico temprano del TEA depende de un sistema de vigilancia y cernimiento del desarrollo para toda la población menor de cinco años. Los criterios y procedimientos uniformes para la identificación temprana de niños con riesgo de presentar el TEA, están contenidos en el documento, *Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0 a 66 meses de edad*.

B. Referidos para evaluación diagnóstica a través del Departamento de Salud

1. El Coordinador de Servicios, Trabajadora Social u otro profesional cualificado del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud (NNES) del Centro Pediátrico o Centro de Autismo correspondiente al lugar de residencia de la familia recibirá el referido con los resultados de los cernimientos del desarrollo y para el TEA, procederá a abrir un expediente y citar a la familia para una entrevista inicial. De estar disponibles, el Coordinador de Servicios solicitará a la familia que traiga copia de las evaluaciones y cernimientos del desarrollo y para el TEA previos, e información médica. La familia también puede traer videos de las conductas de su hijo que le preocupan. Esta información NO es requisito para la evaluación diagnóstica. Los Centros Pediátricos Regionales y los Centros de Autismo del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud serán credencializados por la ASES como centros especializados para el cernimiento, diagnóstico y tratamiento del TEA. Una vez

activada la Cubierta Especial Provisional de Autismo, no se requerirá referido o autorización del médico primario para acceder los servicios prestados en estos Centros.

2. Como parte de la visita inicial, el Coordinador de Servicios, Trabajadora Social u otro profesional cualificado del Programa NNES verificará si se ha administrado uno de los siguientes instrumentos, en su versión más reciente, de acuerdo a la edad del niño o joven:
 - Menos de 16 meses: los Cuestionarios Edades y Etapas Socio Emocional (*Ages and Stages Questionnaires-Social Emotional, ASQ-SE*) en última versión o el *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP)* en su última versión.
 - De 16 a 30 meses: *Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised/Follow-up (MCHAT- R/F)* en su última versión.
 - Mayor de 30 meses hasta los 66 meses: los Cuestionarios Edades y Etapas Socio Emocional (*ASQ-SE*) en su última versión.
 - Después de los 4 años, siempre y cuando el menor tenga una edad mental de al menos 2 años: *Social Communication Questionnaire (SCQ)*.
 - De 67 meses a 11 años: *Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST)* por sus siglas en inglés.*
 - De 11 años en adelante: *Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)* por sus siglas en inglés.*

** El DSM-5 no reconoce Asperger como un diagnóstico. Sin embargo, el CAST y el ASAS son efectivos en la identificación del TEA en niños mayores de 66 meses y en jóvenes.*

De no tener los resultados de uno de estos instrumentos de cernimiento recomendados para la edad, el mismo será administrado, al menos que el menor:

- cumpla con los criterios de riesgo para el TEA del algoritmo de la Academia Americana de Pediatría (ver Anejo 1) o;
- no haya alcanzado los hitos del desarrollo críticos o presente algunas de las conductas preocupantes que aparecen en el *Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo* del Departamento de Salud (2016).

En estos casos, el equipo diagnóstico determinará la necesidad de administrar el instrumento de cernimiento para el TEA) como parte de la visita inicial.

3. En la entrevista inicial, el Coordinador de Servicios, Trabajadora Social u otro profesional cualificado del Programa NNES, verificará que el niño haya sido referido al Sistema de Servicios de Intervención Temprana (Avanzando Juntos), si es menor de 36 meses; o al Departamento de Educación, si es mayor de 36 meses. De no haber sido referido, procederá a realizar el referido.
4. De no confirmarse el riesgo de presentar el TEA se orientará a la familia sobre los pasos a seguir de acuerdo a las necesidades y preocupaciones que presente la familia y que arrojen los resultados del instrumento de cernimiento del desarrollo y para el TEA. De ser necesario, se le completará y se le entregará la hoja de Certificación de Cernimientos.
5. De confirmarse el riesgo de presentar el TEA, el Coordinador de Servicios, Trabajador Social u otro profesional cualificado del Programa NNES acordará con la familia una fecha para la

próxima cita de la evaluación diagnóstica. La evaluación diagnóstica del niño debe completarse en un término no mayor de 90 días calendario desde que se recibe el referido.

6. El Coordinador de Servicios, Trabajador Social u otro profesional cualificado del Programa NNES orientará a la familia sobre la Cubierta Especial Provisional de Autismo del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y ayudará a la familia a solicitar la misma.
7. De haber sospecha de pérdida auditiva y no haber sido evaluada previamente, se coordinará para una evaluación audiológica completa.

C. Evaluación diagnóstica a través del Departamento de Salud

El propósito de la evaluación diagnóstica es identificar las conductas características del TEA (o la ausencia de éstas) que el niño presenta y otras condiciones coexistentes. El diagnóstico se establecerá basado en una evaluación integral que incluye entrevista a los padres o encargados, observación de la conducta e interacción social del niño, un historial de su desarrollo y el uso de instrumentos estandarizados para documentar las conductas presentes.

La evaluación diagnóstica se llevará a cabo por un equipo compuesto por al menos un psicólogo clínico, escolar o consejero, y otro profesional de la salud cualificado (ejemplos: patólogo del habla y lenguaje, terapeuta ocupacional, pediatra, enfermera graduada) a través del Programa NNES, de los Centros de Autismo del Departamento de Salud, y/o cualquier otra facilidad o centro con un acuerdo de colaboración con el Departamento de Salud para tales fines.

1. La evaluación diagnóstica incluirá:
 - a. Historial Familiar, del Desarrollo y de Salud
 - b. Entrevista a los encargados sobre las destrezas, conductas, comunicación e interacciones sociales del menor.
 - c. Observación de la conducta del menor en interacción con otros y en actividades de juego y socialización propias para su edad.
 - d. Los resultados de la versión más reciente de al menos uno de los siguientes instrumentos para documentar los comportamientos presentes:
 - Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (*Autistic Diagnostic Observation Schedule*) – ADOS
 - Escala de Valoración del Autismo Infantil (*Childhood Autism Rating Scale*) – CARS
 - Escala de Valoración de Autismo Gilliam (*Gilliam Autism Rating Scale*) – GARS
 - Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada (*Autistic Diagnostic Interview Revised*) – ADI-R

Los instrumentos serán completados por profesionales con licencia y con la preparación requerida por los autores de los mismos para su administración. Entre estos: psicólogos, patólogos de habla y lenguaje, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, pediatras, médicos especialistas, audiólogos y maestros. Estos profesionales cumplirán con las competencias o cualificaciones requeridas en Puerto Rico para trabajar con la población con el TEA.

El Departamento de Salud evaluará continuamente los instrumentos disponibles para documentar los comportamientos presentes en el TEA con el propósito de actualizar la lista de instrumentos que puedan ser utilizados en el proceso de la evaluación diagnóstica.

2. El equipo evaluador revisará toda la información recopilada y determinará si el menor cumple con los criterios para el diagnóstico del TEA, de acuerdo a la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM por sus siglas en inglés).
3. El equipo diagnóstico preparará la Certificación Diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo que incluye: los procedimientos diagnósticos utilizados, historial relevante, hallazgos (incluyendo fortalezas), criterios para el diagnóstico del TEA de acuerdo a la última versión del DSM con una descripción de las conductas presentes para cada uno de los criterios establecidos, impresión diagnóstica, y recomendaciones generales para el avalúo y referidos (ver Anejo 2).

D. Resultados de la Evaluación Diagnóstica

1. Diagnóstico de TEA establecido

a. Cubierta Especial Permanente de Autismo

- 1- El Coordinador de Servicios, Trabajador Social u otro profesional cualificado orientará y asistirá a la familia para obtener la Cubierta Especial Permanente de Autismo o sobre la elegibilidad a los servicios de autismo bajo su plan privado.
- 2- Aquel menor con Cubierta Especial Permanente de Autismo bajo el PSG tiene acceso sin referidos a cualquier especialista o servicio que el pediatra o médico primario estime que necesite.

b. Menores de 2 años

En el caso de los menores de 2 años, se revisará si continúa cumpliendo con los criterios diagnósticos al año de haberse completado la evaluación diagnóstica.

c. Referidos

- 1- El Coordinador de Servicios, Trabajador Social u otro profesional cualificado coordinará una cita con el pediatra del Programa NNEs para diagnosticar o descartar condiciones coexistentes. Además, el pediatra hará los referidos pertinentes a especialistas médicos y los laboratorios o pruebas recomendadas.
- 2- El Coordinador de Servicios, Trabajador Social u otro profesional cualificado coordinará las citas para los referidos a los especialistas médicos recomendados por el pediatra.
- 3- Dependiendo de la edad del niño y con el consentimiento por escrito de la familia, el Coordinador de Servicios enviará copia de la Certificación Diagnóstica al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, si el niño es menor de 3 años; o al Centro de Educación Especial del Departamento de Educación correspondiente si el menor tiene entre 3 y 21 años.

- 4- El Coordinador de Servicios dará seguimiento para asegurar que el niño diagnosticado con el TEA tenga un Hogar Médico, haya completado el proceso de avalúo y esté recibiendo la intervención adecuada.

d. Seguimiento

- 1- El Coordinador de Servicios del Programa NNES asistirá a la familia con relación a las recomendaciones generales del equipo evaluador incluidas en la Certificación Diagnóstica.
- 2- El Coordinador de Servicios proveerá información a las familias para monitorear de manera cuidadosa a los hermanos y hermanas del niño con el TEA en su adquisición de destrezas sociales, comunicación y destrezas de juego.

d. Registro de Autismo del Departamento de Salud

El Registro de la Población con el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) se crea al amparo la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA). El propósito principal del Registro es enlazar a las familias con los servicios disponibles en la comunidad para la población con diagnóstico del TEA. Otro propósito del Registro de Autismo es obtener: un conteo, datos demográficos, información relacionada al diagnóstico y otros datos sobre la población con autismo en Puerto Rico que faciliten la planificación de servicios y el establecer políticas futuras.

- 1- Aquellos niños, jóvenes o adultos cuyos diagnósticos cumplan con los criterios arriba especificados, serán incluidos en el Registro de Autismo del Departamento de Salud.
- 2- Todo profesional de la salud licenciado en Puerto Rico está obligado a registrar a las personas diagnosticadas con autismo que residan en Puerto Rico en el Registro de Autismo. El profesional puede registrar de manera electrónica o imprimiendo y completando el Formulario para Registro (ver Anejo 3). Para registrar de manera electrónica deberá solicitar autorización para acceso al Registro a través del siguiente enlace: <https://registros.salud.gov.pr>.
- 3- La siguiente información es necesaria para registrar:
 - Últimos 4 dígitos del Seguro Social.
 - Nombre, fecha de nacimiento y sexo.
 - Diagnóstico, fecha del diagnóstico e instrumentos utilizados.
 - Otras condiciones o diagnósticos.
 - Información del profesional que hizo el diagnóstico.
 - Información de servicios y cubierta médica.
 - Información de la persona contacto.
- 4- Una vez un menor de 22 años haya sido registrado, se notificará al padre o encargado. El Coordinador de Servicios o Trabajador Social del Programa NNES contactará a la familia para ofrecerle información sobre servicios disponibles en su comunidad. El

Coordinador o Trabajador Social asistirá a la familia con los referidos a los servicios y recursos de la comunidad.

2. No Diagnóstico de TEA

- a. El equipo evaluador completará la Certificación Diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo documentando por qué el niño no reúne los criterios para el diagnóstico del TEA.
- b. El niño será referido al Coordinador de Servicios o Trabajador Social del NNES o Centros de Autismo para asistir a la familia en la coordinación de las recomendaciones generales y los referidos de acuerdo a la edad del niño.
- c. En el caso de menores de 3 años, estos deben ser referidos al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos y de continuar presentando alto riesgo para el TEA ser reevaluados, luego de recibir intervención dirigida a sus áreas de necesidad, si continúan presentando riesgo para el TEA.
- d. El Coordinador de Servicios o Trabajador Social notificará al proveedor de servicios médicos (*Third Party Administrator*) que el niño no reúne los criterios para el diagnóstico del TEA.
- e. El Coordinador de Servicios proveerá información a la familia para que continúe monitoreando el desarrollo de sus niños.

E. Estudios complementarios

Un aspecto importante del rol del pediatra incluye el diagnóstico de condiciones coexistentes. La identificación de enfermedades metabólicas o trastornos genéticos permiten poder precisar el pronóstico y riesgo de recurrencia. Cuando un niño presenta el diagnóstico de TEA, el pediatra debe realizar un examen físico y neurológico completo buscando malformaciones y signos neurológicos, y un examen dermatológico con lámpara de Wood. No existen pruebas médicas o biológicas para diagnosticar el TEA. Se seguirán las recomendaciones clínicas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la Academia Americana de Neurología y la Sociedad de Neurología Pediátrica para determinar las pruebas médicas indicadas.

F. Evaluación diagnóstica por otros recursos de la comunidad

La evaluación diagnóstica debe llevarse a cabo por profesionales que cumplan con las competencias mínimas requeridas en Puerto Rico para trabajar con la población con TEA y con la preparación requerida por los autores para el uso de los instrumentos recomendados para documentar los comportamientos presentes en el TEA.

La certificación diagnóstica incluirá un historial de salud y desarrollo, el nombre del instrumento utilizado para documentar los comportamientos de TEA presentes, una descripción detallada de las conductas presentes para cada uno de los criterios establecidos en el DSM vigente, un perfil general de fortalezas y necesidades, y recomendaciones generales sustentadas.

Solamente los niños cuyo diagnóstico cumpla con los criterios arriba especificados, serán incluidos en el Registro de Autismo del Departamento de Salud.

G. Vigencia

Este protocolo se hará vigente inmediatamente sea aprobado y firmado por la Secretaria de Salud. El mismo se revisará al menos cada dos años.

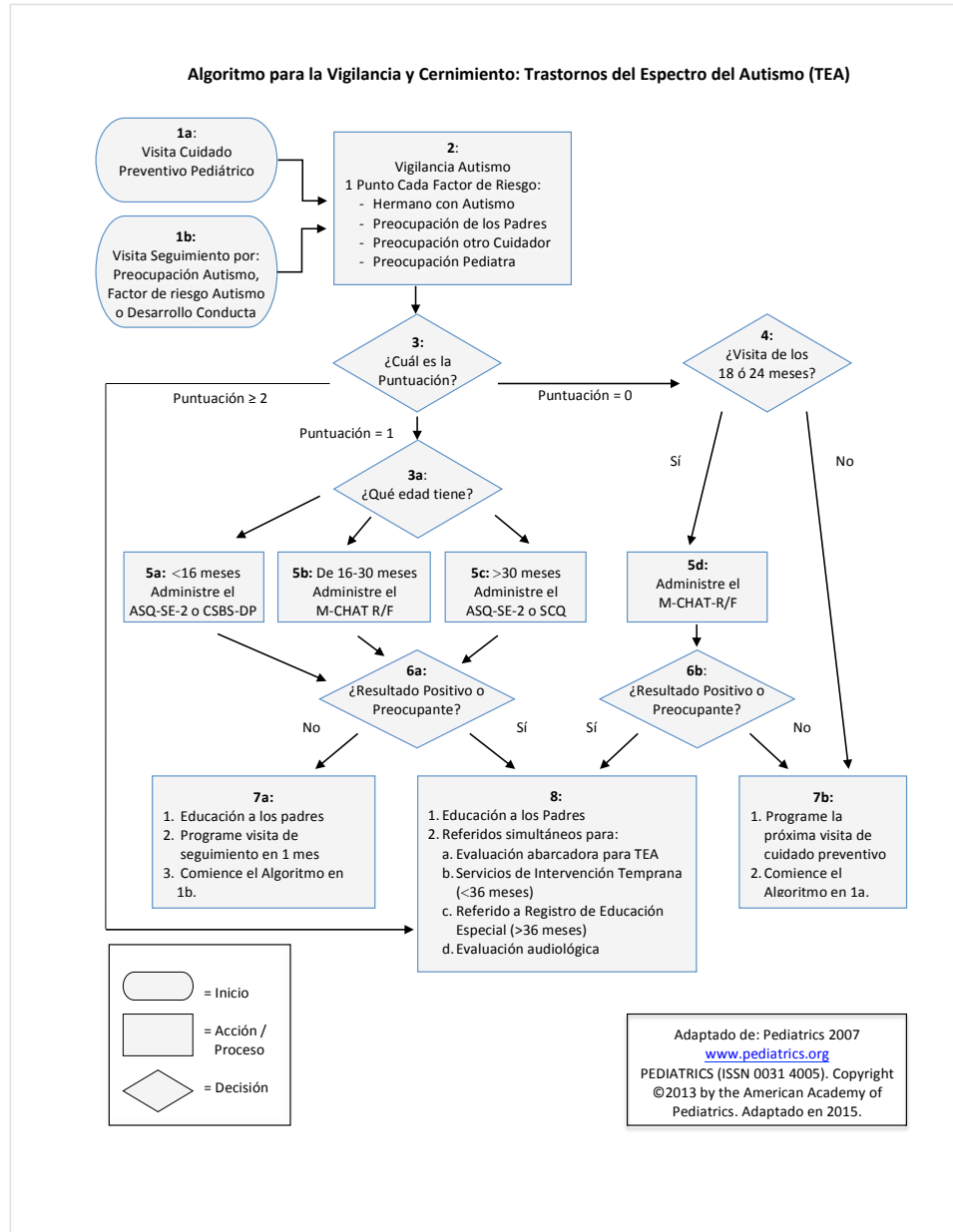
H. Referencias

- Autism Diagnostic Evaluation: Health, Family, Developmental and Behavioral History Interview Form. En, www.csus.edu/indiv/b/brocks/Courses/EDS%20243/Reader%20Material/Autism/Autism%20Diagnostic%20Evaluation%20Questionnaire.pdf
- Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/78143313>
- Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11055457>
- American Academy of Neurology. *AAN Guideline Summary for Clinicians: Screening and Diagnosis of Autism*. En, http://tools.aan.com/professionals/practice/guidelines/guideline_summaries/Autism_Guideline_for_Patients.pdf
- Autism Spectrum Disorder: Diagnostic Criteria. En, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-dsm.html>
- Childhood Autism Spectrum Test (CAST). En, https://www.google.com.pr/search?client=safari&rls=en&q=childhood+asperger+syndrome+test&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gws_rd=cr&ei=Cul0U8H-J8LlSAsIkIC4Bw#q=childhood+asperger+syndrome+test+cast&revid=1484014664&rls=en
- Centers for Disease Control and Prevention. *Screening and Diagnosis*. En, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html?mobile=nocontent>
- Escala Australiana para el Síndrome de Asperger. En, <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/ASAS>
- Guías de Servicios Preventivos Pediátricos. (2008). Departamento de Salud de Puerto Rico. IDEA 2004. En, <http://IDEA.ed.gov>
- Johnson, C.P. & Myers, S.M. (2007). *Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders*. American Academy of Pediatrics.
- Ley 51 del 1996 de Puerto Rico. *Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/lexcodigoc/lexedimpedimentos.htm>
- Ley 220 del 2012 de Puerto Rico. *Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA)*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012220.htm>
- Modified Checklist for Autism in Toddlers. En, www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D..html
- Política pública del Departamento de Salud de Puerto Rico sobre la vigilancia, detección, y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en las edades de 0-3 años. (2012).

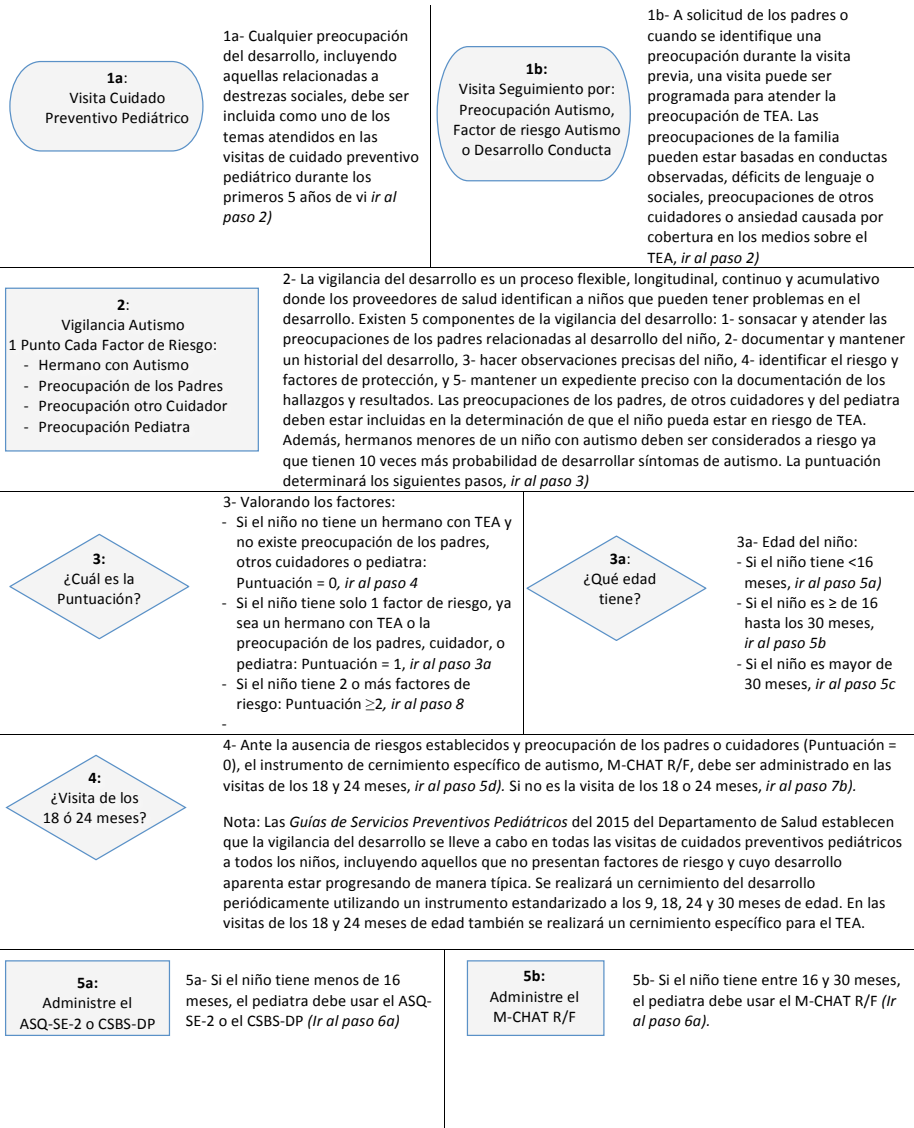
Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo:
Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0 - 66 meses de edad del Departamento de Salud de
Puerto Rico. (2016).

Zwaigenbaum, L, Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L. Chawarska, K., Constantino,
J., Dawson, G., Dobkins, K., Fein, D., Iverson, J., Klin, A., Landa, R., Messinger, D., Oxonoff, S.,
Signman, M., Stone, W., Tager-Flusberg, H., Yirmiya, N. (2009). Clinical Assessment an
Management of Toddlers with Suspected Autism Spectrum Disorder: Insights from Studies of
High-Risk Infants. *Pediatrics*. En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2833286/>

Anejo 1



Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro de Autismo (TEA)



<p>5c: Administre el ASQ-SE-2 o SCQ</p>	<p>5c- Si el niño tiene más de 30 meses y hasta los 66 meses, el pediatra debe utilizar la ASQ-SE-2 (<i>Ir al paso 6a</i>). El SCQ después de los 4 años siempre y cuando el menor tenga al menos una edad mental de 2 años.</p>	<p>5d: Administre el M-CHAT-R/F</p>	<p>5d- Para todo niño de 18 o 24 meses presente o no factores de riesgo, el pediatra utilizará el instrumento de cernimiento de TEA, M-CHAT R/F (<i>Ir al paso 6b</i>).</p>
<p>6a: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6a- Cuando el resultado del cernimiento es negativo, <i>vaya al paso 7a</i>. Cuando el resultado del cernimiento es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>	<p>6b: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6b- Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es negativo, <i>vaya al paso 7b</i>. Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>
<p>7a: 1. Educación a los padres 2. Programe la visita de seguimiento en 1 mes 3. Comience el Algoritmo en 1b.</p>	<p>7a- Si el niño presenta riesgo pero tiene un resultado negativo en el cernimiento, se le proveerá información a los padres sobre TEA. El pediatra citará a la familia en 1 mes para atender cualquier preocupación de TEA o del desarrollo/conducta luego del resultado negativo. El niño vuelve a comenzar en el paso 1b del algoritmo. No se recomienda esperar. Si el único factor de riesgo es un hermano con TEA, el pediatra debe mantener una alta sospecha y atender cualquier síntoma de TEA en las visitas preventivas pediátrica. La visita de seguimiento de un mes no es necesaria a menos que no surja una preocupación posterior de la familia.</p>	<p>7b: 1. Programe la próxima visita de cuidado preventivo 2. Comience Algoritmo en 1a.</p>	<p>7b- Si no es una visita de 18 o 24 meses, o cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo, el pediatra puede informar y programar la próxima visita preventiva. El niño vuelve a comenzar el algoritmo en el paso 1a.</p>
<p>8: 1. Educación a los Padres 2. Referidos simultáneos para: a. Evaluación abarcadora para TEA b. Servicios de Intervención Temprana c. Evaluación audiológica si se sospecha pérdida 3. Programe visita de seguimiento</p>	<p>8- Cuando el resultado del cernimiento es positivo para TEA en el paso 6 a o en el 6b, el pediatra debe proveer información sobre autismo a la familia. Un resultado positivo en el cernimiento de TEA no significa que el niño tiene TEA, es por esta razón que debe ser referido a una evaluación abarcadora para establecer el diagnóstico de TEA. También debe ser referido a intervención temprana o a servicio de educación temprana (dependiendo de la edad del niño), y a una evaluación audiológica (de sospechase pérdida auditiva). Un diagnóstico categórico no es necesario para acceder los servicios de intervención temprana. Estos programas con frecuencia proveen evaluaciones y otros servicios aún antes de completar el proceso de evaluaciones médicas. Un referido a servicios de intervención o a la escuela también es indicado cuando existen preocupaciones relacionadas al desarrollo/conducta, aún cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo. Se deberá programar una visita de seguimiento para el niño y volver a comenzar el algoritmo en el paso 1b. Toda comunicación entre la fuente de referido y el pediatra deberá ser coordinada.</p>		

Referencia: www.aap.org

Anejo 2



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES
PROGRAMA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Certificación Diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL				
Nombre/Inicial		Apellido paterno		Apellido materno
Fecha de Nacimiento: día mes año		Edad años meses	Sexo F M	# Expediente
Municipio/País de Nacimiento:				# SS - XXXX-XX- _____
Dirección postal	Dirección física		Teléfonos: Hogar: Celular: Trabajo: Correo-electrónico:	
Nombre del Padre/Madre o Encargado			Fecha del Informe: Día Mes Año	

REFERIDO

Referido por:	Relación con el participante:
---------------	-------------------------------

Razón del referido:

- Alto riesgo para autismo de acuerdo al algoritmo de la AAP (debe marcar al menos 2)
 - Hermano/a con autismo
 - Preocupación de familia
 - Preocupación de pediatra/médico primario
 - Preocupación de cuidador
- Cernimiento demostró riesgo para TEA (escoja instrumento/s utilizado/s):
 - Edades y Etapas Socio Emocional (ASQ-SE-2) Modified Checklist for Autism in Toddlers-R/F (M-CHAT R/F)
 - Communication and Symbolic Behavior Scales-DP (CSBS-DP) Childhood Asperger Syndrome Test (CAST)
 - Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) Social Communication Questionnaire (SCQ) Otro:
- Presenta:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pobres destrezas sociales <input type="checkbox"/> Inflexibilidad <input type="checkbox"/> Pobre comunicación/lenguaje <input type="checkbox"/> Conducta oposicional <input type="checkbox"/> Conducta atípica o repetitiva <input type="checkbox"/> Destrezas motoras finas pobres <input type="checkbox"/> Destrezas motoras gruesas pobres 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pobre integración sensorial <input type="checkbox"/> Impulsividad o hiperactividad <input type="checkbox"/> Atención o concentración pobre <input type="checkbox"/> Agresividad (a sí mismo o hacia otros) <input type="checkbox"/> Funcionamiento adaptativo pobre <input type="checkbox"/> Intereses restringidos
--	--

Certificación Dx del TEA
Rev. 07-28-2016

DS-AUT-003

Página 1 de 6

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		
Método	Completado por	Fecha
<input type="checkbox"/> Entrevista a padres o encargado		
<input type="checkbox"/> Observación semi estructurada de interacción/juego		
<input type="checkbox"/> Childhood Autism Rating Scale (CARS-2)		
<input type="checkbox"/> Gilliam Autism Rating Scale (GARS-3)		
<input type="checkbox"/> Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)		
<input type="checkbox"/> Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2)		
<input type="checkbox"/> Otros instrumentos estandarizados: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Entrevista al participante		
<input type="checkbox"/> Otro:		

HISTORIAL RELEVANTE

A través de la revisión de documentos y evaluaciones previas, y de la información disponible, se identificaron los siguientes datos relevantes en su historial:

Incluir:

- Los padres/encargados de _____ se han estado preocupando por su desarrollo desde _____ durante el embarazo....
- nació a las _____ semanas por cesárea debido a _____
- al momento del nacimiento....
- su peso al nacer fue _____ y midió _____
- estuvo en la unidad de cuidados intensivos neonatales por ____ días por _____
- su desarrollo temprano se ha caracterizado por _____
- la edad en que la familia observó señales preocupantes fue a los _____.
- ha presentado los siguientes problemas de salud:
 - _____ por lo que ha recibido tratamiento/ seguimiento y/o le ha sido prescrito ---
- ha presentado problemas del _____, (sueño, alimentación) desde _____
- ha presentado problemas sensoriales que incluyen _____
- el historial de salud de su familia incluye _____
- actualmente asiste a (programa pre-escolar, Head Start, Early Head Start, escuela, cuidado) en _____ en el cual _____
- actualmente vive con _____ en _____
- ha recibido las siguientes evaluaciones:

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

HALLAZGOS

Según el historial y los hallazgos de la evaluación realizada, _____ presenta las siguientes destrezas y fortalezas:

Comunicación Social:

Socialización:

Conducta:

Otras:

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
(Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición, DSM-5)

El historial y los hallazgos de la evaluación realizada evidencian las siguientes dificultades en el desarrollo de _____ relacionadas con el Trastorno del Espectro del Autismo (Incluya ejemplos):

A. Déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diferentes contextos (3/3)

A.1. Déficit en reciprocidad socio-emocional

No hay evidencia

A.2. Déficits en conductas comunicativas no verbales para la interacción social

No hay evidencia

A.3. Déficits en desarrollar, mantener y entender relaciones

No hay evidencia

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (2/4)

B.1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotípica.

No hay evidencia

B.2. Insistencia en rutinas o patrones ritualizados de conducta verbal o no verbal; poca tolerancia al cambio

B.3. Intereses altamente restringidos que son anormales en intensidad o enfoque.

No hay evidencia

Certificación Dx del TEA
Rev. 07-28-2016

DS-AUT-003

Página 4 de 6

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

B.4. Hiper o hipo reactivo a los estímulos sensoriales o un interés inusual en los aspectos sensoriales del ambiente

No hay evidencia

- C. Las deficiencias evidenciadas han estado presente desde las primeras fases del desarrollo.
- D. Las deficiencias evidenciadas representan impedimentos significativos en el funcionamiento social, familiar y vida independiente.
- E. Las deficiencias evidenciadas no se explican mejor por una discapacidad intelectual u otro desorden del desarrollo.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Según el historial y el perfil de fortalezas y necesidades evidenciado al momento de la evaluación, _____:

- NO cumple** con los criterios para un diagnóstico del **Trastorno del Espectro del Autismo**.
- Cumple** con los criterios para un diagnóstico del **Trastorno del Espectro del Autismo** según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana, Quinta Edición (DSM-5)*, 299.00 y del *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10*, por sus siglas en inglés), F84, por lo que el equipo evaluador determina lo siguiente:

AUTISMO

- Con Impedimento Intelectual
- Con impedimento lingüístico

Nivel 1 = Requiere apoyo
Nivel 2 = Requiere apoyo sustancial
Nivel 3 = Requiere apoyo muy sustancial

Nivel de Severidad

- ___ A. Comunicación e interacción social
- ___ B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades

Otras condiciones concurrentes:

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

RECOMENDACIONES PARA EL AVALÚO / REFERIDOS
Incluya la razón o justificación para cada Recomendación y Referido

Miembros del Equipo Evaluador (mínimo 2):

_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Rol / # Lic.
_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Rol / # Lic.
_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Rol / # Lic.

Padres/ Encargados:

Certifico con mi firma que este informe diagnóstico se ha discutido conmigo y que he respondido a las preguntas o dudas que he presentado.

_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Relación con el Participante
_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Relación con el Participante

Fecha		

Certificación Dx del TEA
Rev. 07-28-2016

DS-AUT-003

Página 6 de 6

Anejo 3

Departamento de Salud de Puerto Rico
FORMULARIO DE REGISTRO DE LA PERSONA CON AUTISMO



TIPO DE REGISTRO: <input type="checkbox"/> Registro Inicial <input type="checkbox"/> Someter información adicional/correcciones		INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE ESTABLECIÓ EL DIAGNÓSTICO		
INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON AUTISMO		Nombre	I. Primer Apellido	Segundo Apellido
Últimos 4 dígitos del Seguro Social XXX-XX- ____ ____ ____ ____		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)		
Nombre	I.	Primer Apellido	Segundo Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Municipio/País de Nacimiento:		
DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> DSM-5: Trastorno del Espectro de Autismo <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Autismo <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Síndrome Asperger <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Trastorno Generalizado del Desarrollo, NOS <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Síndrome Rett <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Desorden Desintegrativo de la Niñez				
NIVEL DE SEVERIDAD: Comunicación Social <input type="checkbox"/> Nivel 1: Requiere apoyo sustancial <input type="checkbox"/> Nivel 2: Requiere apoyo muy sustancial		Patrones Restrictivos y Repetitivos <input type="checkbox"/> Nivel 1: Requiere apoyo sustancial <input type="checkbox"/> Nivel 3: Requiere apoyo muy sustancial		
Instrumentos/Referencias utilizadas para documentar las observaciones de la conducta (Puede marcar más de una) <input type="checkbox"/> ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised <input type="checkbox"/> ADOS-2 – Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition <input type="checkbox"/> ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule <input type="checkbox"/> CARS-2 – Childhood Autism Rating Scale Second-Edition <input type="checkbox"/> GARS-3 – Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Ed, Text Revision <input type="checkbox"/> DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Ed <input type="checkbox"/> Otros instrumentos utilizados: <input type="checkbox"/> Ninguno				
Fecha en que se estableció el diagnóstico (Año/Mes/Día)		Edad en que se observaron las señales por primera vez		
Municipio o País de residencia cuando se diagnosticó: Indique otras condiciones o diagnósticos que tiene la persona (Puede marcar más de una) <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Inmunológico <input type="checkbox"/> Esclerosis Tuberosa <input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño <input type="checkbox"/> Macrocefalia <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad <input type="checkbox"/> Síndrome Down <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Síndrome Rett <input type="checkbox"/> Otras condiciones: <input type="checkbox"/> Síndrome Tourette <input type="checkbox"/> Síndrome X-Frágil <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales				
<i>Gracias por tomar de su tiempo para completar este formulario. Toda la información recopilada es de vital importancia para la planificación y evaluación de servicios e iniciativas dirigidas a la población con autismo. De tener preguntas relacionadas al Registro de Autismo puede comunicarse al Departamento de Salud al (787) 522-6311 o (787) 284-2900 ó centredautismo@salud.pr.gov</i>				
INFORMACIÓN DE CONTACTO: PADRES/CUSTODIOS/PERSONA CON AUTISMO				
Nombre		I.	Primer Apellido	Segundo Apellido
Correo electrónico		Teléfono	Otro Teléfono	
Dirección Postal de la Persona Contacto				
Urbanización/P.O. Box			Calle y Número	
Municipio			Código Postal	
Relación con la persona con autismo: ¿Tiene la persona con autismo familiares con lazos sanguíneos que tienen o tuvieron autismo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce Si contestó que Sí, favor de marcar todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Hermano/Hermana <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Otros familiares, especifique: <input type="checkbox"/> Sobrinos/Sobrinas <input type="checkbox"/> Madre/Padre				

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE REGISTRO DE LA PERSONA CON AUTISMO

Favor de marcar las respuestas con una marca de cotejo en la caja y contestar en letra de molde aquellas respuestas que requieran información adicional.

Tipo de Registro

- Registro Inicial – es la primera vez que una persona es registrada por un profesional que establece el diagnóstico.
- Someter información adicional/correcciones – se utiliza para actualizar o corregir información de un registro ya existente incluyendo un cambio de diagnóstico.

Información de la Persona con Autismo

- Últimos 4 dígitos del Seguro Social – Favor de no entrar el número de Seguro Social completo.
- Fecha de nacimiento – Primero el año de nacimiento, luego el mes y por último el día (Año/Mes/Día).
- Sexo – Indique Masculino o Femenino

Diagnóstico

- Solamente se puede seleccionar uno.

Nivel de severidad

- Solamente puede seleccionar uno para la Comunicación Social y uno para los Patrones Restrictivos y Repetitivos.

Instrumentos/Referencias utilizadas

- Puede seleccionar todos los instrumentos o referencias que fueron utilizados para documentar las observaciones de la conducta.
- Si está haciendo un cambio de diagnóstico, marque los instrumentos que fueron utilizados para determinar que ya no cumple con los criterios para el diagnóstico de autismo.
- Si utilizó algún otro instrumento que no está en la lista, favor de incluir el nombre.
- Si no utilizó un instrumento para documentar observaciones, marque Ninguno.

Fecha en que se estableció el diagnóstico

- Anote la fecha en que se estableció el diagnóstico de autismo por primera vez.
- Si no sabe la fecha, escriba *Se desconoce*.

Edad en que se observaron las señales por primera vez

- Anote la edad en que la familia o algún cuidador observó las conductas preocupantes o típicas del autismo por primera vez.
- Si no sabe la edad, escriba *Se desconoce*.

Municipio o país en que se diagnosticó

- Indique el municipio de Puerto Rico o país de residencia en que se diagnosticó por primera vez.

Otras condiciones o diagnósticos que tiene la persona

- Seleccione todas las condiciones o diagnósticos confirmados de la persona con autismo.
- Si alguna condición o diagnóstico no está en la lista debe añadirla.

Información del Profesional que estableció el diagnóstico

- Esta sección corresponde a la persona que establece el diagnóstico actual.
- Se requiere que las personas que lleven a cabo evaluaciones diagnósticas de autismo sean profesionales con licencia vigente en Puerto Rico y con la preparación requerida por los autores de los instrumentos diagnósticos utilizados.
- Si el diagnóstico fue determinado por un equipo, se requiere incluir el número de licencia de uno de los profesionales del equipo para poder validar el Registro.
- Indique las disciplinas de otros profesionales que participaron en la evaluación diagnóstica.

Información de Servicios y Cubierta Médica

- Favor de indicar solamente aquellos servicios que están dirigidos a atender su condición de autismo.
- Seleccione todos los servicios que apliquen.
- Si la persona con autismo tiene 22 años o más, indique si está estudiando. Si no está estudiando, indique el nivel de escolaridad alcanzado.
- Indique si la persona con autismo está empleada actualmente. Si está empleada indique si es a tiempo parcial o a tiempo completo. Si contestó No, indique el tiempo que lleva desempleado.
- Indique si la persona con autismo tiene cubierta médica, de tenerla indique si es privada o del gobierno. Además, indique si la persona tiene la Cubierta Especial de Autismo.

Información de Contacto Padres/Custodios/Persona con Autismo

- Indique el nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico de la persona contacto.
- Anote la relación que tiene la persona contacto con la persona con autismo.
- Indique si la persona con autismo tiene familiares con lazos sanguíneos que tienen o tuvieron autismo. Si contesta que Sí, indique la relación y marque todas las que apliquen.

Gracias por tomar de su tiempo para completar este formulario. Toda la información recopilada es de vital importancia para la planificación y evaluación de servicios e iniciativas dirigidas a la población con autismo. De tener preguntas relacionadas al Registro de Autismo puede comunicarse al Departamento de Salud al Centro de Autismo al 787-522-6311 o al Centro Ponceño de Autismo al (787) 284-2900. Puede enviar este formulario por fax al 787-522-3953 o al correo electrónico: centrodeautismo@salud.pr.gov

2018

PROTOCOLO UNIFORME PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO



Versión Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud
División Niños con Necesidades Médicas Especiales
2018

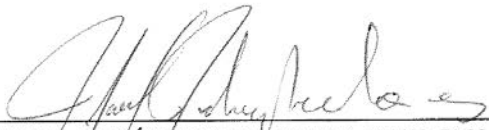




GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Este documento revisado constituye la Política Pública del Departamento de Salud para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.



RAFAEL RODRÍGUEZ MERCADO, MD, FAANS, FACS
SECRETARIO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2 abril 2018
FECHA



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCIÓN A LA SALUD
DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES

Protocolo Uniforme para el Diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo

A. Introducción

Dos de los propósitos de la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BIDA), son: 1- *“establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico relacionada con esta población”* y 2- *“promover la identificación temprana, diagnóstico e intervención con este desorden”*.

El propósito de este protocolo es establecer criterios y procedimientos uniformes utilizando prácticas basadas en evidencia que permitan diagnosticar el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) a fin de los niños y jóvenes menores de 22 años de edad y sus familias puedan ser referidas prontamente para la intervención indicada.

El diagnóstico temprano del TEA depende de un sistema de vigilancia y cernimiento del desarrollo para toda la población menor de cinco años. Los criterios y procedimientos uniformes para la identificación temprana de niños con riesgo de presentar el TEA, están contenidos en el documento, *Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0 a 66 meses de edad*.

B. Referidos para evaluación diagnóstica a través del Departamento de Salud

1. El Coordinador de Servicios, Trabajadora Social u otro profesional cualificado del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud (NNES) del Centro Pediátrico o Centro de Autismo correspondiente al lugar de residencia de la familia recibirá el referido con los resultados de los cernimientos del desarrollo y para el TEA, procederá a abrir un expediente y citar a la familia para una entrevista inicial. De estar disponibles, el Coordinador de Servicios solicitará a la familia que traiga copia de las evaluaciones y cernimientos del desarrollo y para el TEA previos, e información médica. La familia también puede traer videos de las conductas de su hijo que le preocupan. Esta información NO es requisito para la evaluación diagnóstica. Los Centros Pediátricos Regionales y los Centros de Autismo del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud serán credencializados por la ASES como centros especializados para el cernimiento, diagnóstico y tratamiento del TEA. Una vez

- Mayor de 30 hasta los 66 meses: los Cuestionarios Edades y Etapas Socio Emocional (ASQ-SE) en su última versión.
- Después de los 4 años, siempre y cuando el menor tenga una edad mental de al menos 2 años: *Social Communication Questionnaire (SCQ)*.
- De 67 meses a 11 años: *Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST* por sus siglas en inglés).*
- De 11 años en adelante: *Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS* por sus siglas en inglés).*

* *El DSM-5 no reconoce Asperger como un diagnóstico. Sin embargo, el CAST y el ASAS son efectivos en la identificación del TEA en niños mayores de 66 meses y en jóvenes.*

De no tener los resultados de uno de estos instrumentos de cernimiento recomendados para la edad, el mismo será administrado, al menos que sea una persona menor de 66 meses de edad que:

- cumpla con los criterios de riesgo para el TEA del algoritmo de la Academia Americana de Pediatría (ver Anejo 1) o;
- no haya alcanzado los hitos del desarrollo críticos o presente algunas de las conductas preocupantes que aparecen en el *Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo* del Departamento de Salud (2016).

En estos casos, el proveedor determinará la necesidad de administrar el instrumento de cernimiento para el TEA como parte de la visita inicial.

3. De no confirmarse el riesgo de presentar el TEA, se orientará a la familia sobre los pasos a seguir de acuerdo a sus necesidades y preocupaciones.
4. De confirmarse el riesgo de presentar el TEA, el médico primario orientará a la familia sobre la Cubierta Especial Provisional de Autismo del PSG.
5. De no contar con la Cubierta Especial Provisional de Autismo, el proveedor completará el formulario de registro para la cubierta y lo hará llegar a la aseguradora.
6. El proveedor de servicios de salud además referirá al niño para evaluación diagnóstica del TEA a un profesional cualificado para hacer evaluaciones diagnósticas o a los Centros del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud (NNES) del Departamento de Salud. Los Centros Pediátricos Regionales y los Centros de Autismo del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud serán certificados por la ASES como centros credencializados para el cernimiento, diagnóstico y tratamiento del TEA. Una vez activada la Cubierta Especial Provisional de Autismo, no se requerirá referido o autorización del médico primario para acceder los servicios prestados en estos Centros.
7. De haber sospecha de pérdida auditiva y no haber sido evaluada previamente, se referirá a una evaluación audiológica completa.

C. Evaluación diagnóstica

El propósito de la evaluación diagnóstica es identificar las conductas características del TEA (o la ausencia de éstas) que el niño presenta y otras condiciones coexistentes. El diagnóstico se establecerá basado en una evaluación integral que incluye entrevista a los padres o encargados, observación de la conducta e interacción social de la persona, un historial de su desarrollo y el uso de instrumentos estandarizados para documentar las conductas presentes.

La evaluación diagnóstica se llevará a cabo por uno de los siguientes profesionales: psicólogo clínico, psicólogo escolar o consejero, neurólogo, psiquiatra o pediatra del desarrollo, que cumpla con las competencias mínimas requeridas en Puerto Rico para trabajar con la población con el TEA y con la preparación requerida por los autores para el uso de los instrumentos recomendados para documentar los comportamientos presentes en el TEA.

1. La evaluación diagnóstica incluirá:
 - a. El Historial Familiar, del Desarrollo y de Salud
 - b. Entrevista a los encargados sobre las destrezas, conductas, comunicación e interacciones sociales de la persona.
 - c. Observación de la conducta de la persona en interacción con otros y en actividades de juego y socialización propias para su edad.
 - d. Los resultados de la versión más reciente de al menos un instrumento para documentar los comportamientos presentes. Ejemplos de estos instrumentos:
 - Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (*Autistic Diagnostic Observation Schedule*) – ADOS
 - Escala de Valoración del Autismo Infantil (*Childhood Autism Rating Scale*) – CARS
 - Escala de Valoración de Autismo Gilliam (*Gilliam Autism Rating Scale*) – GARS
 - Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada (*Autistic Diagnostic Interview Revised*) – ADI-R

Los instrumentos serán completados por profesionales con licencia y con la preparación requerida por los autores de los mismos para su administración. Estos profesionales cumplirán con las competencias o cualificaciones requeridas en Puerto Rico para trabajar con la población con el TEA.

2. El evaluador revisará toda la información recopilada y determinará si la persona cumple con los criterios para el diagnóstico del TEA, de acuerdo a la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM por sus siglas en inglés).
3. El evaluador preparará una Certificación Diagnóstica que incluye los procedimientos diagnósticos utilizados, historial relevante, hallazgos (incluyendo fortalezas), criterios para el diagnóstico del TEA de acuerdo a la última versión del DSM con una descripción de las conductas presentes para cada uno de los criterios establecidos, impresión diagnóstica, recomendaciones para el avalúo y referidos. (ver Anejo 2 para el formato sugerido).

D. Resultados de la Evaluación Diagnóstica

1. Diagnóstico de TEA establecido

a. Cubierta Especial Permanente de Autismo

1. Aquellos niños, jóvenes o adultos cuya Certificación Diagnóstica cumpla con los criterios arriba especificados, serán incluidos en la Cubierta Especial Permanente de Autismo.
2. El evaluador orientará a la familia sobre la Cubierta Especial Permanente de Autismo.
3. La persona con Cubierta Especial Permanente de Autismo bajo el PSG tiene acceso sin referido a cualquier especialista o servicio que el pediatra o médico primary estime que necesite.

b. Menores de 2 años de edad

En el caso de los menores de 2 años, se revisará si continúa cumpliendo con los criterios diagnósticos al año de haberse completado la evaluación diagnóstica.

c. Referidos

1. El evaluador referirá al pediatra o médico primary cuando haya sospecha de otra condición. Tanto el evaluador como el pediatra o médico primary harán las recomendaciones para que la persona sea atendida por especialistas médicos según se estime pertinente.
2. El evaluador referirá al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, si el niño es menor de 3 años; o al Departamento de Educación para determinar su elegibilidad a servicios de Educación Especial, si tiene entre 3 y 21 años.

d. Registro de Autismo del Departamento de Salud

El Registro de la Población con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) se crea al amparo la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (Ley BIDA). El propósito principal del Registro es enlazar a las familias con los servicios disponibles en la comunidad para la población con diagnóstico del TEA. Otro propósito del Registro de Autismo es obtener: un conteo, datos demográficos, información relacionada al diagnóstico y otros datos sobre la población con autismo en Puerto Rico que faciliten la planificación de servicios y el establecer políticas futuras.

1. Aquellos niños, jóvenes o adultos cuyos diagnósticos cumplan con los criterios arriba especificados, serán incluidos en el Registro de Autismo del Departamento de Salud.
2. Todo profesional de la salud licenciado en Puerto Rico está obligado a registrar a las personas diagnosticadas con autismo que residan en Puerto Rico en el Registro de Autismo. El profesional puede registrar de manera electrónica o imprimiendo y completando el formulario para registro (ver Anejo 3). Para registrar de manera electrónica deberá solicitar autorización para acceso al Registro.
3. La siguiente información es necesaria para registrar:
 - Últimos 4 dígitos del Seguro Social.
 - Nombre, fecha de nacimiento y sexo.

- Diagnóstico, fecha del diagnóstico, instrumentos utilizados.
 - Otras condiciones o diagnósticos.
 - Información del profesional que hizo el diagnóstico.
 - Información de servicios y cubierta médica.
 - Información de la persona contacto.
4. Una vez un menor de 22 años sido registrado, se notificará al padre o encargado que aparece en el registro. Un Coordinador de Servicios del Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud contactará a las familias para ofrecerle información sobre servicios disponibles en su comunidad. Estos Coordinadores de Servicios asistirán a la familia con los referidos a los servicios y recursos de la comunidad.

2. No Diagnóstico de TEA

- a. El evaluador completará una Certificación Diagnóstica documentando por qué el niño no reúne los criterios para el diagnóstico del TEA.
- b. En el caso de menores de 3 años, estos deben ser referidos al Sistema de Servicios de Intervención Temprana, Avanzando Juntos, y de continuar presentando alto riesgo para el TEA ser reevaluados, luego de recibir intervención dirigida a sus áreas de necesidad, si continúan presentando riesgo para el TEA.

E. Estudios complementarios que debe considerar el Médico Primario

Un aspecto importante del rol del pediatra incluye el diagnóstico de condiciones coexistentes. La identificación de enfermedades metabólicas o trastornos genéticos permiten precisar el pronóstico y riesgo de recurrencia. Cuando un niño presenta el diagnóstico de TEA el pediatra debe realizar un examen físico y neurológico completo buscando malformaciones y signos neurológicos, y un examen dermatológico con lámpara de Wood. No existen pruebas médicas o biológicas para diagnosticar el TEA. Se seguirán las recomendaciones clínicas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la Academia Americana de Neurología y la Sociedad de Neurología Pediátrica para determinar las pruebas médicas indicadas.

G. Vigencia

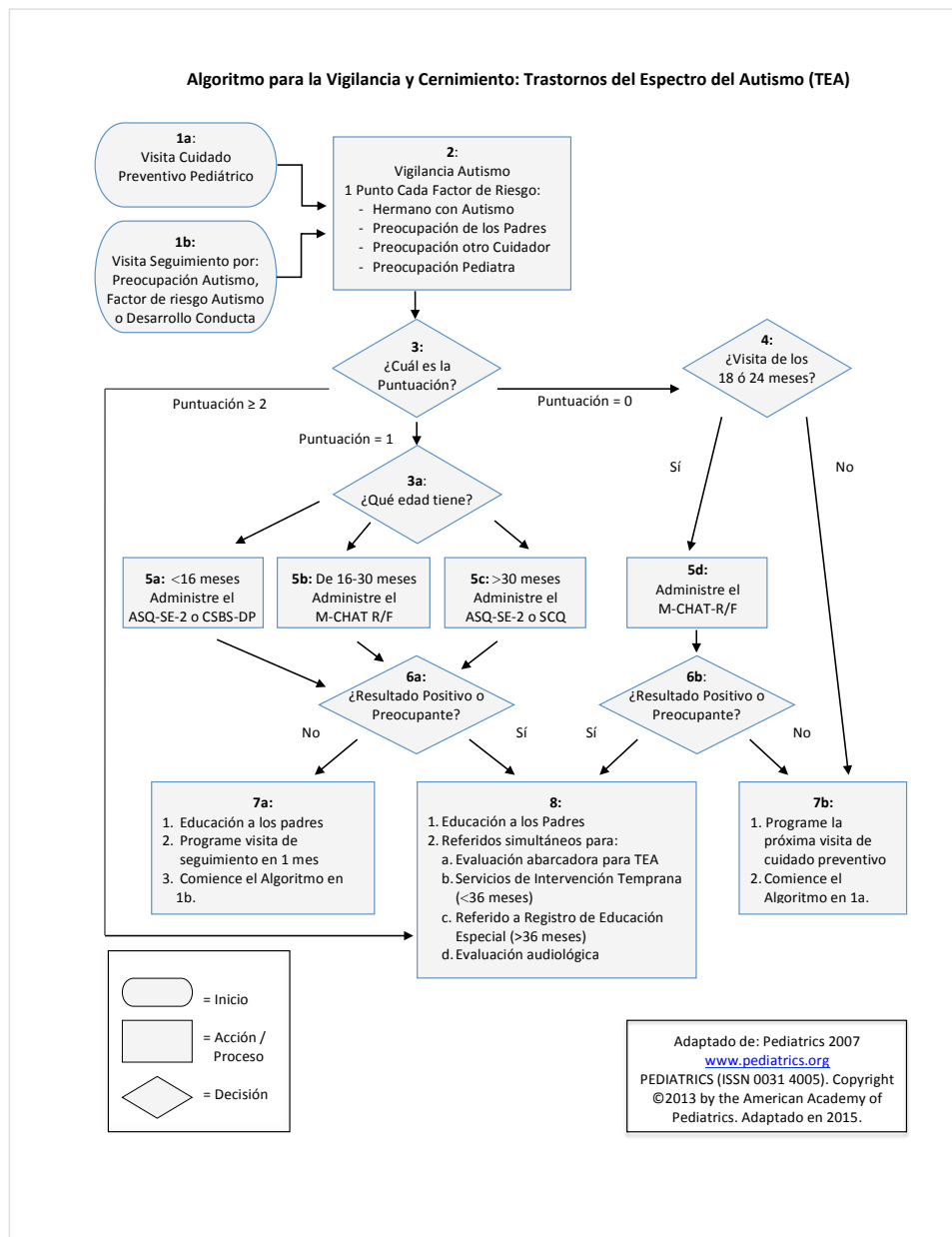
Este protocolo se hará vigente inmediatamente sea aprobado y firmado por la Secretaria de Salud. El mismo se revisará al menos cada dos años.

H. Referencias

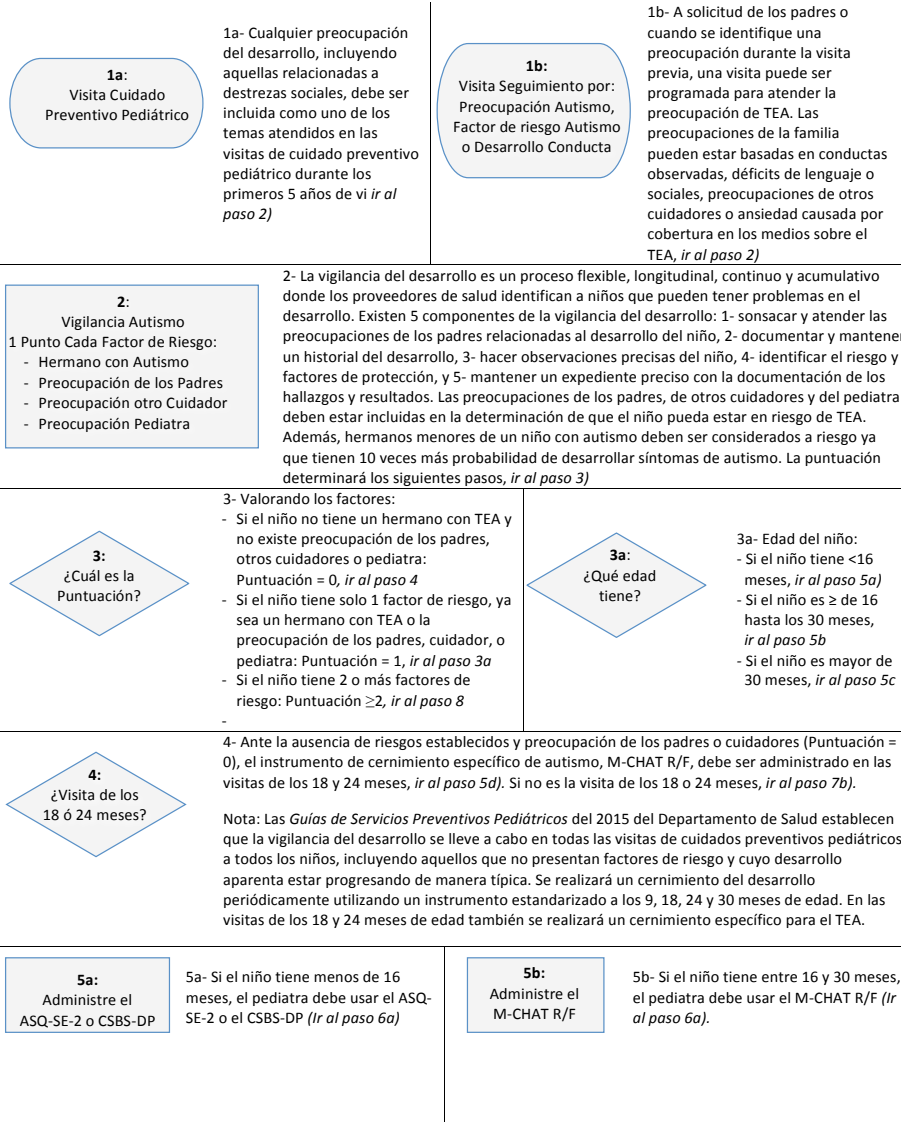
Autism Diagnostic Evaluation: Health, Family, Developmental and Behavioral History Interview Form. En, www.csus.edu/indiv/b/brocks/Courses/EDS%20243/Reader%20Material/Autism/Autism%20Diagnostic%20Evaluation%20Questionnaire.pdf

- Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/78143313>
- Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11055457>
- American Academy of Neurology. *AAN Guideline Summary for Clinicians: Screening and Diagnosis of Autism*. En, http://tools.aan.com/professionals/practice/guidelines/guideline_summaries/Autism_Guideline_for_Patients.pdf
- Autism Spectrum Disorder: Diagnostic Criteria. En, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-dsm.html>
- Childhood Autism Spectrum Test (CAST). En, https://www.google.com.pr/search?client=safari&rls=en&q=childhood+asperger+syndrome+test&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gws_rd=cr&ei=Cul0U8H-J8LlASiK4Bw#q=childhood+asperger+syndrome+test+cast&revid=1484014664&rls=en
- Centers for Disease Control and Prevention. *Screening and Diagnosis*. En, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html?mobile=nocontent>
- Escala Australiana para el Síndrome de Asperger. En, <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/ASAS>
- Guías de Servicios Preventivos Pediátricos. (2008). Departamento de Salud de Puerto Rico. IDEA 2004. En, <http://IDEA.ed.gov>
- Johnson, C.P. & Myers, S.M. (2007). *Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders*. American Academy of Pediatrics.
- Ley 51 del 1996 de Puerto Rico. *Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos*. En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/lexcodigoc/lexedimpedimentos.htm>
- Ley 220 del 2012 de Puerto Rico. *Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo* (Ley BIDA). En, <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012220.htm>
- Modified Checklist for Autism in Toddlers. En, www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D..html
- Política pública del Departamento de Salud de Puerto Rico sobre la vigilancia, detección, y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en las edades de 0-3 años. (2012).
- Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0 - 66 meses de edad del Departamento de Salud de Puerto Rico. (2016).
- Zwaigenbaum, L, Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L. Chawarska, K., Constantino, J., Dawson, G., Dobkins, K., Fein, D., Iverson, J., Klin, A., Landa, R., Messinger, D., Oronoff, S., Signman, M., Stone, W., Tager-Flusberg, H., Yirmiya, N. (2009). Clinical Assessment and Management of Toddlers with Suspected Autism Spectrum Disorder: Insights from Studies of High-Risk Infants. *Pediatrics*. En, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2833286/>

Anejo 1



Algoritmo para la Vigilancia y Cernimiento: Trastornos del Espectro de Autismo (TEA)



<p>5c: Administre el ASQ-SE-2 o SCQ</p>	<p>5c- Si el niño tiene más de 30 meses y hasta los 66 meses, el pediatra debe utilizar la ASQ-SE-2 (<i>Ir al paso 6a</i>). El SCQ después de los 4 años siempre y cuando el menor tenga al menos una edad mental de 2 años.</p>	<p>5d: Administre el M-CHAT-R/F</p>	<p>5d- Para todo niño de 18 o 24 meses presente o no factores de riesgo, el pediatra utilizará el instrumento de cernimiento de TEA, M-CHAT R/F (<i>Ir al paso 6b</i>).</p>
<p>6a: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6a- Cuando el resultado del cernimiento es negativo, <i>vaya al paso 7a</i>. Cuando el resultado del cernimiento es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>	<p>6b: ¿Resultado Positivo o Preocupante?</p>	<p>6b- Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es negativo, <i>vaya al paso 7b</i>. Cuando el resultado del cernimiento de TEA (en la visita de los 18 o 24 meses) es positivo, <i>vaya al paso 8</i>.</p>
<p>7a: 1. Educación a los padres 2. Programe la visita de seguimiento en 1 mes 3. Comience el Algoritmo en 1b.</p>	<p>7a- Si el niño presenta riesgo pero tiene un resultado negativo en el cernimiento, se le proveerá información a los padres sobre TEA. El pediatra citará a la familia en 1 mes para atender cualquier preocupación de TEA o del desarrollo/conducta luego del resultado negativo. El niño vuelve a comenzar en el paso 1b del algoritmo. No se recomienda esperar. Si el único factor de riesgo es un hermano con TEA, el pediatra debe mantener una alta sospecha y atender cualquier síntoma de TEA en las visitas preventivas pediátrica. La visita de seguimiento de un mes no es necesaria a menos que no surja una preocupación posterior de la familia.</p>		<p>7b: 1. Programe la próxima visita de cuidado preventivo 2. Comience Algoritmo en 1a.</p>
<p>8: 1. Educación a los Padres 2. Referidos simultáneos para: a. Evaluación abarcadora para TEA b. Servicios de Intervención Temprana c. Evaluación audiológica si se sospecha pérdida 3. Programe visita de seguimiento</p>	<p>8- Cuando el resultado del cernimiento es positivo para TEA en el paso 6 a o en el 6b, el pediatra debe proveer información sobre autismo a la familia. Un resultado positivo en el cernimiento de TEA no significa que el niño tiene TEA, es por esta razón que debe ser referido a una evaluación abarcadora para establecer el diagnóstico de TEA. También debe ser referido a intervención temprana o a servicio de educación temprana (dependiendo de la edad del niño), y a una evaluación audiológica (de sospecharse pérdida auditiva). Un diagnóstico categórico no es necesario para acceder los servicios de intervención temprana. Estos programas con frecuencia proveen evaluaciones y otros servicios aún antes de completar el proceso de evaluaciones médicas. Un referido a servicios de intervención o a la escuela también es indicado cuando existen preocupaciones relacionadas al desarrollo/conducta, aún cuando el resultado del cernimiento de TEA es negativo. Se deberá programar una visita de seguimiento para el niño y volver a comenzar el algoritmo en el paso 1b. Toda comunicación entre la fuente de referido y el pediatra deberá ser coordinada.</p>		

Referencia: www.aap.org

Anejo 2



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES
PROGRAMA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Certificación Diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo

INFORMACIÓN GENERAL						
Nombre/Inicial		Apellido paterno		Apellido materno		
Fecha de Nacimiento: día mes año		Edad ____ años ____ meses	Sexo F M	# Expediente		
Municipio/País de Nacimiento: _____				# SS - XXXX-XX- _____		
Dirección postal	Dirección física		Teléfonos: Hogar: Celular: Trabajo: Correo-electrónico:			
Nombre del Padre/Madre o Encargado			Fecha del Informe: Día Mes Año			
REFERIDO						
Referido por:			Relación con el participante:			
Razón del referido:						
<input type="checkbox"/> Alto riesgo para autismo de acuerdo al algoritmo de la AAP (debe marcar al menos 2) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hermano/a con autismo <input type="checkbox"/> Preocupación de familia <input type="checkbox"/> Preocupación de pediatra/médico primario <input type="checkbox"/> Preocupación de cuidador 						
<input type="checkbox"/> Cernimiento demostró riesgo para TEA (escoja instrumento/s utilizado/s): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Edades y Etapas Socio Emocional (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> Modified Checklist for Autism in Toddlers-R/F (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> Communication and Symbolic Behavior Scales-DP (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) <input type="checkbox"/> Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) <input type="checkbox"/> Social Communication Questionnaire (SCQ) <input type="checkbox"/> Otro: 						
<input type="checkbox"/> Presenta: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pobres destrezas sociales <input type="checkbox"/> Inflexibilidad <input type="checkbox"/> Pobre comunicación/lenguaje <input type="checkbox"/> Conducta oposicional <input type="checkbox"/> Conducta atípica o repetitiva <input type="checkbox"/> Destrezas motoras finas pobres <input type="checkbox"/> Destrezas motoras gruesas pobres </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pobre integración sensorial <input type="checkbox"/> Impulsividad o hiperactividad <input type="checkbox"/> Atención o concentración pobre <input type="checkbox"/> Agresividad (a sí mismo o hacia otros) <input type="checkbox"/> Funcionamiento adaptativo pobre <input type="checkbox"/> Intereses restringidos </td> </tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pobres destrezas sociales <input type="checkbox"/> Inflexibilidad <input type="checkbox"/> Pobre comunicación/lenguaje <input type="checkbox"/> Conducta oposicional <input type="checkbox"/> Conducta atípica o repetitiva <input type="checkbox"/> Destrezas motoras finas pobres <input type="checkbox"/> Destrezas motoras gruesas pobres 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pobre integración sensorial <input type="checkbox"/> Impulsividad o hiperactividad <input type="checkbox"/> Atención o concentración pobre <input type="checkbox"/> Agresividad (a sí mismo o hacia otros) <input type="checkbox"/> Funcionamiento adaptativo pobre <input type="checkbox"/> Intereses restringidos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pobres destrezas sociales <input type="checkbox"/> Inflexibilidad <input type="checkbox"/> Pobre comunicación/lenguaje <input type="checkbox"/> Conducta oposicional <input type="checkbox"/> Conducta atípica o repetitiva <input type="checkbox"/> Destrezas motoras finas pobres <input type="checkbox"/> Destrezas motoras gruesas pobres 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pobre integración sensorial <input type="checkbox"/> Impulsividad o hiperactividad <input type="checkbox"/> Atención o concentración pobre <input type="checkbox"/> Agresividad (a sí mismo o hacia otros) <input type="checkbox"/> Funcionamiento adaptativo pobre <input type="checkbox"/> Intereses restringidos 					

Certificación Dx del TEA
Rev. 07-28-2016

DS-AUT-003

Página 1 de 6

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		
Método	Completado por	Fecha
<input type="checkbox"/> Entrevista a padres o encargado		
<input type="checkbox"/> Observación semi estructurada de interacción/juego		
<input type="checkbox"/> Childhood Autism Rating Scale (CARS-2)		
<input type="checkbox"/> Gilliam Autism Rating Scale (GARS-3)		
<input type="checkbox"/> Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)		
<input type="checkbox"/> Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2)		
<input type="checkbox"/> Otros instrumentos estandarizados:		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Entrevista al participante		
<input type="checkbox"/> Otro:		
HISTORIAL RELEVANTE		

A través de la revisión de documentos y evaluaciones previas, y de la información disponible, se identificaron los siguientes datos relevantes en su historial:

Incluir:

- Los padres/encargados de _____ se han estado preocupando por su desarrollo desde _____
- durante el embarazo....
- nació a las _____ semanas por cesárea debido a _____
- al momento del nacimiento....
- su peso al nacer fue _____ y midió _____
- estuvo en la unidad de cuidados intensivos neonatales por ____ días por _____
- su desarrollo temprano se ha caracterizado por _____
- la edad en que la familia observó señales preocupantes fue a los _____.
- ha presentado los siguientes problemas de salud:
 - _____ por lo que ha recibido tratamiento/ seguimiento y/o le ha sido prescrito ---
- ha presentado problemas del _____, (sueño, alimentación) desde _____
- ha presentado problemas sensoriales que incluyen _____
- el historial de salud de su familia incluye
- actualmente asiste a (programa pre-escolar, Head Start, Early Head Start, escuela, cuidado) en _____ en el cual _____
- actualmente vive con _____ en _____
- ha recibido las siguientes evaluaciones:

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

HALLAZGOS

Según el historial y los hallazgos de la evaluación realizada, _____ presenta las siguientes destrezas y fortalezas:

Comunicación Social:

Socialización:

Conducta:

Otras:

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
(Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición, DSM-5)

El historial y los hallazgos de la evaluación realizada evidencian las siguientes dificultades en el desarrollo de _____ relacionadas con el Trastorno del Espectro del Autismo (Incluya ejemplos):

A. Déficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diferentes contextos (3/3)

A.1. Déficit en reciprocidad socio-emocional

No hay evidencia

A.2. Déficiencias en conductas comunicativas no verbales para la interacción social

No hay evidencia

A.3. Déficiencias en desarrollar, mantener y entender relaciones

No hay evidencia

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (2/4)

B.1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotípica.

No hay evidencia

B.2. Insistencia en rutinas o patrones ritualizados de conducta verbal o no verbal; poca tolerancia al cambio

B.3. Intereses altamente restringidos que son anormales en intensidad o enfoque.

No hay evidencia

Certificación Dx del TEA
Rev. 07-28-2016

DS-AUT-003

Página 4 de 6

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

B.4. Hiper o hipo reactivo a los estímulos sensoriales o un interés inusual en los aspectos sensoriales del ambiente

No hay evidencia

- C. Las deficiencias evidenciadas han estado presente desde las primeras fases del desarrollo.
- D. Las deficiencias evidenciadas representan impedimentos significativos en el funcionamiento social, familiar y vida independiente.
- E. Las deficiencias evidenciadas no se explican mejor por una discapacidad intelectual u otro desorden del desarrollo.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Según el historial y el perfil de fortalezas y necesidades evidenciado al momento de la evaluación, _____:

- NO cumple** con los criterios para un diagnóstico del **Trastorno del Espectro del Autismo**.
- Cumple** con los criterios para un diagnóstico del **Trastorno del Espectro del Autismo** según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana, Quinta Edición (DSM-5)*, 299.00 y del *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10, por sus siglas en inglés)*, F84, por lo que el equipo evaluador determina lo siguiente:

AUTISMO

- Con Impedimento Intelectual
- Con impedimento lingüístico

Nivel 1 = Requiere apoyo
Nivel 2 = Requiere apoyo sustancial
Nivel 3 = Requiere apoyo muy sustancial

Nivel de Severidad

- ___ A. Comunicación e interacción social
- ___ B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades

Otras condiciones concurrentes:

Nombre del Niño: _____

Número de expediente: _____

RECOMENDACIONES PARA EL AVALÚO / REFERIDOS
Incluya la razón o justificación para cada Recomendación y Referido

Miembros del Equipo Evaluador (mínimo 2):

_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Rol / # Lic.
_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Rol / # Lic.
_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Rol / # Lic.


Padres/ Encargados:

Certifico con mi firma que este informe diagnóstico se ha discutido conmigo y que he se ha respondido a las preguntas o dudas que he presentado.

_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Relación con el Participante
_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Relación con el Participante

Fecha		

Anejo 3

Departamento de Salud de Puerto Rico FORMULARIO DE REGISTRO DE LA PERSONA CON AUTISMO					
TIPO DE REGISTRO: <input type="checkbox"/> Registro Inicial <input type="checkbox"/> Someter información adicional/correcciones					
INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON AUTISMO					
Últimos 4 dígitos del Seguro Social XXX-XX-____			Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)		
Nombre		I.	Primer Apellido		Segundo Apellido
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Municipio/País de Nacimiento:			
DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> DSM-5: Trastorno del Espectro de Autismo <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Autismo <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Síndrome Asperger <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Trastorno Generalizado del Desarrollo, NOS <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Síndrome Rett <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR: Desorden Desintegrativo de la Niñez					
NIVEL DE SEVERIDAD:					
Comunicación Social <input type="checkbox"/> Nivel 1: Requiere apoyo sustancial <input type="checkbox"/> Nivel 2: Requiere apoyo sustancial <input type="checkbox"/> Nivel 3: Requiere apoyo muy sustancial			Patrones Restrictivos y Repetitivos <input type="checkbox"/> Nivel 1: Requiere apoyo sustancial <input type="checkbox"/> Nivel 2: Requiere apoyo sustancial <input type="checkbox"/> Nivel 3: Requiere apoyo muy sustancial		
Instrumentos/Referencias utilizadas para documentar las observaciones de la conducta (Puede marcar más de una) <input type="checkbox"/> ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised <input type="checkbox"/> ADOS-2 – Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition <input type="checkbox"/> ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule <input type="checkbox"/> CARS-2 – Childhood Autism Rating Scale Second-Edition <input type="checkbox"/> GARS-3 – Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition <input type="checkbox"/> DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Ed, Text Revision <input type="checkbox"/> DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Ed <input type="checkbox"/> Otros instrumentos utilizados: <input type="checkbox"/> Ninguno					
Fecha en que se estableció el diagnóstico (Año/Mes/Día)			Edad en que se observaron las señales por primera vez		
Municipio o País de residencia cuando se diagnosticó:					
Indique otras condiciones o diagnósticos que tiene la persona (Puede marcar más de una) <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Inmunológico <input type="checkbox"/> Esclerosis Tuberosa <input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño <input type="checkbox"/> Macrocefalia <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad <input type="checkbox"/> Síndrome Down <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Síndrome Rett <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Síndrome Tourette <input type="checkbox"/> Otras condiciones: <input type="checkbox"/> Síndrome X-Frágil					
<i>Gracias por tomar de su tiempo para completar este formulario. Toda la información recopilada es de vital importancia para la planificación y evaluación de servicios e iniciativas dirigidas a la población con autismo. De tener preguntas relacionadas al Registro de Autismo puede comunicarse al Departamento de Salud al (787) 522-6311 o (787) 284-2900 ó centrodeautismo@salud.pr.gov</i>					
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE ESTABLECIÓ EL DIAGNÓSTICO					
Nombre		I.	Primer Apellido		Segundo Apellido
Disciplina:					
Número de Licencia Profesional:					
Correo electrónico			Teléfono		Otro Teléfono
Disciplina de otros profesionales que participaron en la evaluación diagnóstica (Puede marcar una o más) <input type="checkbox"/> Psicólogo Clínico <input type="checkbox"/> Patólogo de Habla y Lenguaje <input type="checkbox"/> Psicólogo Escolar <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Médico-Psiquiatra <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico <input type="checkbox"/> Médico-Neurólogo <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Médico-Pediatra del Desarrollo <input type="checkbox"/> Otra, especifique: <input type="checkbox"/> Médico-Pediatra <input type="checkbox"/> Ninguna					
INFORMACIÓN DE SERVICIOS Y CUBIERTA MÉDICA					
En estos momentos, ¿la persona recibe servicios dirigidos a atender su condición de autismo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce					
Indique los servicios que recibe (seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Intervención Temprana <input type="checkbox"/> Vivienda Asistida <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Consejería Vocacional <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Empleo Sostenido <input type="checkbox"/> Patología de Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Neurólogo <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Otro, especifique:					
La persona con autismo de 22 años o más, ¿Está estudiando? <input type="checkbox"/> No, Indique el nivel escolaridad alcanzado: <input type="checkbox"/> Sí, Indique: <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Técnico/Vocacional <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato					
Indique si la persona con autismo está empleada actualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce Si contestó Sí, el empleo es a: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo Si contestó No, ¿qué tiempo que lleva desempleado?					
Indique si la persona con autismo tiene Plan Médico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce					
Indique el tipo de Cubierta Médica (seleccione todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Cubierta Especial de Autismo <input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="checkbox"/> Otra, especifique:					
INFORMACIÓN DE CONTACTO: PADRES/CUSTODIOS/PERSONA CON AUTISMO					
Nombre		I.	Primer Apellido		Segundo Apellido
Correo electrónico			Teléfono		Otro Teléfono
Dirección Postal de la Persona Contacto					
Urbanización/P.O. Box			Calle y Número		
Municipio			Código Postal		
Relación con la persona con autismo:					
¿Tiene la persona con autismo familiares con lazos sanguíneos que tienen o tuvieron autismo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce					
Si contestó que Sí, favor de marcar todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Hermano/Hermana <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Otros familiares, especifique: <input type="checkbox"/> Sobrinos/Sobrinas <input type="checkbox"/> Madre/Padre					

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE REGISTRO DE LA PERSONA CON AUTISMO

Favor de marcar las respuestas con una marca de cotejo en la caja y contestar en letra de molde aquellas respuestas que requieran información adicional.

Tipo de Registro

- Registro Inicial – es la primera vez que una persona es registrada por un profesional que establece el diagnóstico.
- Someter información adicional/correcciones – se utiliza para actualizar o corregir información de un registro ya existente incluyendo un cambio de diagnóstico.

Información de la Persona con Autismo

- Últimos 4 dígitos del Seguro Social – Favor de no entrar el número de Seguro Social completo.
- Fecha de nacimiento – Primero el año de nacimiento, luego el mes y por último el día (Año/Mes/Día).
- Sexo – Indique Masculino o Femenino

Diagnóstico

- Solamente se puede seleccionar uno.

Nivel de severidad

- Solamente puede seleccionar uno para la Comunicación Social y uno para los Patrones Restrictivos y Repetitivos.

Instrumentos/Referencias utilizadas

- Puede seleccionar todos los instrumentos o referencias que fueron utilizados para documentar las observaciones de la conducta.
- Si está haciendo un cambio de diagnóstico, marque los instrumentos que fueron utilizados para determinar que ya no cumple con los criterios para el diagnóstico de autismo.
- Si utilizó algún otro instrumento que no está en la lista, favor de incluir el nombre.
- Si no utilizó un instrumento para documentar observaciones, marque Ninguno.

Fecha en que se estableció el diagnóstico

- Anote la fecha en que se estableció el diagnóstico de autismo por primera vez.
- Si no sabe la fecha, escriba *Se desconoce*.

Edad en que se observaron las señales por primera vez

- Anote la edad en que la familia o algún cuidador observó las conductas preocupantes o típicas del autismo por primera vez.
- Si no sabe la edad, escriba *Se desconoce*.

Municipio o país en que se diagnosticó

- Indique el municipio de Puerto Rico o país de residencia en que se diagnosticó por primera vez.

Otras condiciones o diagnósticos que tiene la persona

- Seleccione todas las condiciones o diagnósticos confirmados de la persona con autismo.
- Si alguna condición o diagnóstico no está en la lista debe añadirla.

Información del Profesional que estableció el diagnóstico

- Esta sección corresponde a la persona que establece el diagnóstico actual.
- Se requiere que las personas que lleven a cabo evaluaciones diagnósticas de autismo sean profesionales con licencia vigente en Puerto Rico y con la preparación requerida por los autores de los instrumentos diagnósticos utilizados.
- Si el diagnóstico fue determinado por un equipo, se requiere incluir el número de licencia de uno de los profesionales del equipo para poder validar el Registro.
- Indique las disciplinas de otros profesionales que participaron en la evaluación diagnóstica.

Información de Servicios y Cubierta Médica

- Favor de indicar solamente aquellos servicios que están dirigidos a atender su condición de autismo.
- Seleccione todos los servicios que apliquen.
- Si la persona con autismo tiene 22 años o más, indique si está estudiando. Si no está estudiando, indique el nivel de escolaridad alcanzado.
- Indique si la persona con autismo está empleada actualmente. Si está empleada indique si es a tiempo parcial o a tiempo completo. Si contestó No, indique el tiempo que lleva desempleado.
- Indique si la persona con autismo tiene cubierta médica, de tenerla indique si es privada o del gobierno. Además, indique si la persona tiene la Cubierta Especial de Autismo.

Información de Contacto Padres/Custodios/Persona con Autismo

- Indique el nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico de la persona contacto.
- Anote la relación que tiene la persona contacto con la persona con autismo.
- Indique si la persona con autismo tiene familiares con lazos sanguíneos que tienen o tuvieron autismo. Si contesta que Sí, indique la relación y marque todas las que apliquen.

Gracias por tomar de su tiempo para completar este formulario. Toda la información recopilada es de vital importancia para la planificación y evaluación de servicios e iniciativas dirigidas a la población con autismo. De tener preguntas relacionadas al Registro de Autismo puede comunicarse al Departamento de Salud al Centro de Autismo al 787-522-6311 o al Centro Ponceño de Autismo al (787) 284-2900. Puede enviar este formulario por fax al 787-522-3953 o al correo electrónico: centrodeautismo@salud.pr.gov

Protocolo para el Avalúo Dirigido a la Planificación



2018

PROTOCOLO PARA EL AVALÚO DIRIGIDO A LA PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS CON EL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO



Departamento de Salud
División Niños con Necesidades Médicas Especiales
2018

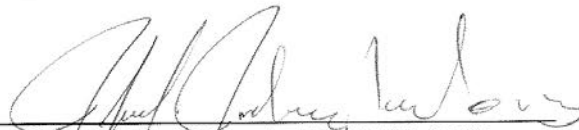




GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Este documento constituye la Política Pública para el Avalúo dirigido a la planificación de intervenciones para las personas con el Trastorno del Espectro del Autismo.


Rafael Rodríguez Mercado, MD, FAANS, FACS
Secretario de Salud

2 abril 2018

Fecha

DEPARTAMENTO DE SALUD, OFICINA DEL SECRETARIO
PO BOX 70184 SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-8184
WWW.SALUD.GOV.PR, T 787. 765-2929 ext. 340



**PROTOCOLO PARA EL AVALÚO DIRIGIDO A LA PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES PARA
LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO**

A. Introducción

La Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo, Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, conocida como la Ley BIDA, tiene como propósito “establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico relacionada con esta población” así como promover la identificación, el diagnóstico, la intervención temprana y atención relacionadas con este trastorno a través del ciclo de la vida.

El propósito de este protocolo es establecer criterios y procedimientos uniformes utilizando prácticas basadas en evidencia que dirijan un Proceso de Avalúo Interdisciplinario para la Planificación de Intervención para Personas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA).

Esta población se caracteriza por una extensa variabilidad en la expresión de síntomas y niveles de funcionamiento (fenotipo). Cada persona con el TEA es única presentando un perfil particular. Por lo tanto, toda intervención efectiva es individualizada y fundamentada en el perfil de cada persona. Establecer este perfil demanda un proceso abarcador y personalizado de avalúo por un equipo interdisciplinario.

B. Definición de Avalúo

El Avalúo es un proceso dinámico y continuo que se inicia con el diagnóstico y que se revisa periódicamente. Es uno de los pasos para establecer intervenciones apropiadas. A través del Avalúo se expanden los hallazgos de la evaluación diagnóstica para definir el perfil o fenotipo individualizado de cada persona con el TEA. A diferencia de la evaluación diagnóstica del TEA que contesta la interrogante, *¿Presenta esta persona, en este momento, los criterios que ameritan un diagnóstico de un Trastorno del Espectro del Autismo?*; el Avalúo contesta la pregunta de, *¿Cuál es el perfil de fortalezas y necesidades individualizado que guiará la planificación de la intervención que necesita esta persona en particular?*

Este proceso consiste en el examen cuidadoso del historial, así como la identificación de las fortalezas y necesidades, intereses y otras características de la persona a través de una variedad de dominios o áreas de funcionamiento. El resultado es un perfil personalizado que dirigirá la formulación de un plan de intervención que maximice el desarrollo de destrezas funcionales y la participación significativa de la persona con el TEA en el contexto de su ambiente familiar, escolar, laboral y comunitario. El Avalúo se nutre de la participación de la familia en la toma de decisiones y ve a las personas intrínsecamente vinculadas a sus familias y entornos sociales. Desde un marco biopsicosocial de la salud (Borrell-Carrión, et al, 2004) todas las áreas del desarrollo: físico (incluyendo el perfil sensorial), social, emocional, cognitiva, comunicológica y adaptativa, al igual que la conducta y aspectos psicosociales (creencias, valores, culturales) de la persona y su familia son consideradas y atendidas de manera integrada en el avalúo abarcador de la persona con el TEA.

El proceso de Avalúo es uno complejo y abarcador que integra las mejores prácticas incorporando instrumentos y métodos evaluativos formales, procedimientos informales y auténticos con una orientación ecológica. El Avalúo integra los ambientes naturales que responden al perfil individualizado de la persona y su familia (Ozonoff, Goodlin-Jones, & Solomon, 2005).

C. Metas del Avalúo

A través del Avalúo se expanden los hallazgos de la evaluación diagnóstica para definir el perfil individualizado de cada persona con el TEA.

Las metas del Avalúo incluyen:

1. Detallar el perfil individualizado de la persona con el TEA considerando los diferentes ambientes en que participa y aquellos apropiados a su etapa del desarrollo, incluyendo el familiar, escolar, laboral y comunitario incluyendo los recursos necesidades y prioridades de la familia dentro del contexto de su comunidad.
2. Guiar la planificación hacia la intervención incluyendo identificar y facilitar el acceso a intervenciones apropiadas y eficientes fundamentadas en la mejor evidencia.

D. El Equipo

El equipo estará compuesto por profesionales de la agencia responsable de la provisión de servicios para la persona con TEA. El equipo básico consistirá de la familia/encargados o cuidadores, la persona con el TEA (según sea apropiado), un psicólogo y de al menos uno de los siguientes profesionales: patólogo de habla y lenguaje, terapeuta ocupacional, trabajador social. El equipo recopilará, directa e indirectamente, y analizará información sobre el desarrollo, habilidades y necesidades de la persona evaluada. Dependiendo de la edad y circunstancias de la persona, el equipo podría incluir información provista por el maestro, nutricionista, consejero, trabajador social, médicos (pediatra, psiquiatra, neurólogo, genetista, gastroenterólogo, etc.), y otros profesionales. Debe obtenerse información acerca del

funcionamiento de la persona en cada contexto en que participa (ej., hogar, comunidad, escuela, empleo). Hasta donde sea posible, se recomienda que haya representación del equipo diagnóstico en este equipo de Avalúo.

E. Componentes del Avalúo

El proceso de avalúo es multidimensional. El equipo determinará el proceso individualizado de Avalúo que se llevará a cabo fundamentado en la información disponible sobre la persona y su familia. El mismo podría incluir los siguientes componentes:

- revisión del informe diagnóstico del TEA;
- revisión de evaluaciones previas y otra documentación pertinente;
- entrevista a la familia;
- entrevista a la persona (de ser apropiado);
- observaciones formales o informales en una variedad de contextos (hogar, escuela, clínica, comunidad, empleo) acordes con la etapa de desarrollo de la persona;
- información del funcionamiento de la persona de parte de cada proveedor de servicios, personas que ofrecen apoyo a la persona o la familia, o que se relacionan con la persona, según sea pertinente (ej., maestros, clínicos, cuidadores, patronos);
- instrumentos formales e informales;
- evaluación funcional del comportamiento, cuando sea necesario;
- necesidad de asistencia tecnológica; y
- familigrama/ ecograma.

El proceso de avalúo abarca las siguientes áreas, entre otras, de la persona y su familia. Se incluyen aspectos a considerar de cada área:

Físico:

- historial de salud y desarrollo
- patrones del sueño
- alimentación y tragado
- otras condiciones médicas
- destrezas motoras finas y gruesas
- procesamiento, modulación, integración sensorial

Social emocional y de comportamiento

- bienestar socio-emocional
- comprensión y proceso de aceptación de su condición
- preferencias, intereses, preocupaciones, metas, prioridades desde el punto de vista de la persona y su familia
- interacción con pares de desarrollo típico
- comportamiento
- socialización/ relaciones
- funciones de la conducta
- otros aspectos de salud mental (ansiedad, depresión, psicosis, obsesiones, compulsiones)

Comunicación

- comunicación social y pragmática
- modos de comunicación (ej., gestos, sonidos, lenguaje verbal, lenguaje de señas, láminas o símbolos)
- lenguaje receptivo y expresivo

Cognitiva

- capacidades cognitivas generales
- preferencias y estilos de aprendizaje
- destrezas de apresto/funcionamiento académico
- cociente intelectual
- atención y funciones ejecutivas (regulación, memoria de trabajo, planificación, auto-monitoreo, organización, etc.)

Adaptativa

- destrezas de higiene y cuidado personal
- responsabilidad personal
- participación/ vida en la comunidad
- uso del tiempo
- capacidades socio-emocionales funcionales
- uso del tiempo libre y recreación
- destrezas académicas funcionales (ej. manejo de dinero y tiempo; alfabetización)
- iniciativa y autodirección (ej. toma de decisiones)
- seguridad
- seguir instrucciones y reglas

Funcionamiento familiar

- patrones de interacción
- prácticas de crianza y disciplina
- destrezas y recursos para apoyar el desarrollo de la persona con el TEA
- preocupaciones
- necesidades
- prioridades
- sueños/deseos
- sistemas de apoyo
- recursos

F. Procedimiento del Avalúo

El Avalúo inicial se completará en 60 días calendario o menos luego de recibido el referido para Avalúo (IDEA, 2004). El proceso de Avalúo es uno continuo y dinámico que requiere revisión periódica. Este proceso guiará la planificación hacia la intervención incluyendo identificar y facilitar el acceso a intervenciones apropiadas y eficientes fundamentadas en la mejor evidencia.

A continuación, los pasos a seguir:

1. Designar el líder del equipo

El equipo escogerá un líder, quien será responsable de:

- asegurar el desarrollo e implementación del protocolo de avalúo;
- programar y facilitar la comunicación interdisciplinaria;
- recopilar los hallazgos y otra información relevante;
- identificar qué otra información necesaria;
- dirigir el análisis e interpretación de la información recopilada;
- asegurar la redacción del informe escrito;
- coordinar la discusión de los hallazgos con la familia y la persona con el TEA (cuando sea apropiado); e
- iniciar el proceso para la planificación y/o revisión de la intervención respondiendo a los resultados del avalúo.

2. El equipo revisará la información disponible y determinará, si es necesario, obtener información adicional para elaborar un plan de intervención

- a. Si la información es suficiente, se pasará al #4.
- b. Si falta información, se determinará cómo se recopilará información adicional y se asignarán las responsabilidades de cada miembro del equipo.

3. Obtener la información adicional necesaria

4. El equipo discutirá los hallazgos y establecerá el perfil.

5. Redactar el informe del Avalúo

El equipo determinará quién o quiénes serán responsables de redactar el informe. Este debe incluir:

- Información demográfica
- Historial Relevante
- Procedimientos de Avalúo
- Perfil (intereses, aptitudes, fortalezas, necesidades y prioridades (por área de funcionamiento, condiciones coexistentes) de la persona con el TEA

Además, podría incluir:

- Hallazgos (incluyendo resultados e interpretación de pruebas administradas e información recogida a través de otros métodos)

6. Discusión y revisión del informe

El líder o su representante revisará el informe con la familia y la persona con el TEA (de ser apropiado). Se le entregará el informe final a la familia o persona con el TEA, según sea apropiado. Ver el Apéndice A para un modelo de informe del Avalúo.

G. REFERENCIAS

Autism Spectrum Disorders Missouri Best Practice Guidelines for Screening, Diagnosis and Assessment (2010). Missouri Autism Guidelines Initiative. Recuperado de, <http://autismguidelines.dmh.mo.gov/documents/Interventions.pdf>

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*. 2(6): 576–582. doi: [10.1370/afm.245](https://doi.org/10.1370/afm.245)

- California Department of Developmental Services. (2002). Autistic Spectrum Disorders: Best Practice Guidelines for Screening, Diagnosis and Assessment. Recuperado de, <http://>
- Connecticut State Department of Education. (2011). *Guidelines for Identification and Education of Children and Youth with Autism*. Recuperado de, www.sde.ct.gov/sde/lib/sde/PDF/DEPS/Special/Guidelines_Autism.pdf
- Engel G. L. (1980). "The clinical application of the biopsychosocial model". *American Journal of Psychiatry*, 137 (5): 535–544. doi:10.1176/ajp.137.5.535
- Glicksman, E. (2012). Catching autism earlier. *American Psychological Association*. Recuperado de, <http://www.apa.org/monitor/2012/10/autism.aspx>
- IDEA 2004 Statute and Regulations. Recuperado de, <http://www.wrightslaw.com/idea/law.htm>
- Ley BIDA. Recuperado de, <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012220.htm>
- Ozonoff, S. Goodlin-Jones, B., & Solomon, M. (2005). Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 523-540.

**Hitos del Desarrollo – Campaña CDC:
Aprenda los Signos. Reaccione Pronto.**



Su Bebé a los 2 Meses



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo justo antes de cumplir 3 meses. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Bebés a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Le sonríe a las personas
- Puede calmarse sin ayuda por breves momentos (se pone los dedos en la boca y se chupa la mano)
- Trata de mirar a sus padres

En las áreas del habla y la comunicación

- Hace sonidos como de arrullo o gorjeos
- Mueve la cabeza para buscar los sonidos

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Se interesa en las caras
- Comienza a seguir las cosas con los ojos y reconoce a las personas a la distancia
- Comienza a demostrar aburrimiento si no cambian las actividades (llora, se inquieta)

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Puede mantener la cabeza alzada y trata de alzar el cuerpo cuando está boca abajo
- Mueve las piernas y los brazos con mayor suavidad

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo si el niño:

- No responde ante ruidos fuertes
- No sigue con la vista a las cosas que se mueven
- No le sonríe a las personas
- No se lleva las manos a la boca
- No puede sostener la cabeza en alto cuando empuja el cuerpo hacia arriba estando boca abajo

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Bebé a los 4 Meses



Nombre del niño

Edad del niño

Fecha de hoy

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo justo antes de cumplir 5 meses. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Bebés a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Sonríe espontáneamente, especialmente con otras personas
- Le gusta jugar con la gente y puede ser que hasta lllore cuando se terminan los juegos
- Copia algunos movimientos y gestos faciales, como sonreír o fruncir el ceño

En las áreas del habla y la comunicación

- Empieza a balbucear
- Balbucea con entonación y copia los sonidos que escucha
- Llora de diferentes maneras para mostrar cuando tiene hambre, siente dolor o está cansado

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Le deja saber si está contento o triste
- Responde ante las demostraciones de afecto
- Trata de alcanzar los juguetes con la mano
- Coordina las manos y los ojos, como cuando juega a esconder la carita detrás de sus manos
- Sigue con la vista a las cosas que se mueven, moviendo los ojos de lado a lado
- Observa las caras con atención
- Reconoce objetos y personas conocidas desde lejos

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Mantiene la cabeza fija, sin necesidad de soporte
- Se empuja con las piernas cuando tiene los pies sobre una superficie firme
- Cuando está boca abajo puede darse vuelta y quedar boca arriba

- Puede sostener un juguete y sacudirlo y golpear a juguetes que estén colgando
- Se lleva las manos a la boca
- Cuando está boca abajo, levanta el cuerpo hasta apoyarse en los codos

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo se el niño:

- No sigue con la vista a las cosas que se mueven
- No le sonríe a las personas
- No puede sostener la cabeza con firmeza
- No gorjea ni hace sonidos con la boca
- No se lleva las cosas a la boca
- No empuja con los pies cuando le apoyan sobre una superficie dura
- Tiene dificultad para mover uno o los dos ojos en todas las direcciones

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Bebé a los 6 Meses



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo justo antes de cumplir 7 meses. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Bebés a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Reconoce las caras familiares y comienza a darse cuenta si alguien es un desconocido
- Le gusta jugar con los demás, especialmente con sus padres
- Responde antes las emociones de otras personas y generalmente se muestra feliz
- Le gusta mirarse en el espejo

En las áreas del habla y la comunicación

- Copia sonidos
- Une varias vocales cuando balbucea ("a", "e", "o") y le gusta hacer sonidos por turno con los padres
- Reacciona cuando se menciona su nombre
- Hace sonidos para demostrar alegría o descontento
- Comienza a emitir sonidos de consonantes (parlotea usando la "m" o la "b")

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Observa a su alrededor las cosas que están cerca
- Se lleva la cosas a la boca
- Demuestra curiosidad sobre las cosas y trata de agarrar las cosas que están fuera de su alcance
- Comienza a pasar cosas de una mano a la otra

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Se da vuelta para ambos lados (se pone boca arriba y boca abajo)
- Comienza a sentarse sin apoyo
- Cuando se para, se apoya en sus piernas y hasta puede ser que salte
- Se mece hacia adelante y hacia atrás, a veces gatea primero hacia atrás y luego hacia adelante

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo si el niño:

- No trata de agarrar cosas que están a su alcance
- No demuestra afecto por quienes le cuidan
- No reacciona ante los sonidos de alrededor
- Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca
- No emite sonidos de vocales ("a", "e", "o")
- No rueda en ninguna dirección para darse vuelta
- No se ríe ni hace sonidos de placer
- Se ve rígido y con los músculos tensos
- Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Bebé a los 9 Meses



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo justo antes de cumplir 10 meses. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Bebés a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Puede ser que le tenga miedo a los desconocidos
- Puede ser que se aferre a los adultos conocidos todo el tiempo
- Tiene juguetes preferidos

En las áreas del habla y la comunicación

- Entiende cuando se le dice “no”
- Hace muchos sonidos diferentes como “mamamama” y “dadadadada”
- Copia los sonidos que hacen otras personas
- Señala objetos con los dedos

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Observa el recorrido de las cosas al caer
- Va en busca de las cosas que usted esconde
- Juega a esconder su carita detrás de las manos
- Se pone las cosas en la boca
- Pasa objetos de una mano a la otra con facilidad
- Levanta cosas como cereales en forma de “o” entre el dedo índice y el pulgar

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Puede sentarse solo
- Se sienta sin apoyo
- Se para sosteniéndose de algo
- Gatea

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo si el niño:

- No se apoya en las piernas con ayuda
- No se sostiene en las piernas con apoyo
- No balbucea (“mama”, “baba”, “papa”)
- No juega a nada que sea por turnos como “me toca a mí, te toca a ti”
- No responde cuando le llaman por su nombre
- No parece reconocer a las personas conocidas
- No mira hacia donde usted señala
- No pasa juguetes de una mano a la otra

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame **1-800-CDC-INFO**.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que se evalúe el desarrollo general de los niños a los 9 meses. Pregúntele al médico de su hijo si el niño necesita ser evaluado.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto

1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Hijo de 1 Año



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo cuando cumple 1 año de edad. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Niños a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Actúa con timidez o se pone nervioso en presencia de desconocidos
- Lloro cuando la mamá o el papá se aleja
- Tiene cosas y personas preferidas
- Demuestra miedo en algunas situaciones
- Le alcanza un libro cuando quiere escuchar un cuento
- Repite sonidos o acciones para llamar la atención
- Levanta un brazo o una pierna para ayudar a vestirse
- Juega a esconder la carita y a las palmaditas con las manos

En las áreas del habla y la comunicación

- Entiende cuando se le pide que haga algo sencillo
- Usa gestos simples, como mover la cabeza de lado a lado para decir “no” o mover la mano para decir “adiós”
- Hace sonidos con cambios de entonación (se parece más al lenguaje normal)
- Dice “mamá” y “papá” y exclamaciones como “oh-oh”
- Trata de copiar palabras

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Explora los objetos de diferentes maneras (los sacude, los golpea o los tira)
- Encuentra fácilmente objetos escondidos
- Cuando se nombra algo mira en dirección a la ilustración o cosa que se nombró
- Copia gestos
- Comienza a usar las cosas correctamente, por ejemplo, bebe de una taza, se cepilla el pelo
- Golpea un objeto contra otro
- Mete cosas dentro de un recipiente, las saca del recipiente
- Suelta las cosas sin ayuda
- Pide atención tocando a las personas con el dedo índice
- Sigue instrucciones sencillas como “recoge el juguete”

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Se sienta sin ayuda
- Se para sosteniéndose de algo, camina apoyándose en los muebles, la pared, etc.
- Puede ser que hasta dé unos pasos sin apoyarse
- Puede ser que se pare solo

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo se el niño:

- No gatea
- No puede permanecer de pie con ayuda
- No busca las cosas que la ve esconder
- No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá”
- No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza
- No señala cosas
- Pierde habilidades que había adquirido

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de Indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Bebé a los 18 Meses (1½ Años)



Nombre del niño

Edad del niño

Fecha de hoy

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo justo antes de cumplir 19 meses. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Niños a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Le gusta alcanzarle cosas a los demás como un juego
- Puede tener rabietas
- Puede ser que le tenga miedo a los desconocidos
- Le demuestra afecto a las personas conocidas
- Juega a imitar cosas sencillas, como alimentar a una muñeca
- Se aferra a la persona que le cuida en situaciones nuevas
- Señala para mostrarle a otras personas algo interesante
- Explora solo, pero con la presencia cercana de los padres

En las áreas del habla y la comunicación

- Puede decir varias palabras
- Dice “no” y sacude la cabeza como negación
- Señala para mostrarle a otra persona lo que quiere

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Sabe para qué sirven las cosas comunes; por ejemplo, teléfono, cepillo, cuchara
- Señala una parte del cuerpo
- Señala para llamar la atención de otras personas
- Demuestra interés en una muñeca o animal de peluche y hace de cuenta que le da de comer
- Hace garabatos sin ayuda
- Puede seguir instrucciones verbales de un solo paso que no se acompañan de gestos; por ejemplo, se sienta cuando se le dice “siéntate”

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Camina solo
- Jala juguetes detrás de él mientras camina
- Puede subir las escaleras y correr
- Puede ayudar a desvestirse

- Bebe de una taza
- Come con cuchara

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo se el niño:

- No señala cosas para mostrárselas a otras personas
- No puede caminar
- No sabe para qué sirven las cosas familiares
- No copia lo que hacen las demás personas
- No aprende nuevas palabras
- No sabe por lo menos 6 palabras
- No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa
- Pierde habilidades que había adquirido

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que, a los 18 meses de edad, se evalúe el desarrollo general de los niños y se realicen pruebas de detección del autismo. Pregúntele al médico de su hijo si el niño necesita ser evaluado.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Hijo de 2 Años



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo cuando cumple 2 años de edad. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Niños a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Copia a otras personas, especialmente a adultos y niños mayores
- Se entusiasma cuando está con otros niños
- Demuestra ser cada vez más independiente
- Demuestra un comportamiento desafiante (hace lo que se le ha dicho que no haga)
- Comienza a incluir otros niños en sus juegos, como jugar a sentarse a comer con las muñecas o a correr y perseguirse

En las áreas del habla y la comunicación

- Señala a objetos o ilustraciones cuando se los nombra
- Sabe los nombres de personas conocidas y partes del cuerpo
- Dice frases de 2 a 4 palabras
- Sigue instrucciones sencillas
- Repite palabras que escuchó en alguna conversación
- Señala las cosas que aparecen en un libro

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Encuentra cosas aun cuando están escondidas debajo de dos o tres sábanas
- Empieza a clasificar por formas y colores
- Completa las frases y las rimas de los cuentos que conoce
- Juega con su imaginación de manera sencilla
- Construye torres de 4 bloques o más
- Puede que use una mano más que la otra
- Sigue instrucciones para hacer dos cosas como por ejemplo, "levanta tus zapatos y ponlos en su lugar"
- Nombra las ilustraciones de los libros como un gato, pájaro o perro

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Se para en las puntas de los dedos
- Patea una pelota
- Empieza a correr

- Se trepa y baja de muebles sin ayuda
- Sube y baja las escaleras agarrándose
- Tira la pelota por encima de la cabeza
- Dibuja o copia líneas rectas y círculos

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo si el niño:

- No usa frases de 2 palabras (por ejemplo, "toma leche")
- No sabe cómo utilizar objetos de uso común, como un cepillo, teléfono, tenedor o cuchara
- No copia acciones ni palabras
- No puede seguir instrucciones sencillas
- No camina con estabilidad
- Pierde habilidades que había logrado

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo el programa público de intervención temprana patrocinado por el estado. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame **1-800-CDC-INFO**.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que, a los 24 meses de edad, se evalúe el desarrollo general de los niños y se realicen pruebas de detección del autismo. Pregúntele al médico de su hijo si el niño necesita ser evaluado.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Hijo de 3 Años



Nombre del niño

Edad del niño

Fecha de hoy

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo cuando cumple 3 años de edad. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Niños a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Copia a los adultos y los amigos
- Demuestra afecto por sus amigos espontáneamente
- Espera su turno en los juegos
- Demuestra su preocupación por un amigo que está 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
- Se molesta con los cambios de rutina grandes
- Se viste y desviste

En las áreas del habla y la comunicación

- Sigue instrucciones de 2 o 3 pasos
- Sabe el nombre de la mayoría de las cosas conocidas
- Entiende palabras como “adentro”, “arriba” o “debajo”
- Puede decir su nombre, edad y sexo
- Sabe el nombre de un amigo
- Dice palabras como “yo”, “mi”, “nosotros”, “tú” y algunos plurales (autos, perros, gatos)
- Habla bien de manera que los desconocidos pueden entender la mayor parte de lo que dice
- Puede conversar usando 2 o 3 oraciones

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Puede operar juguetes con botones, palancas y piezas móviles
- Juega imaginativamente con muñecas, animales y personas
- Arma rompecabezas de 3 y 4 piezas
- Entiende lo que significa “dos”
- Copia un círculo con lápiz o crayón
- Pasa las hojas de los libros una a la vez
- Arma torres de más de 6 bloquitos
- Enrosca y desenrosca las tapas de jarras o abre la manija de la puerta

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Trepa bien
- Corre fácilmente
- Puede pedalear un triciclo (bicicleta de 3 ruedas)
- Sube y baja escaleras, un pie por escalón

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo si el niño:

- Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras
- Se baba o no se le entiende cuando habla
- No puede operar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija)
- No usa oraciones para hablar
- No entiende instrucciones sencillas
- No imita ni usa la imaginación en sus juegos
- No quiere jugar con otros niños ni con juguetes
- No mira a las personas a los ojos
- Pierde habilidades que había adquirido

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo la escuela pública más cercana. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Hijo de 4 Años



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo cuando cumple 4 años de edad. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Niños a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Disfruta haciendo cosas nuevas
- Juega a “papá y mamá”
- Cada vez se muestra más creativo en los juegos de imaginación
- Le gusta más jugar con otros niños que solo
- Juega en cooperación con otros
- Generalmente no puede distinguir la fantasía de la realidad
- Describe lo que le gusta y lo que le interesa

En las áreas del habla y la comunicación

- Sabe algunas reglas básicas de gramática, como el uso correcto de “él” y “ella”
- Canta una canción o recita un poema de memoria como “La araña pequeñita” o “Las ruedas de los autobuses”
- Relata cuentos
- Puede decir su nombre y apellido

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Nombra algunos colores y números
- Entiende la idea de contar
- Comienza a entender el concepto de tiempo
- Recuerda partes de un cuento
- Entiende el concepto de “igual” y “diferente”
- Dibuja una persona con 2 o 4 partes del cuerpo
- Sabe usar tijeras
- Empieza a copiar algunas letras mayúsculas
- Juega juegos infantiles de mesa o de cartas
- Le dice lo que le parece que va a suceder en un libro a continuación

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Brinca y se sostiene en un pie hasta por 2 segundos

- La mayoría de las veces agarra una pelota que rebota
- Se sirve los alimentos, los hace papilla y los corta (mientras usted lo vigila)

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo si el niño:

- No puede saltar en el mismo sitio
- Tiene dificultades para hacer garabatos
- No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación
- Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia
- Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño
- No puede relatar su cuento favorito
- No sigue instrucciones de 3 partes
- No entiende lo que quieren decir “igual” y “diferente”
- No usa correctamente las palabras “yo” y “tú”
- Habla con poca claridad
- Pierde habilidades que había adquirido

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo la escuela pública más cercana. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Su Hijo de 5 Años



Nombre del niño _____

Edad del niño _____

Fecha de hoy _____

La manera en que su hijo juega, aprende, habla y actúa nos ofrece pistas importantes sobre cómo se está desarrollando. Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada.

Marque los indicadores del desarrollo que puede ver en su hijo cuando cumple 5 años de edad. En cada visita médica de su hijo, lleve esta información y hable con el pediatra sobre los indicadores que su hijo alcanzó y cuáles son los que debería alcanzar a continuación.

¿Qué Hacen los Niños a Esta Edad?

En las áreas social y emocional

- Quiere complacer a los amigos
- Quiere parecerse a los amigos
- Es posible que haga más caso a las reglas
- Le gusta cantar, bailar y actuar
- Está consciente de la diferencia de los sexos
- Puede distinguir la fantasía de la realidad
- Es más independiente (por ejemplo, puede ir solo a visitar a los vecinos de al lado) [para esto todavía necesita la supervisión de un adulto]
- A veces es muy exigente y a veces muy cooperador

En las áreas del habla y la comunicación

- Habla con mucha claridad
- Puede contar una historia sencilla usando oraciones completas
- Puede usar el tiempo futuro; por ejemplo, "la abuelita va a venir"
- Dice su nombre y dirección

En el área cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)

- Cuenta 10 o más cosas
- Puede dibujar una persona con al menos 6 partes del cuerpo
- Puede escribir algunas letras o números
- Puede copiar triángulos y otras figuras geométricas
- Conoce las cosas de uso diario como el dinero y la comida

En las áreas motora y de desarrollo físico

- Se para en un pie por 10 segundos o más
- Brinca y puede ser que dé saltos de lado
- Puede dar volteretas en el aire
- Usa tenedor y cuchara y, a veces, cuchillo
- Puede ir al baño solo
- Se columpia y trepa

Reaccione pronto y hable con el doctor de su hijo se el niño:

- No expresa una gran variedad de emociones
- Tiene comportamientos extremos (demasiado miedo, agresión, timidez o tristeza)
- Es demasiado retraído y pasivo
- Se distrae con facilidad, tiene problemas para concentrarse en una actividad por más de 5 minutos
- No le responde a las personas o lo hace solo superficialmente
- No puede distinguir la fantasía de la realidad
- No juega a una variedad de juegos y actividades
- No puede decir su nombre y apellido
- No usa correctamente los plurales y el tiempo pasado
- No habla de sus actividades o experiencias diarias
- No dibuja
- No puede cepillarse los dientes, lavarse y secarse las manos o desvestirse sin ayuda
- Pierde habilidades que había adquirido

Dígale al médico o a la enfermera de su hijo si nota cualquiera de estos signos de posible retraso del desarrollo para su edad, y converse con alguien de su comunidad que conozca los servicios para niños de su área, como por ejemplo la escuela pública más cercana. Para obtener más información, consulte www.cdc.gov/preocupado o llame 1-800-CDC-INFO.

Tomado de CARING FOR YOUR BABY AND YOUNG CHILD: BIRTH TO AGE 5, Quinta Edición, editado por Steven Shelov y Tanya Remer Altmann © 1991, 1993, 1998, 2004, 2009 por la Academia Americana de Pediatría y BRIGHT FUTURES: GUIDELINES FOR HEALTH SUPERVISION OF INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS, tercera edición, editado por Joseph Hagan, Jr., Judith S. Shaw y Paula M. Duncan, 2008, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. Esta lista de verificación de indicadores del desarrollo no es un sustituto de una herramienta de evaluación del desarrollo estandarizada y validada.

www.cdc.gov/pronto | 1-800-CDC-INFO



Aprenda los signos. Reaccione pronto.

Módulo Educativo
Instrumento de Cernimiento para
Autismo M-CHAT R/F



DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO

MÓDULO EDUCATIVO

INSTRUMENTO DE CERNIMIENTO PARA AUTISMO

M-CHAT- R/F

El Sistema Abarcador Unidos por la Niñez Temprana (UNT) bajo la División Madres, Niños y Adolescentes adscrita a la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados del Departamento de Salud, se complace en publicar la primera edición del Módulo Educativo sobre el instrumento de cernimiento para el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA): *Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised/Follow-Up* (M-CHAT-R/F, por sus siglas en inglés).

Este módulo está acreditado por la División de Educación Continua de la UPR del Recinto de Ciencias Médicas. El mismo está diseñado para proveerle a los profesionales de la salud, de las ciencias de la conducta y de la educación temprana información relevante sobre la vigilancia del desarrollo y el cernimiento del desarrollo, con énfasis en el uso del M-CHAT-R/F (Robins; Fein; & Barton, 2009) como instrumento para el cernimiento del TEA. ¿Cuál es el propósito? ¿Cómo se completa? y ¿A qué edades? De esta manera esperamos no solamente concienciar sobre la importancia de la vigilancia y el cernimiento del desarrollo, sino capacitar a los profesionales que velan por el desarrollo y bienestar de nuestra niñez temprana.

Audiencia:

Este módulo ha sido diseñado para médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y maestros de educación temprana.

Objetivos Operacionales:

Luego de leer y estudiar el módulo el profesional participante podrá:

1. Describir las características y propósito del M-CHAT-R/F.
2. Completar el M-CHAT-R/F.
3. Interpretar los resultados del M-CHAT-R/F.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	2
VIGILANCIA Y CERNIMIENTO DEL DESARROLLO	2
INSTRUMENTOS PARA EL CERNIMIENTO DEL DESARROLLO	3
POLÍTICA PÚBLICA	3
M-CHAT-R/F COMO INSTRUMENTO DE CERNIMIENTO PARA TEA.....	4
DERECHOS DE AUTOR	5
INSTRUCCIONES DE USO, PUNTUACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ACCIÓN A TOMAR	6
GLOSARIO	8
APÉNDICES	9
PRUEBA DE EVALUACIÓN	13
REFERENCIAS	15

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) es un desorden del neurodesarrollo. Aunque hay una variabilidad significativa en cuanto a la presentación de síntomas específicos, los niños y las niñas con el TEA comparten varios aspectos en común. Estos incluyen un desarrollo atípico en el área social y de comunicación recíproca, a nivel verbal y no verbal. También muestran una capacidad limitada para cambiar el foco de atención e interés (Alessandri, Mundy Tuchman, 2005).

Otros autores añaden la ausencia de conductas típicas tales como responder al llamarlo por su nombre, mirar a los rostros de otras personas, atención conjunta e imitación. (Baranek, 1999; Ostering 7 Dawson, 1994; Stone et al., 2004 en Ozonoff, Heung, Byrd, Hansen & Herts-Picciotto, 2008).

El TEA puede ocurrir en uno de dos patrones: (1) aquellos niños y niñas que muestran un desarrollo atípico en las áreas del desarrollo social y de comunicación a partir de su primer año de vida y (2) aquellos que aparentan llevar un desarrollo dentro de lo esperado y entre los 18 y 24 meses de edad comienzan a perder destrezas que ya habían adquirido, particularmente en las áreas del desarrollo social y de comunicación (Ozonoff et al., 2008).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) establece las características esenciales del TEA: dificultad persistente en la comunicación social recíproca e interacción social (Criterio A) y patrones de conducta, actividades e intereses restringidos y repetitivos (Criterio B). Otros criterios para el diagnóstico son que los síntomas

deben estar presentes desde la infancia y deben afectar y limitar el funcionamiento diario del niño o la niña (Criterio C y D). El nivel de severidad varía según las características de la niñez en cuestión y su ambiente. Las manifestaciones del TEA son diferentes en cada niño y niña y dependen de la severidad del trastorno, el nivel de desarrollo, la edad cronológica y otras condiciones de salud.

Actualmente todos los trastornos que conforman los Trastornos Generalizados del Desarrollo en el DSM-IV-R (2000), excepto el Trastorno de Rett, son categorizados bajo el **Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)** en el DSM-5. El diagnóstico debe especificar el nivel de severidad: Nivel I al Nivel 3— en las áreas de comunicación social y conductas repetitivas y restringidas del niño o la niña. El Nivel 3 se utiliza cuando el niño o la niña necesita ayuda MUY sustancial, el Nivel 2 se utiliza cuando necesita ayuda sustancial y el Nivel 1, cuando necesita ayuda.

En un estudio de prevalencia realizado en el 2011 por el Departamento de Salud, se identificaron 11,743 casos de autismo en niños y niñas de 4 a 17 años de edad. Esta cifra representa el 1.62% de la población de la niñez de 4 a 17 años de edad en Puerto Rico. A base de los hallazgos de este estudio, se estimó que en Puerto Rico había un total de 28,745 personas con autismo (Cordero, Alonso, Mattei y Torres; 2011).

VIGILANCIA Y CERNIMIENTO DEL DESARROLLO

La identificación temprana del desarrollo atípico en niños pequeños es fundamental para iniciar la intervención temprana de manera que se promueva el desarrollo y se disminuya el impacto de cualquier

condición en una etapa donde el cerebro es más sensible a la experiencia debido a su plasticidad.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) estableció en el 2006 como política que en todas las visitas de rutina se realice la vigilancia del desarrollo. La vigilancia del desarrollo es un proceso continuo y flexible mediante el cual profesionales llevan a cabo observaciones del niño o niña mientras proveen el cuidado de salud. Sus componentes son: obtener y prestar atención a las preocupaciones de los padres, obtener un historial del desarrollo relevante, hacer observaciones precisas e informadas del niño o niña, y compartir las opiniones y preocupaciones con otros profesionales.

La AAP también recomienda el cernimiento del desarrollo en las visitas preventivas pediátricas (“well baby”) de los 9, 18 y 30 meses de edad. (AAP, 2006; Bright Future, 2014). La AAP define el cernimiento del desarrollo como un proceso que incluye completar un instrumento corto, estandarizado y validado para la identificación temprana de niños y niñas que están a riesgo de un retraso en el desarrollo.

Las estadísticas de los Estados Unidos establecen que el 17% de la niñez ha tenido algún retraso del desarrollo en algún momento en sus vidas, y que de un 12% a un 16% de los niños y las niñas presentan algún retraso de desarrollo (Boyle, 1994).

INSTRUMENTOS PARA EL CERNIMIENTO DEL DESARROLLO

Los instrumentos para el cernimiento del desarrollo exhiben las siguientes características:

- Proveen información que facilita la identificación temprana de un desarrollo atípico lo más temprano en la vida

del menor para poder intervenir lo antes posible.

- Son preventivas. Su función es brindar información para indicar posible retraso en el desarrollo. No están diseñadas para diagnosticar ni para determinar la intervención necesaria.
- Identifican quién necesita una evaluación más exhaustiva y especializada.

POLÍTICA PÚBLICA

Guías de Servicios Pediátricos Preventivos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) de Puerto Rico (2014), y Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro del Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0-66 meses de edad (2015).

Las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos (2014) fueron desarrolladas por el Departamento de Salud para que todo niño, niña o joven desde el nacimiento hasta los 21 años de edad, sea evaluado regularmente por un profesional de la salud.

Las mismas sirven para identificar y diagnosticar a tiempo cualquier condición física, mental o de conducta que requiera atención. De esta manera ayudan en la intervención rápida para prevenir problemas de salud o retrasos en el desarrollo en la niñez y en la adolescencia en Puerto Rico.

El Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Espectro de Autismo: Vigilancia y Cernimiento del Desarrollo 0–66 meses de edad del Departamento de Salud establece los criterios y procedimientos uniformes para la identificación temprana de la población a riesgo de

presentar el TEA.

Tanto las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos del 2014 como el Protocolo Uniforme para la Identificación Temprana del Trastorno del Espectro de Autismo del Departamento de Salud de Puerto Rico establecen que el cernimiento del desarrollo se realice en las visitas de los 9, 18, 24 y 30 meses de edad. Además, establecen que a los 18 y 24 meses de edad también se realice el cernimiento para el TEA.

Las Guías y el Protocolo recomiendan que se utilicen las últimas ediciones de los instrumentos de cernimiento: Edades y Etapas (ASQ) y el M-CHAT-R/F para realizar los cernimientos del desarrollo y para el TEA, respectivamente.

Esta política es el resultado de investigaciones que evidencian la importancia de la intervención temprana para una mejor prognosis de niños y niñas diagnosticados con el TEA (Robins, Dumont-Mathieu, Fein, 2009).

El M-CHAT-R/F como instrumento de cernimiento para el TEA

El CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) fue uno de los primeros instrumentos de cernimiento para identificar niñas y niños a riesgo para el TEA. El mismo fue desarrollado en el Reino Unido.

Posteriormente se desarrolló la *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT; Robins, Fein and Barton; 1999), una versión expandida americana del CHAT (1992). Más tarde, en 2009 surge el M-CHAT-R/F que incluye una entrevista de seguimiento (Robins, Fein, y Barton, 2009) con el propósito de lograr mayor sensibilidad, especificidad y valor predictivo.

El M-CHAT-R/F se utiliza para el cernimiento de niños y niñas entre los 16 a los 30 meses de edad con el fin de identificar el riesgo del diagnóstico del TEA.

Características del M-CHAT-R/F

El M-CHAT-R/F es un instrumento de cernimiento para determinar el riesgo del TEA. El mismo consta de dos partes: el M-CHAT-R (primera parte) consiste de 20 preguntas (reactivos) que se contestan con un SÍ o un NO. Las preguntas auscultan posibles alteraciones sensoriales, alteraciones motoras, interacción social, atención conjunta, lenguaje y comunicación temprana, entre otras (Robins, Fein & Green, 2001). (Ver *apéndice 1A: Cuestionario M-CHAT-R*) El mismo se puede completar en 5 a 10 minutos (Robins, Fein y Barton, 2009).

La segunda parte es la entrevista de seguimiento M-CHAT-R/F. Cada página de la entrevista corresponde a un ítem en el M-CHAT-R. La Hoja de Puntuación M-CHAT-R/F contiene los mismos ítems que el M-CHAT-R pero donde Sí/No han sido reemplazados por Pasa/No Pasa). (Ver *apéndices 1-B y 2*)

El M-CHAT-R/F **NO** es una prueba diagnóstica. El instrumento se utiliza para el cernimiento de aspectos relacionados con el TEA y no cumple con la función de un instrumento diagnóstico.

Contrario al CHAT, el M-CHAT-R/F no requiere observación directa de la niña o del niño.

Áreas de funcionamiento que aborda

El M-CHAT-R/F aborda las áreas de la atención conjunta, el contacto visual, señalar para solicitar ayuda, el juego de

construcción y el juego simulado. Se ha encontrado que estas áreas de funcionamiento son predictores altos para el diagnóstico del TEA.

Completando el M-CHAT-R/F

El instrumento puede ser completado por los padres durante las visitas preventivas de salud pediátricas (visitas de *well baby*) desde los 16 hasta los 30 meses de edad del niño o la niña (Robbins, Fein y Barton, 2009). También puede ser completado por los cuidadores primarios, por otros profesionales del campo de la salud o por un educador o cuidador de maternales y pre-escolares.

A pesar de que las respuestas están sujetas al informe de los padres sobre las destrezas actuales y el comportamiento de su niño o niña, las decisiones que se tomen **no** deben depender solamente de esta fuente de información. Algunos padres y madres pueden tener dificultad para leer o entender algunas de las preguntas por lo que se debe confirmar la información que ofrecen.

Entrevista de seguimiento

La meta principal al desarrollar el M-CHAT-R/F fue maximizar la sensibilidad de la detección de los casos de TEA. Fue por tal razón que se desarrolló la entrevista de seguimiento estructurada para utilizarse en conjunto con el M-CHAT-R.

La entrevista de seguimiento se utiliza si al codificar las respuestas el resultado es un riesgo medio para el TEA. En estos casos se completan solamente aquellas preguntas relacionadas con la presencia de conductas de riesgo para el TEA. Los niños o niñas con una puntuación ≥ 3 inicialmente y ≥ 2 en la entrevista de segui-

miento tienen un 47.5% de riesgo de ser diagnosticado con TEA (95%CI: 0.41–0.54) y un 94.6% de riesgo de presentar retraso en el desarrollo (95% CI: 0.92–0.98).

Se recomienda un algoritmo de 3 niveles de riesgo para maximizar la utilidad clínica y para reducir la edad en la cual se establece el diagnóstico y se comienza la intervención temprana.

Derechos de autor

El M-CHAT-R/F está disponible para su descarga gratuita para propósitos clínicos, de investigación y formativos. Se autoriza la descarga del M-CHAT-R/F y del material relacionado conectando con **www.mchatscreen.com**

El M-CHAT-R/F es un instrumento con derechos de autor. Por lo que cada persona que lo descargue y lo imprima del Internet debe seguir las siguientes directrices:

- Las reproducciones del M-CHAT-R/F deben incluir los derechos de autor al final de la página (© 1999 Robins, Fein & Barton). **NO** se le pueden realizar modificaciones a los reactivos o a las instrucciones sin autorización de los autores.
- El M-CHAT-R/F debe ser completado en su totalidad. No hay estudios que evidencien que el utilizar sólo algunos reactivos sea válido.
- Las personas interesadas en reproducir el M-CHAT-R/F en impresos (ejemplo: libros o artículos) o electrónicamente para el uso de otros (expedientes médicos digitales) deben contactar a Diana Robins para solicitar autorización a la dirección electrónica drobins@gsu.edu.

- Si usted es parte de una práctica médica, puede incorporar las preguntas de la primera parte del M-CHAT-R/F en el expediente electrónico de su práctica. Sin embargo, si usted desea distribuir la página de su expediente electrónico fuera de su práctica debe contactar a Diana Robins para obtener una licencia.
- Describa el instrumento en todas sus partes y dé ejemplos de cómo completarlo.
- Si él, la o los encargados del infante o el maternal muestran dificultad para contestar las preguntas déjele saber que usted puede ayudar a completarlo.
- Verifique que todas las preguntas sean contestadas.

INSTRUCCIONES DE USO, PUNTUACIÓN, INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO Y ACCIÓN A TOMAR

Instrucciones de uso

El objetivo principal del M-CHAT-R es lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA que sea posible. Por tanto, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños que obtengan una calificación en riesgo serán diagnosticados con el TEA.

Para solucionar ese problema se desarrollaron las preguntas de seguimiento (M-CHAT-R/F). Los usuarios deben estar conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños que dan positivo en el M-CHAT-R no serán diagnosticados con el TEA, sin embargo, esos niños están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso y, por lo tanto, se está garantizando la evaluación para cualquier niño o niña con un resultado positivo.

El M-CHAT-R se puede corregir en menos de dos minutos. Las instrucciones para la puntuación se pueden descargar desde <http://www.mchatscreen.com>.

- Explique a la familia, padre, madre o encargado del o la menor el propósito y los objetivos del M-CHAT-R/F.

Algoritmo de Puntuación

Para todos los ítems, **excepto** el 2, 5 y 12, la respuesta "**NO**" indica riesgo de TEA; para los ítems 2, 5, y 12, "**SÍ**" indica riesgo de TEA. El siguiente algoritmo potencia las propiedades psicométricas del M-CHAT-R/F:

RIESGO BAJO: Puntuación total de **0-2**.

Acción: Si el niño es menor de 24 meses se debe repetir el M-CHAT-R a los 24 meses. No se requiere otra acción a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA.

RIESGO MEDIO: Puntuación total de **3-7**.

Acción: Se procede a administrar la entrevista de seguimiento (Segunda parte del M-CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo.

Cada página de la entrevista corresponde sólo a un ítem en el M-CHAT-R/F. Siga el formato del organigrama haciendo las preguntas hasta que puntée "PASA" o "NO PASA" (Ver ejemplo en apéndice 4).

También se puede administrar cualquier pregunta de la entrevista que le provoque duda o sospecha al profesional sobre el desarrollo de la niña o el niño. Cuando la respuesta fuera "otro", el entrevistador debe utilizar su juicio para determinar si es una respuesta que pasa o no pasa.

Se considera que el cernimiento es positivo si el niño falla dos (2) ítems o más de la entrevista de seguimiento. Acción: refiera al niño para una evaluación diagnóstica y para determinar la elegibilidad para los servicios de intervención temprana.

Si el niño falla un (1) ítem o menos, el resultado es negativo. No es necesaria ninguna acción a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debe seguir vigilado en las visitas subsiguientes.

RIESGO ALTO: Puntuación total de **8-20**.
Acción: Se debe hacer un referido inmediato para una evaluación diagnóstica y para determinar la elegibilidad para los servicios de intervención temprana.

Referidos

Tenga siempre en cuenta que si el profesional de la salud o los padres tienen alguna preocupación acerca de un posible TEA, el niño o niña debe ser referida a evaluación diagnóstica, independientemente de la puntuación en el M-CHAT-R o M-CHAT-R/F.

Información adicional

En las páginas www.mchatscreen.com y www.firstsigns.org hay disponible una serie de recursos sobre el M-CHAT-R/F.

Este módulo fue desarrollado en julio de 2013 y revisado en febrero, 2015 por la Dra. Ángeles Acosta, del Instituto de Deficiencias en el Desarrollo de la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, UPR, por encargo de Unidos por la Niñez Temprana (Sistema Abarcador de la Niñez Temprana de PR) bajo la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud.

El módulo fue revisado por el Subcomité de Identificación y Diagnóstico Temprano del TEA del Comité Timón de la Ley BIDA y aprobado por el Comité Timón en pleno en mayo, 2015.

Subvencionado por el proyecto H2MC26236 del US Departmento of Health and Human Services, Health Resources and Service Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau.

GLOSARIO

1. **Algoritmo:** Es un método para resolver un problema mediante una secuencia de pasos a seguir. Dicha secuencia puede ser expresada en forma de diagrama de flujo con el fin de seguirlo de una forma más sencilla.
2. **Cernimiento del desarrollo:** Es un proceso que incluye completar un instrumento corto, estandarizado y validado para la identificación temprana de niños y niñas que están a riesgo de un retraso en el desarrollo.
3. **Confiabilidad:** Se refiere a la consistencia de las puntuaciones a través del tiempo.
4. **CHAT:** *Checklist for Autism in Toddlers* es un cuestionario de Detección del Autismo en Niños Pequeños creada en el Reino Unido, que requiere de observación directa del niño o la niña.
5. **Especificidad:** La proporción de niños y niñas identificados correctamente por una prueba de cernimiento de tener un desarrollo típico cuya ejecución se encuentra al nivel esperado en una evaluación estandarizada.
6. **M-CHAT:** Cuestionario de Detección del Autismo en Niños Pequeños creada en los Estados Unidos y diseñada para identificar señales de autismo desde los 18 meses de nacido y no requiere observación directa del niño o la niña cuando se contesta la lista1.
7. **M-CHAT-R:** Cuestionario de Detección del Autismo en Niños Pequeños Revisado. Versión americana y expandida de la versión M-CHAT (Robins, Fein, & Barton, 2009) y del CHAT (Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1999).
8. **M-CHAT-R/F:** Cuestionario de Detección del Autismo en Niños Pequeños Revisado y con Entrevista de Seguimiento . Es una versión americana y expandida de la versión M-CHAT (Robins, Fein, & Barton, (2009) y del CHAT (Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1999).
9. **Sensibilidad:** La proporción de niños y niñas identificados correctamente y que van a necesitar de una evaluación más extensa.
10. **TEA:** Trastorno del Espectro del Autismo
11. **Validez:** La medida en la que una prueba mide lo que pretende medir de manera que se hace posible hacer inferencias sobre los resultados.
12. **Valor predictivo:** La proporción de niños a riesgo que son correctamente identificados.

Cuestionario M-CHAT R/F



***Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en
Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento
(M-CHAT-R/F)[™]***

Reconocimiento: Las autoras agradecen al *Grupo de estudio del MCHAT en España*, por su trabajo en desarrollar el formato de organigrama usado en esta entrevista.

Para más información, diríjase al sitio web www.mchatscreen.com.

*El Cuestionario M-CHAT Revisado con preguntas de seguimiento se incluye en esta
Guía con la autorización de los autores.*

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España

Permisos para el uso del M-CHAT-R/F™

El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) es una herramienta de detección en 2 etapas que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). El M-CHAT-R/F está disponible para su descarga gratuita para propósitos clínicos, de investigación y formativos. Se autoriza la descarga del M-CHAT-R/F y del material relacionado conectando con www.mchatscreen.com.

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de derechos de autor y su uso debe seguir las siguientes pautas:

- (1) Las reimpressiones/reproducciones del M-CHAT-R deben incluir los derechos de autor en la parte inferior (© 2009 Robins, Fein, y Barton). No se pueden hacer modificaciones a los ítems, a las instrucciones o al orden de los ítems sin el permiso de los autores.
- (2) El M-CHAT-R debe ser utilizado en su totalidad. La evidencia indica que ningún subconjunto de ítems tiene las propiedades psicométricas adecuadas.
- (3) Quienes estén interesados en la reproducción del M-CHAT-R/F impreso (por ejemplo, en un libro o artículo de revista) o por vía electrónica para su uso por otros (por ejemplo, como parte de la historia clínica digital u otros paquetes de software) deben ponerse en contacto con Diana Robins para solicitar permiso (DianaLRobins@gmail.com).
- (4) Si es usted un profesional de la salud y desea incorporar las preguntas del M-CHAT-R en su propia historia clínica electrónica, puede hacerlo sin problemas. Pero si después quiere distribuir su historia clínica electrónica a otros profesionales, por favor póngase en contacto con Diana Robins para solicitar un acuerdo de licencia.

Instrucciones de Uso

El M-CHAT-R puede administrarse como parte de una visita en el programa de atención al niño sano y también los especialistas u otros profesionales lo pueden utilizar para evaluar el riesgo de TEA. El objetivo principal del M-CHAT-R es lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA que sea posible. Por tanto, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños que obtengan una calificación en riesgo serán diagnosticados de TEA. Para solucionar este problema hemos desarrollado las preguntas de seguimiento (M-CHAT-R/F). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños que dan positivo en el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA, sin embargo, esos niños están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso y, por lo tanto, se está garantizando la evaluación para cualquier niño con un resultado positivo. El M-CHAT-R se puede corregir en menos de dos minutos. Las instrucciones de puntuación se pueden descargar desde <http://www.mchatscreen.com> donde también están disponibles para su descarga los documentos asociados.

Algoritmo de Puntuación

Para todos los ítems, excepto el 2, 5 y 12, la respuesta "NO" indica riesgo de TEA; para los ítems 2, 5, y 12, "SÍ" indica riesgo de TEA. El siguiente algoritmo potencia las propiedades psicométricas del M-CHAT-R:

- BAJO RIESGO:** Puntuación total entre 0-2. Si el niño es menor de 24 meses, repetir MCHAT-R a los 24m. Ninguna otra medida necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA.
- RIESGO MEDIO:** Puntuación total entre 3-7. Administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa =M-CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo.

Si la puntuación M-CHAT-R/F se mantiene en 2 o superior, el niño ha resultado positivo. Medida necesaria: remita al niño para una evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de atención temprana. Si la puntuación es 0-1, el niño ha resultado negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debe seguir vigilado en futuras visitas del programa del niño sano.

RIESGO ALTO: Puntuación total entre 8-20. Es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe remitir el caso de inmediato para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana.

M-CHAT Follow Up/Revised

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta **cómo su hijo/a se comporta habitualmente**. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda **no**. Seleccione, rodeando con un círculo, Muchas gracias.

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SÍ	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	SÍ	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	SÍ	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	SÍ	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	SÍ	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

Entrevista de Seguimiento M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)™

Permiso de Uso

El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) está diseñado para acompañar al M-CHAT-R. El M-CHAT-R/F se puede descargar desde www.mchatscreen.com.

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de derechos de autor y el uso de este instrumento está limitado por sus autores y quienes poseen derechos de autor. El M-CHAT-R/F se pueden usar para propósitos clínicos, de investigación y formativos. Aunque hemos hecho la herramienta para estar disponible de forma gratuita para estos usos, se trata de material con derechos de autor y no es de código abierto. Cualquier persona interesada en el uso de la M-CHAT-R/F en cualquier producto comercial o electrónico, debe ponerse en contacto con Diana L. Robins en DianaLRobins@gmail.com para solicitar permiso.

Instrucciones de Uso

El M-CHAT-R/F está diseñado para ser usado con el M-CHAT-R; el M-CHAT-R es válido para cribar niños de entre 16 y 30 meses de edad, para evaluar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con la entrevista, un número significativo de niños que no pasen el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA. No obstante, estos niños siguen en riesgo de padecer otros trastornos o retrasos en el desarrollo y por lo tanto se está garantizando la evaluación para cualquier niño cuyo resultado sea positivo.

Una vez que el padre/madre haya completado el M-CHAT-R, puntúe el cuestionario de acuerdo a las instrucciones. Si los resultados del niño son positivos, seleccione los ítems de la entrevista de seguimiento basándose en aquellos que el niño no pasó en el M-CHAT-R. Será necesario realizar una entrevista completa sólo para aquellos ítems que el niño no pasó.

Cada página de la entrevista corresponde a un ítem en el M-CHAT-R. Siga el formato del organigrama haciendo preguntas hasta que puntúe como "PASA" o "NO PASA". Por favor, tenga en cuenta que los padres pueden responder "tal vez" a algunas preguntas en la entrevista. Cuando un padre responde "tal vez", pregúntele si la mayoría de veces la respuesta sería "sí" o "no" y continúe la entrevista de acuerdo a esa respuesta. En las partes donde la respuesta podría ser "otro", el entrevistador debe juzgar si es una respuesta que pasa o no pasa.

Puntúe las respuestas a cada ítem en la Hoja de Puntuación M-CHAT-R/F (que contiene los mismos ítems que el M-CHAT-R, pero donde Sí/No han sido reemplazados por Pasa/No Pasa). Se considera que la entrevista tiene un resultado positivo si el niño falla en dos ítems en el seguimiento. Si un niño resulta positivo en el M-CHAT-R/F, se recomienda encarecidamente que el niño sea remitido a intervención temprana y para realizar pruebas de diagnóstico tan pronto como sea posible. Tenga en cuenta que si el profesional sanitario o los padres tienen alguna preocupación acerca de un posible TEA, el niño debe ser remitido a evaluación, independientemente de la puntuación en el M-CHAT-R o M-CHAT-R/F.

Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R/F™ Hoja de Puntuación

Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por Pasa/No Pasa

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	Pasa	No Pasa
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Pasa	No Pasa
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	Pasa	No Pasa
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	Pasa	No Pasa
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)	Pasa	No Pasa
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	Pasa	No Pasa
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Pasa	No Pasa
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	Pasa	No Pasa
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	Pasa	No Pasa
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	Pasa	No Pasa
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	Pasa	No Pasa
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	Pasa	No Pasa
13. ¿Su hijo/a camina solo?	Pasa	No Pasa
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	Pasa	No Pasa
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	Pasa	No Pasa
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Pasa	No Pasa
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”)	Pasa	No Pasa
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	Pasa	No Pasa
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	Pasa	No Pasa
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)	Pasa	No Pasa

Puntuación Total _____

1. Si usted señala a algo al otro lado de la habitación _____ él/ella mira hacia lo que usted señala?

Sí

No

Por favor deme un ejemplo de cómo responde si usted señala a algo (Si el padre no responde con uno de los ejemplos Positivos pregunte cada uno individualmente)

¿Qué hace su hijo/a normalmente cuando usted señala a algo?

Ejemplos en que PASA

Mira el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Señala al objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira y dice algo sobre el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira si el padre señala y dice "mira!"	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Ejemplos en que NO PASA

Ignora al padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira alrededor de la habitación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira al dedo del padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sí solo a los ejemplos en que PASA

Sí a los ejemplos tanto de PASA y de NO PASA

***Sí** solo a los ejemplos en que NO PASA

PASA

¿Qué respuesta es más frecuente?

NO PASA

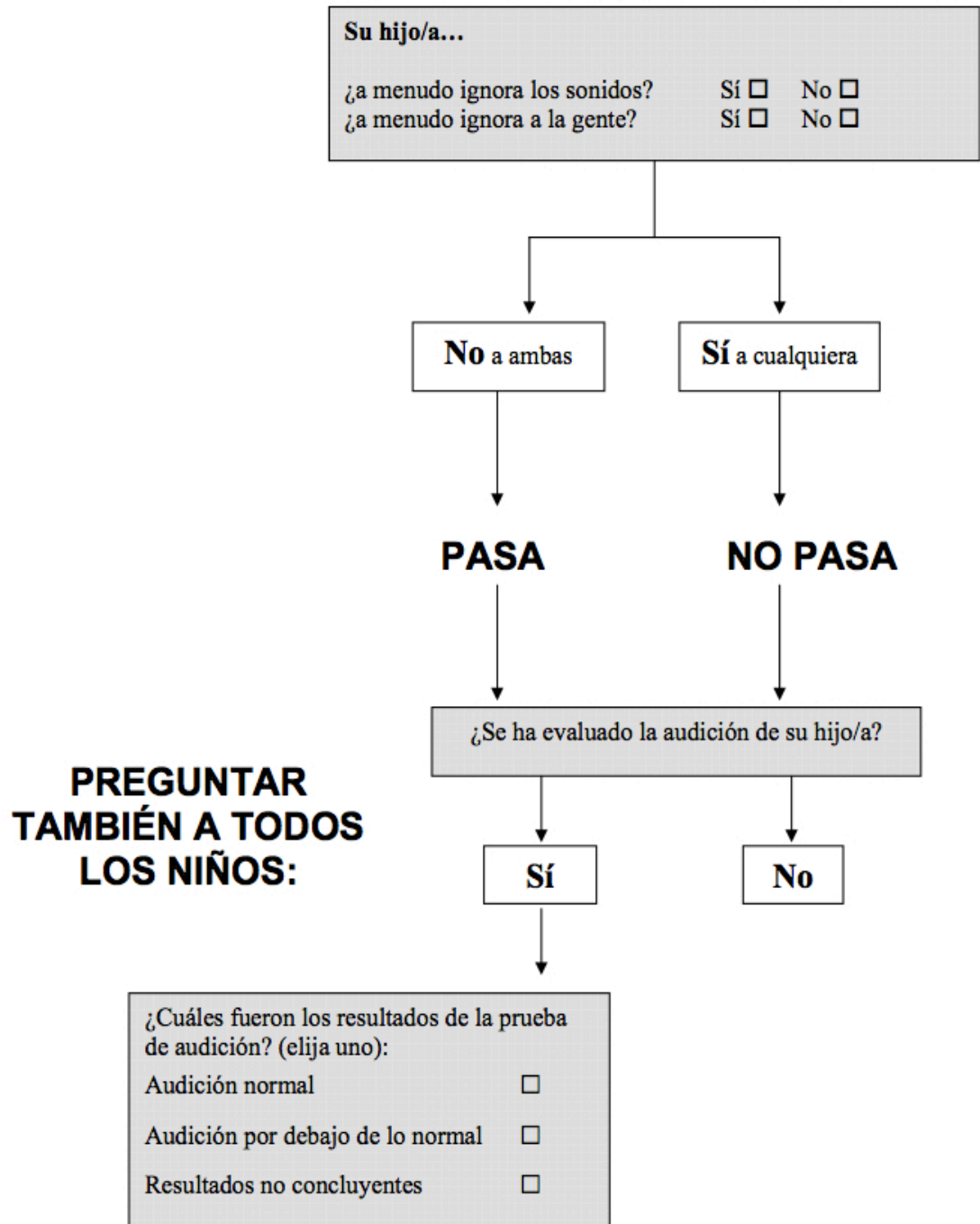
*Ejemplos de "PASA" son más comunes

*Ejemplos de "NO PASA" son más comunes

PASA

NO PASA

2. ¿Usted ha dicho que se han preguntado si su hijo es sordo ¿Qué le llevó a preguntarme eso?



3. _____ hace juegos de imaginación o de fantasía?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de los juegos imaginativos de su hijo/a (*Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" siguientes, pregunte cada uno individualmente.*)

Alguna vez...

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Finge beber de una taza de juguete? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge comer con una cuchara o tenedor de juguete? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge hablar por teléfono? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge dar de comer a un muñeco con comida de juguete o de verdad? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Empuja un coche haciendo como que va por una carretera imaginaria? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge ser un robot, un avión, una bailarina, o cualquier otro personaje favorito? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Pone una olla de juguete en una cocina de mentira? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Revuelve comida imaginaria? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Pone una figura de acción o muñeca en un coche o camión de juguete como si fuese el conductor o el pasajero? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge pasar la aspiradora a la alfombra, barrer, o cortar el césped? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Otro (describa) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Sí a cualquiera

No a todas

PASA

NO PASA

4. ¿A _____ le gusta subirse a las cosas (como una silla, tobogán,...)?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de algo a lo que le gusta trepar (Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" siguientes, pregunte cada uno individualmente.)

Le gusta subirse a ...

... escaleras?

Sí No

... sillas?

Sí No

... muebles?

Sí No

... toboganes?

Sí No

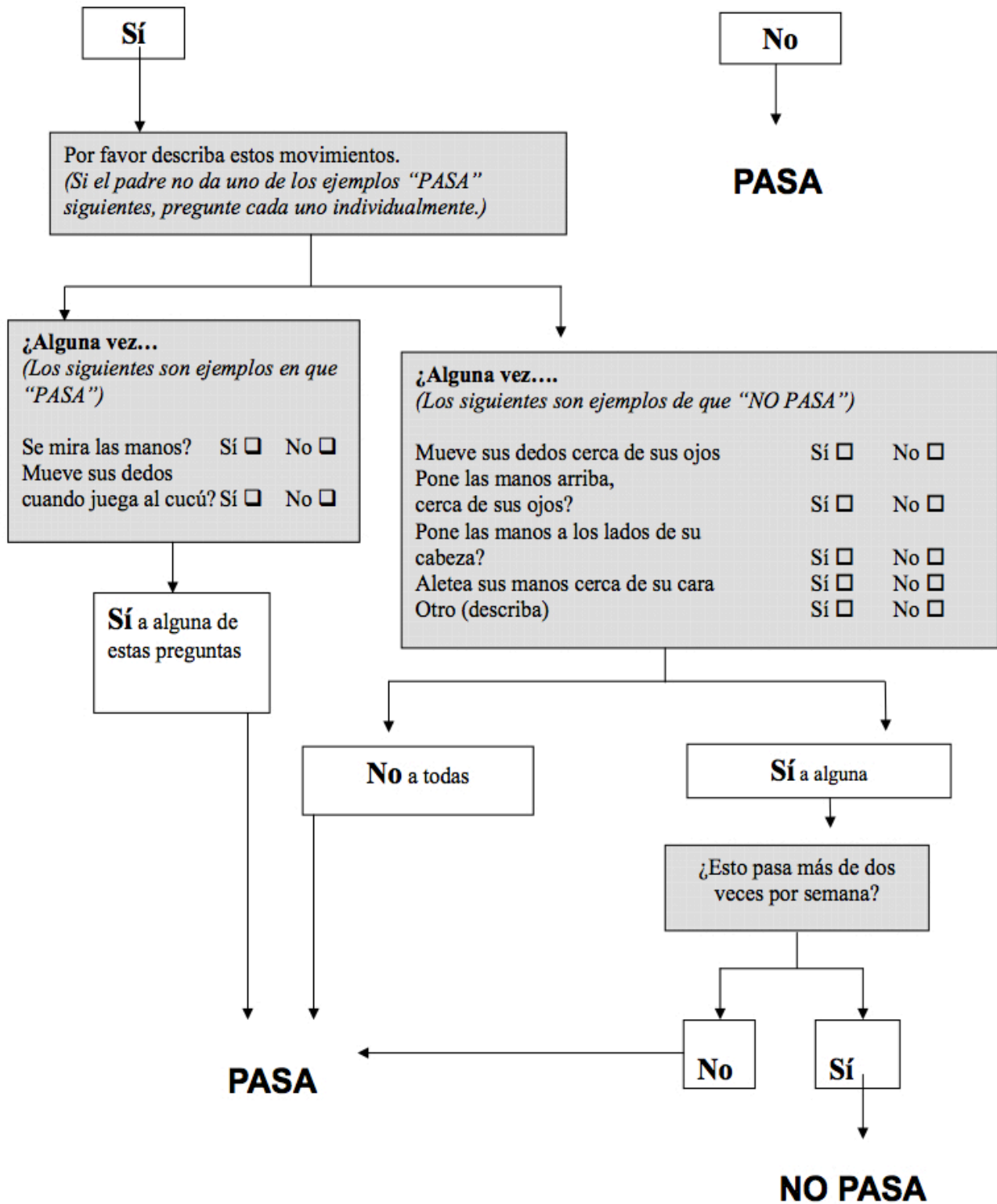
Sí a alguna pregunta

No a todas

PASA

NO PASA

5. ¿_____ hace movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?



6. ¿Su hijo/a señala con el dedo para pedir algo o pedir ayuda?

Sí

PASA

No

Si su hijo/a quiere algo que no puede alcanzar, por ejemplo una galleta de un armario que está alto, ¿cómo lo alcanza?
(Si el padre no responde un ejemplo del listado, pregunte cada uno individualmente.)

¿Su hijo/a....?

Extiende la mano abierta hacia el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lo guía a usted hacia el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trata de alcanzar el objeto él /ella mismo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pide el objeto con palabras o sonidos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sí a alguna pregunta

No a todas

¿Si usted pidiera que se lo muestre, su hijo/a señalaría al objeto?

Sí

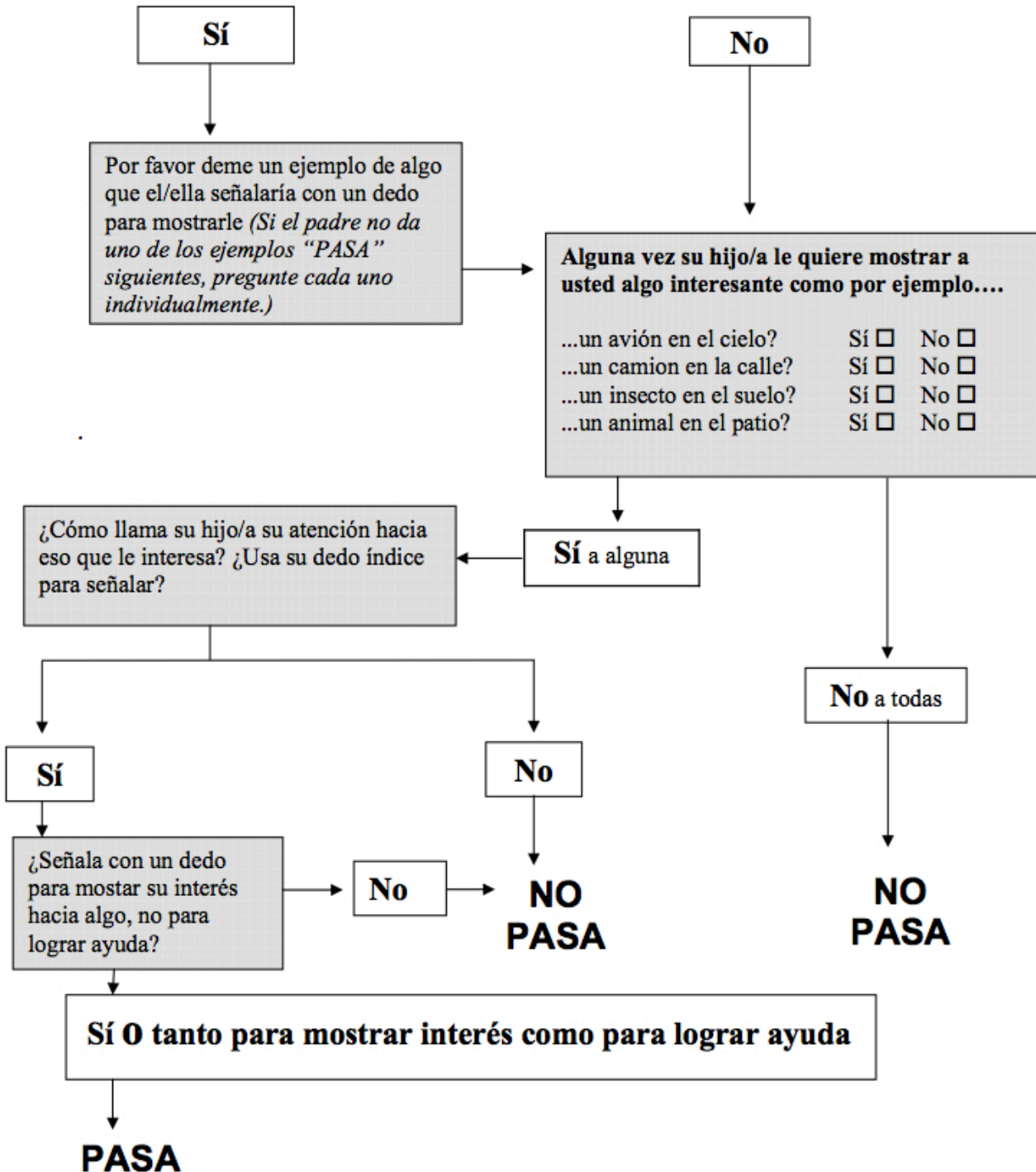
No

NO PASA

PASA

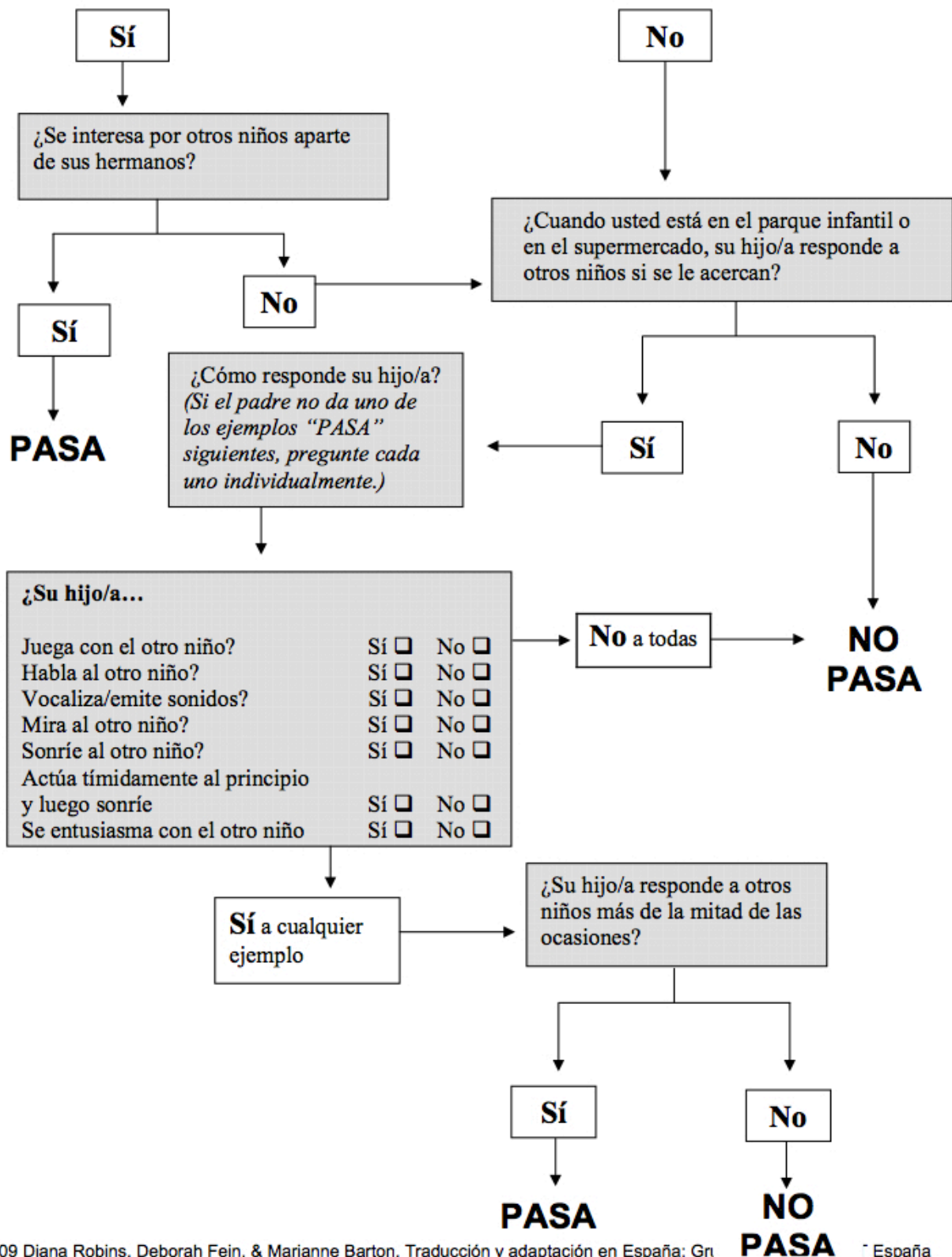
7. *Si el entrevistador acaba de preguntar el ítem 6, empiece aquí: Acabamos de hablar de señalar con un dedo para pedir algo.

PREGUNTAR A TODOS: ¿Su hijo/a señala con un dedo para mostrarle algo interesante?

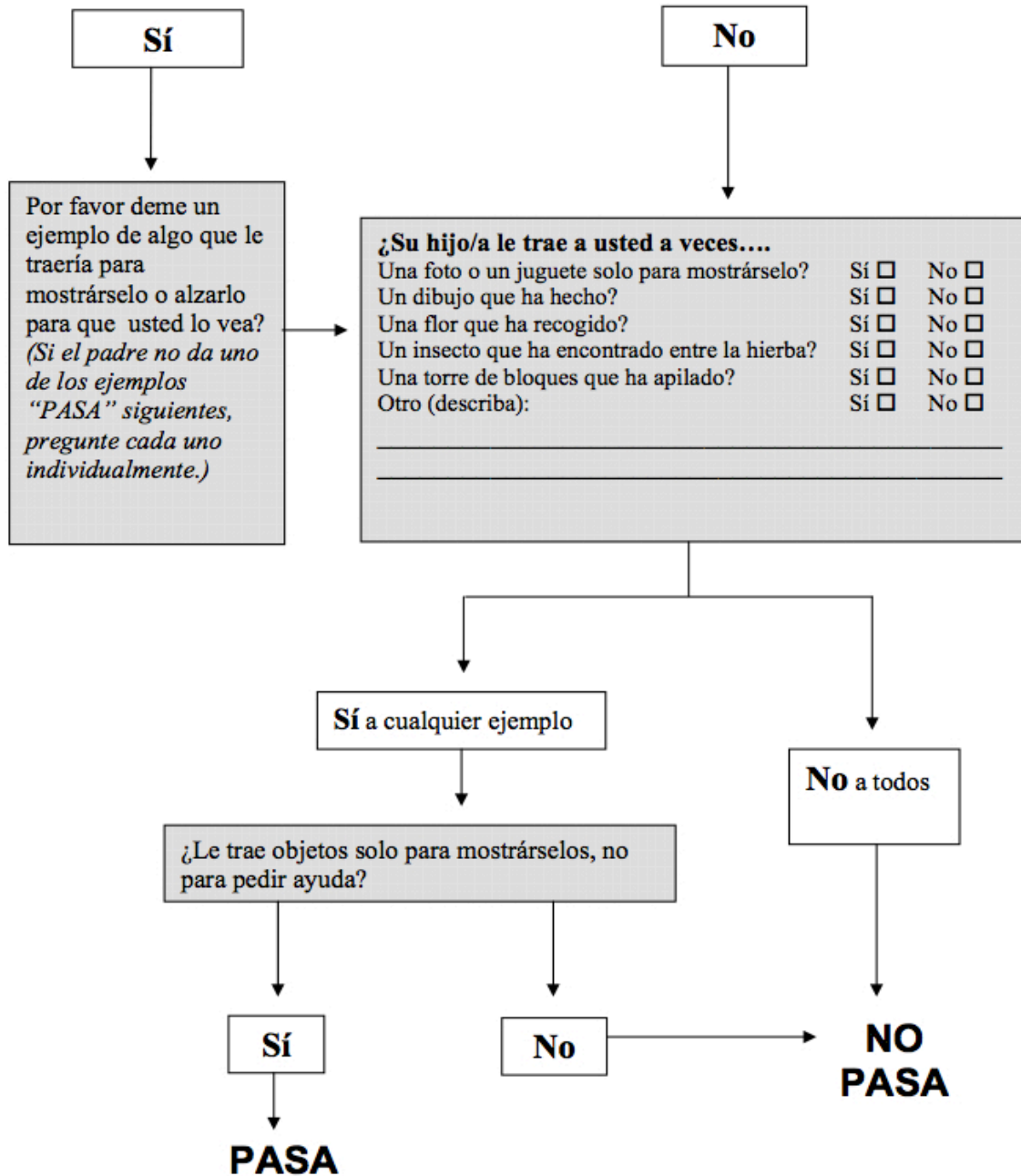


© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España

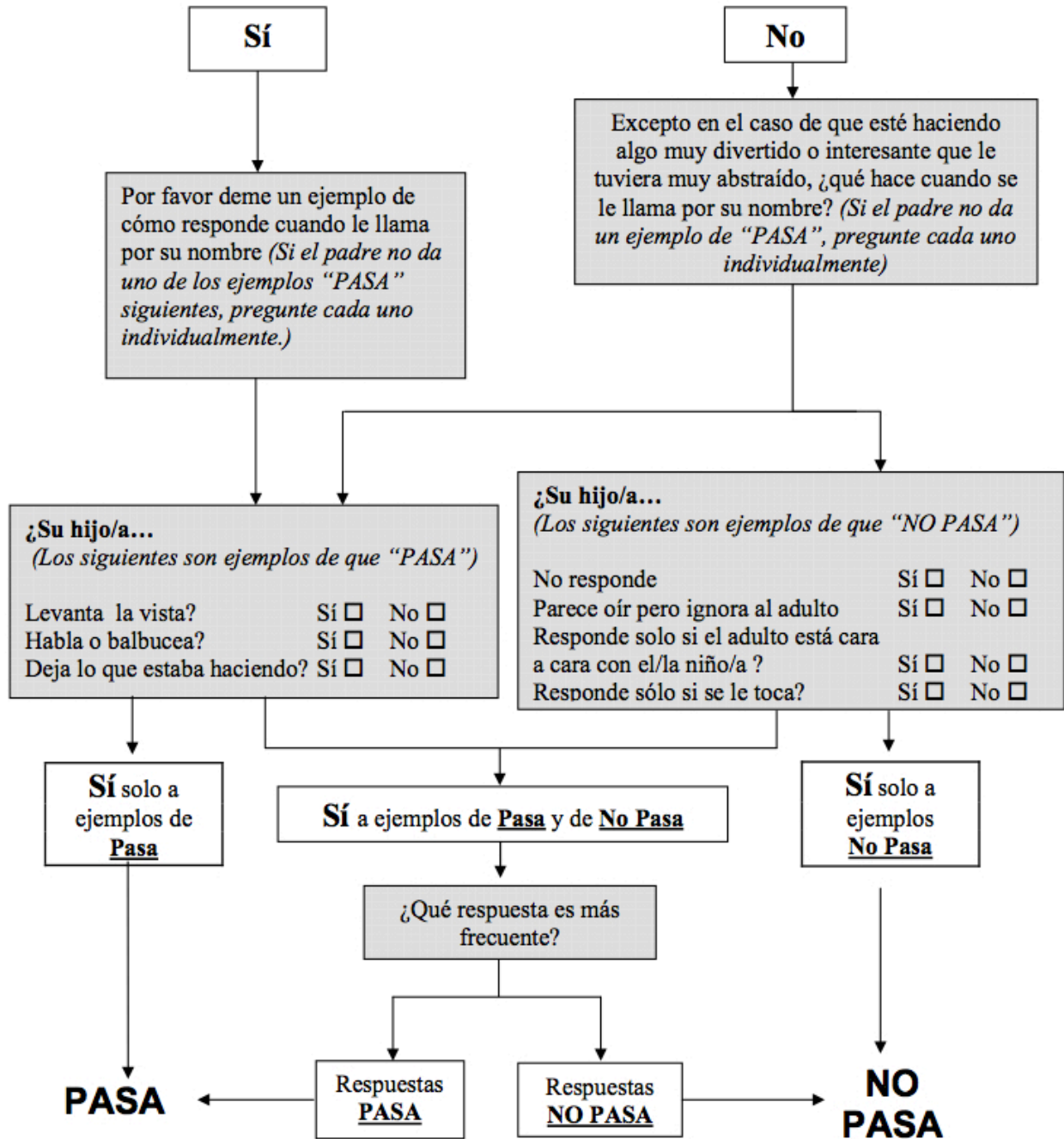
8. ¿_____ muestra interés por otros niños?



9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no solo para pedir ayuda sino para compartirlas con usted

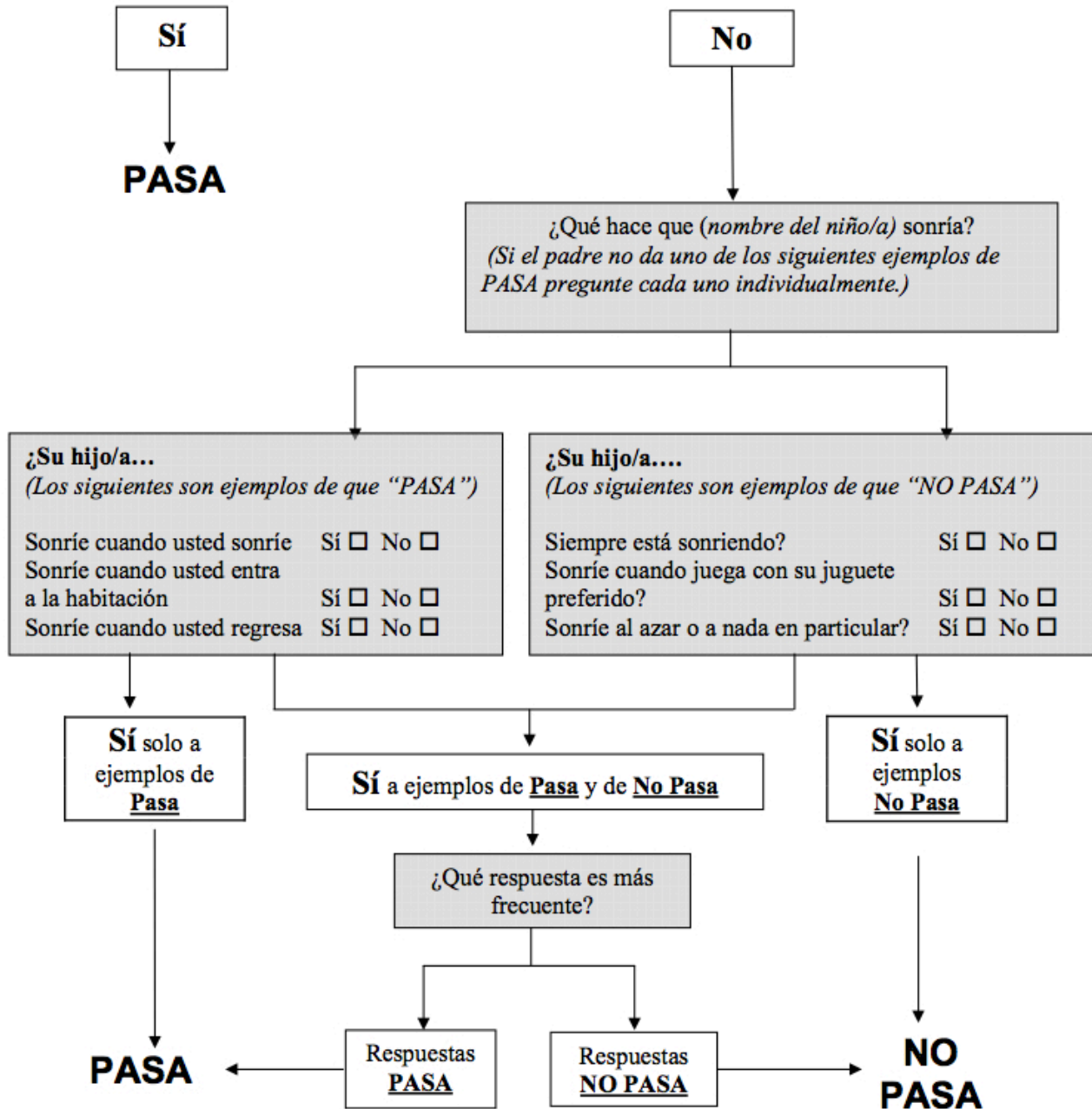


10. ¿_____ responde cuando usted le llama por su nombre?



© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España

11. Cuando usted sonríe a _____, ¿él/ ella también le sonríe a usted?



12. ¿Le molestan a _____ los ruidos cotidianos?

Sí

No

¿Su hijo reacciona de manera negativa al sonido de...:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| la lavadora? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| otros bebés llorando? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| la aspiradora? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| el secador de pelo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| tráfico? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| otros bebés chillando o gritando? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| música muy alta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| el teléfono/ el timbre de la puerta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| lugares ruidosos como un supermercado o un restaurante? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Otro (describa): | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

PASA

Sí a dos o más

¿Cómo reacciona su hijo/a esos ruidos?
(Si el padre no responde, pregunte cada ejemplo individualmente.)

¿Su hijo/a...
(Los siguientes son ejemplos de que "PASA")

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Se cubre los oídos con calma | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Le dice a usted que le molesta el ruido | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

¿Su hijo/a....
(Los siguientes son ejemplos de que "NO PASA")

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Grita | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Llora | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Se cubre los oídos y se altera | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Sí solo a ejemplos de Pasa

Sí a ejemplos de Pasa y de No Pasa

Sí solo a ejemplos No Pasa

¿Qué respuesta es más frecuente?

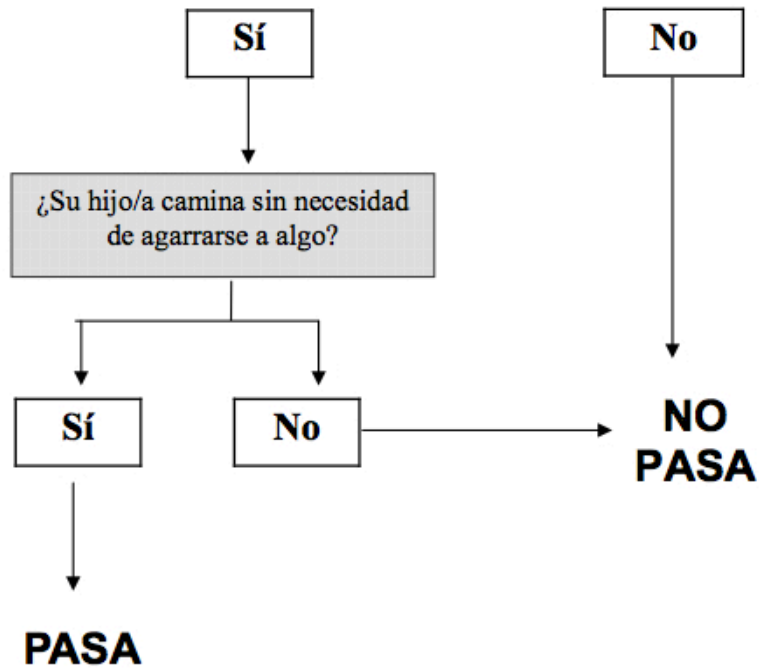
Respuestas **PASA**

Respuestas **NO PASA**

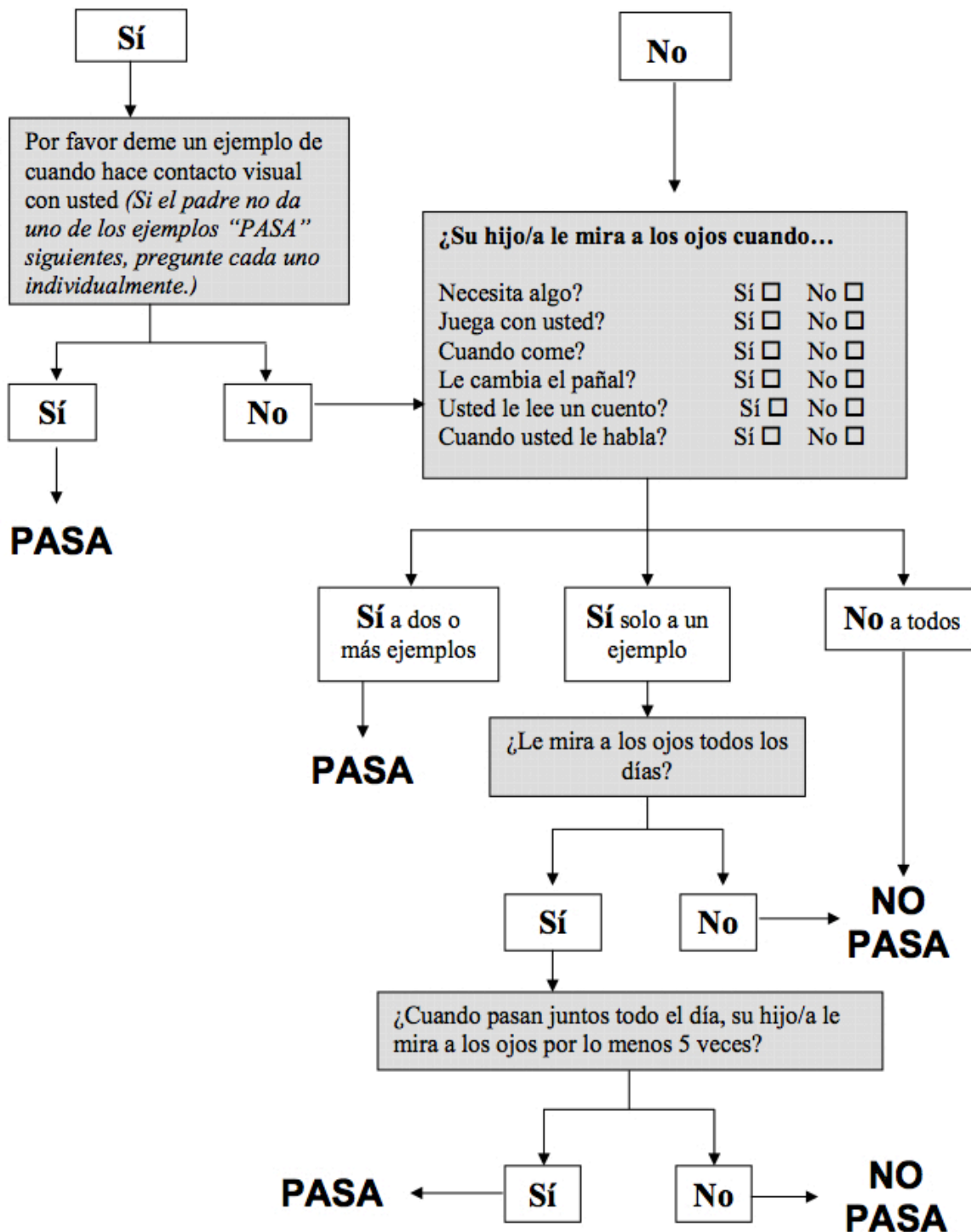
PASA

NO PASA

13. ¿_____ camina?



14. ¿ _____ mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella, o lo viste?



© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España

15. ¿_____ imita sus movimientos?

Sí

No

Por favor deme un ejemplo de algo que trataría de imitar
(Si el padre no responde un ejemplo listado, pregunte cada uno individualmente.)

¿Su hijo/a lo imita si usted:.....

saca la lengua?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
hace un sonido gracioso?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
dice adiós con la mano?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
aplaude?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
acerca su dedo a sus labios para indicar "shhh" (silencio)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
tira un beso?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro (describa):	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

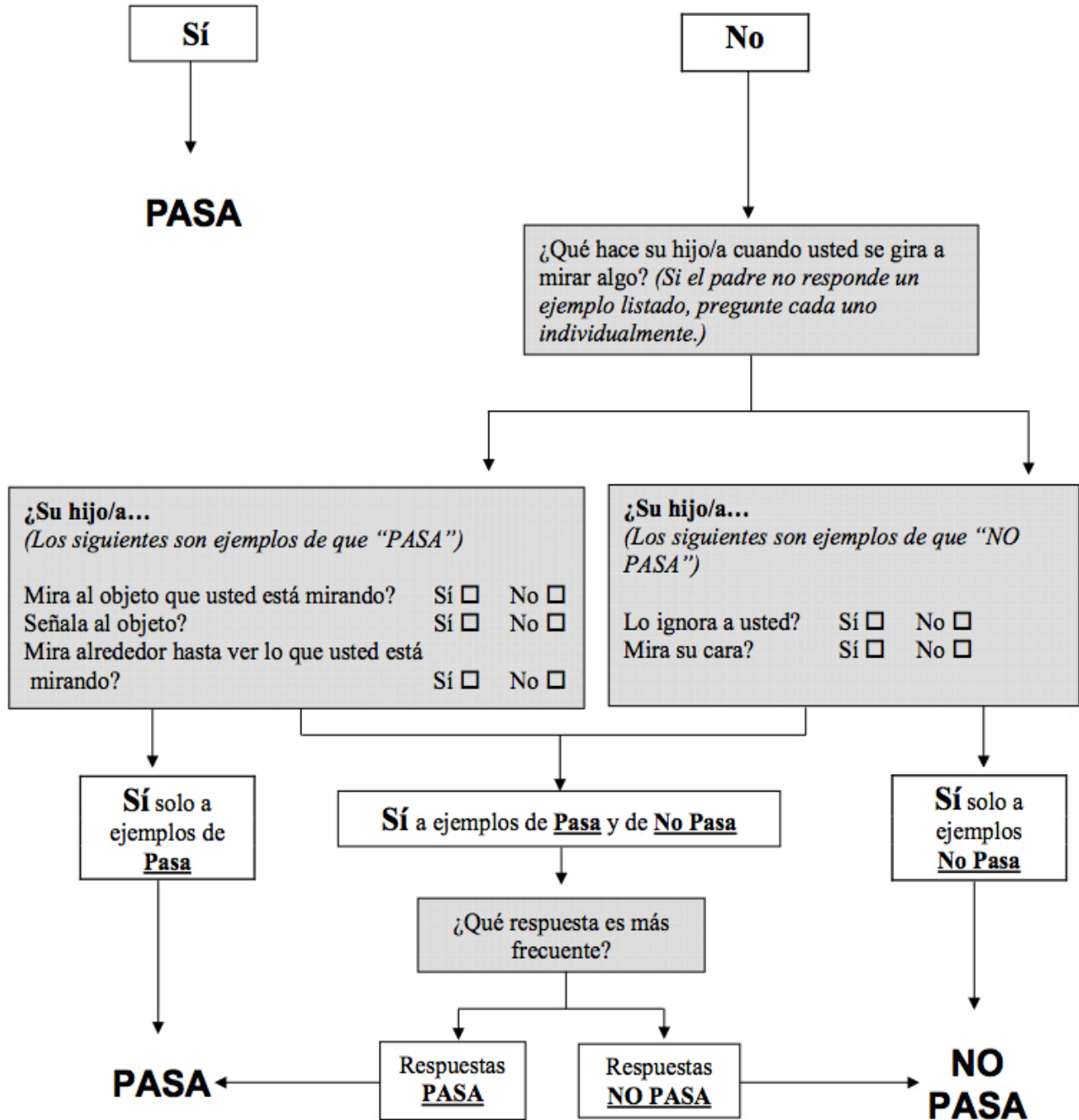
Sí a dos o más

Sí a uno o ninguno

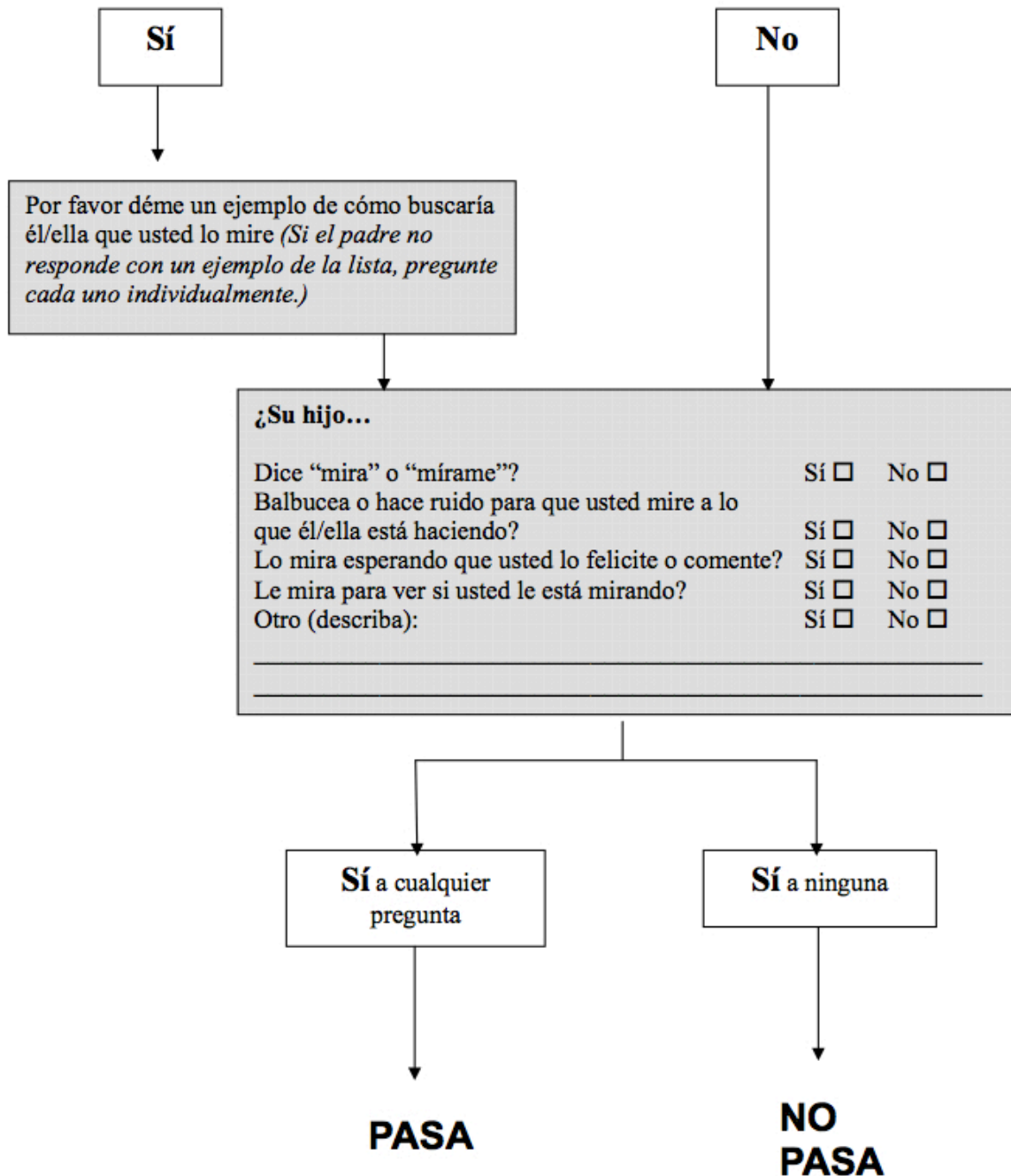
PASA

**NO
PASA**

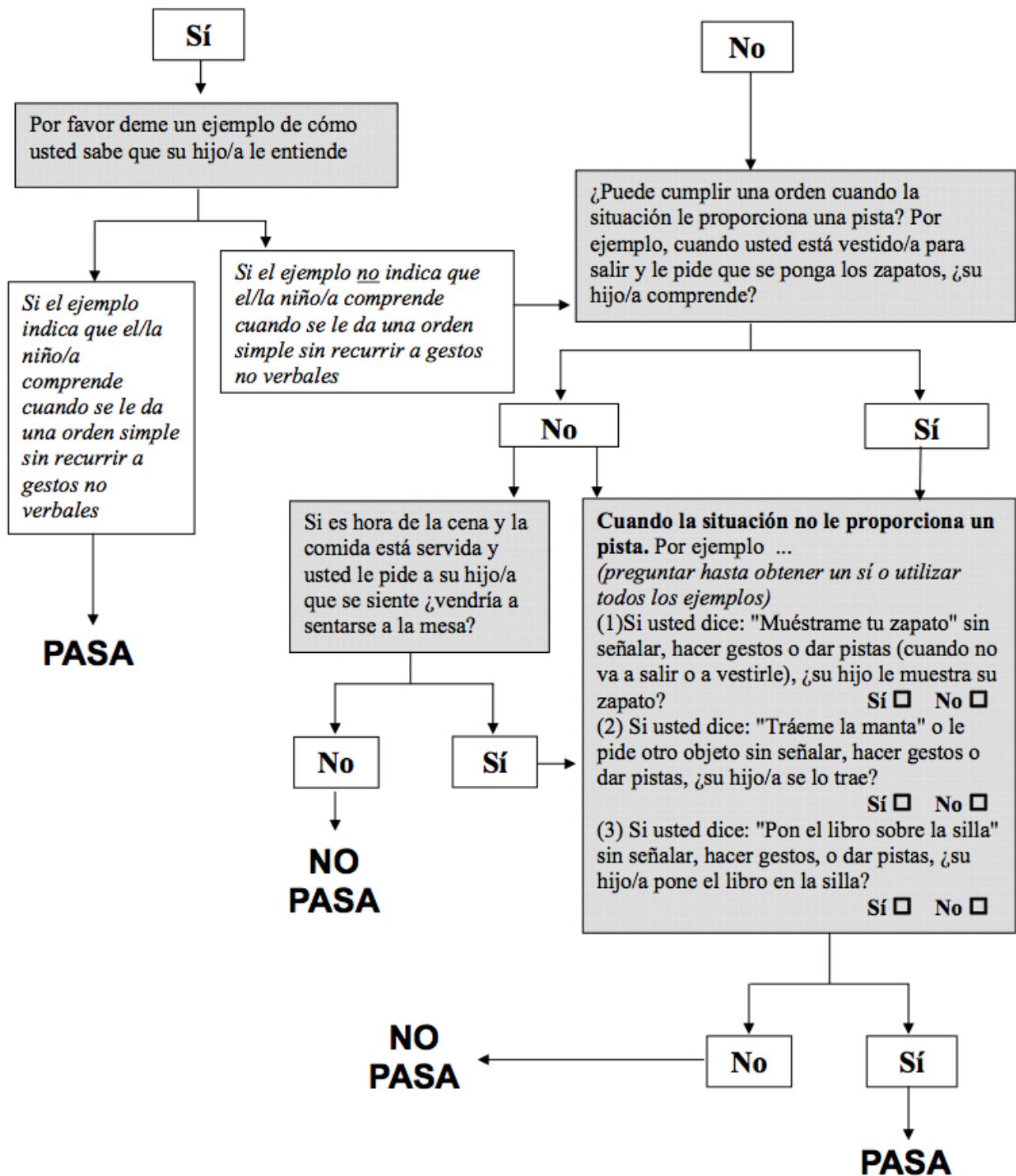
16. Si usted se gira a ver algo, ¿_____ trata de mirar hacia lo que usted está mirando?



17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención?

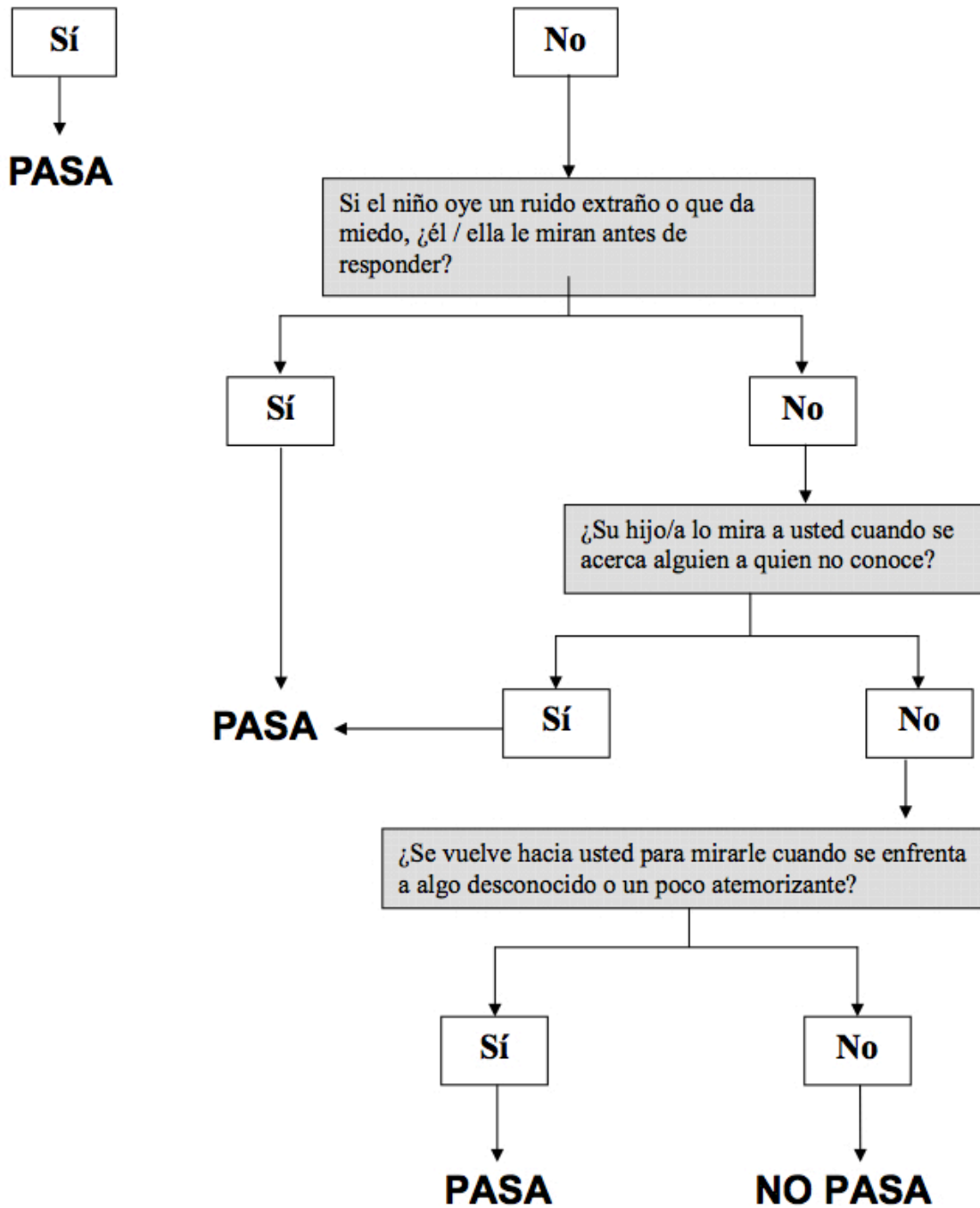


18. ¿ _____ le entiende cuando usted le pide que haga algo?

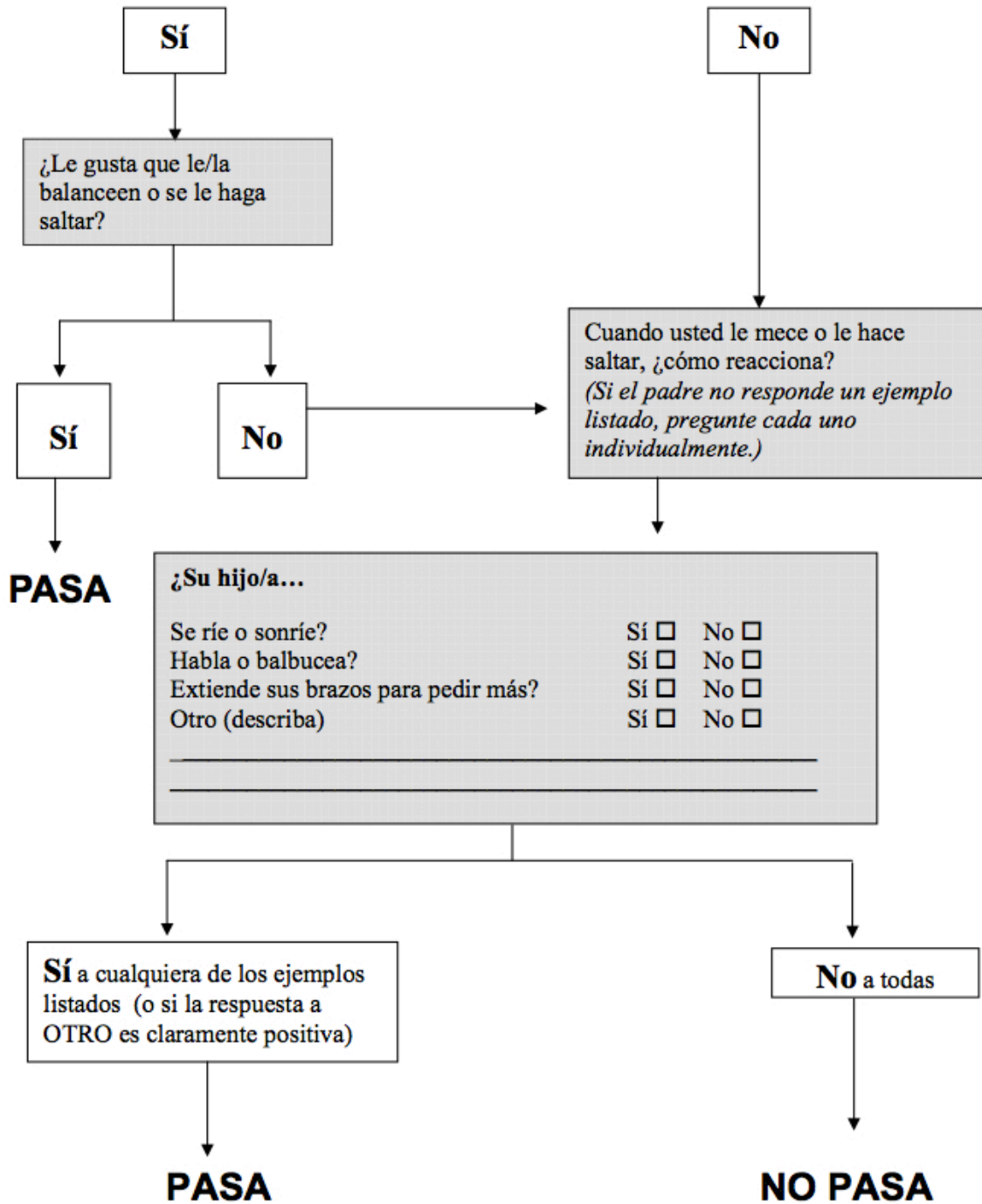


© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España

19. Si algo nuevo pasa ¿ _____ mira su cara para comprobar como usted se siente al respecto?



20. ¿Le gustan a _____ los juegos de movimiento (balanceo, “el caballito)?



CSBS-DP





CSBS DP Cuestionario del bebé y niño pequeño

Nombre del niño o niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha en que se llenó el formulario: _____

¿Fue prematuro el parto? _____ ¿Por cuántas semanas? _____

Llenado por: _____ Relación con el niño o niña: _____

Instrucciones para la persona que cuida al niño o niña: Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser llenado cuando el niño o niña tiene entre 6 y 24 meses de edad, por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona. Marque la opción que describa mejor el comportamiento de su niño o niña. Si tiene dudas, marque la opción más adecuada según su experiencia con el niño o niña. Los niños y niñas de estas edades no necesariamente presentan todos los comportamientos que se describen aquí.

Emociones y mirada

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. ¿Puede usted distinguir cuando su niño o niña está contento y cuando está triste? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 2. Cuando juega con juguetes, ¿se vuelve a mirarle para ver si lo está observando? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 3. ¿Sonríe o ríe mientras la mira? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 4. Si usted mira y señala un juguete al otro lado del cuarto, ¿su niño o niña se vuelve a verlo? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Comunicación

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 5. ¿Su niño o niña puede indicarle cuando necesita ayuda o cuando quiere algo que no puede alcanzar? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 6. Si usted no le presta atención, ¿su niño o niña trata de llamar su atención? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 7. ¿Hace su niño o niña cosas sólo para hacerle reír? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 8. ¿Trata su niño o niña de mostrarle objetos interesantes para que usted los vea, sin que quiera que haga algo con ellos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Gestos

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 9. ¿Su niño o niña recoge objetos y se los da a usted? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 10. ¿Le muestra su niño o niña objetos sin dárselos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 11. ¿Su niño o niña saluda moviendo la mano? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 12. ¿Su niño o niña señala los objetos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 13. ¿Su niño o niña mueve la cabeza para decir que sí? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Sonidos

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| 14. ¿Su niño o niña usa sonidos o palabras para llamar la atención o pedir ayuda? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 15. ¿Su niño o niña une varios sonidos, como por ejemplo, ah-oh, mamá, gaga, nana, papá? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 16. ¿Aproximadamente cuántos de los siguientes sonidos consonantes usa su niño o niña: ma, na, ba, da, ga, pua, la, ya, sa? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> 3 a 4 | <input type="checkbox"/> 5 a 8 | <input type="checkbox"/> más de 8 |

Palabras

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 17. ¿Cuántas palabras que usted pueda reconocer usa su niño o niña para indicar algo (como tete por biberón, buabua por agua)? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> 4 a 10 | <input type="checkbox"/> 11 a 30 | <input type="checkbox"/> más de 30 |
| 18. ¿Su niño o niña une dos palabras (por ejemplo más agua, este mío)? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |

Comprensión

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 19. Cuando llama a su niño o niña por su nombre, ¿responde volviendo la mirada o la cabeza hacia usted? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 20. ¿Aproximadamente cuántas palabras o frases entiende su niño o niña sin ayuda de gestos? Por ejemplo, si usted dice "¿dónde está tu nariz?", "¿dónde está papá?", "dame la pelota" o "ven aquí", sin señalar con la mano o apuntar, su niño o niña responderá de forma apropiada. | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> 4 a 10 | <input type="checkbox"/> 11 a 30 | <input type="checkbox"/> más de 30 |

Uso de objetos

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 21. ¿Su niño o niña muestra interés en jugar con una variedad de objetos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 22. ¿Aproximadamente cuántos de los objetos siguientes usa su niño o niña correctamente: taza, biberón, tazón, cuchara, peine o cepillo, cepillo de dientes, esponja de baño, pelota, carrito de juguete, teléfono de juguete? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> 3 a 4 | <input type="checkbox"/> 5 a 8 | <input type="checkbox"/> más de 8 |
| 23. ¿Aproximadamente cuántos bloques o aros puede poner su niño o niña uno encima de otro? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 2 bloques | <input type="checkbox"/> 3 a 4 bloques | <input type="checkbox"/> 5 o más | |
| 24. ¿Juega con sus juguetes a juegos como: darle de comer a un osito de peluche, arrullar a una muñeca, o poner un muñeco en un carrito? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |

¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño o niña? sí no Si la respuesta es sí, explique al dorso.



CSBS DP Infant-Toddler Checklist: Screening Report

Child's name: _____ Date filled out: _____

Date of birth: _____

Chronological age¹: _____

¹If child is 4 or more weeks premature, use corrected age. Calculate chronological age by subtracting Date of birth from Date the Checklist was filled out.

Checklist Results

Predictor	Raw Score	Standard Score ^{a,b}	Percentile Rank ^b	Concern ^c
Emotion and Eye Gaze				
Communication				
Gestures				
SOCIAL COMPOSITE				
Sounds				
Words				
SPEECH COMPOSITE				
Understanding				
Object Use				
SYMBOLIC COMPOSITE				
TOTAL				

^a The standard scores are based on a mean of 10 and SD of 3 for the Composite Scores and a mean of 100 and SD of 15 for the Total Score. (Refer to the *CSBS DP Manual, First Normed Edition*, for standard scores and tables of norms.)

^b Criterion levels for concern are set at more than 1.25 SD below the mean as follows: Standard Scores at or below 6 for the Composite Scores and 81 for the Total Score; Percentiles at or below 10. (Refer to the *CSBS DP Manual, First Normed Edition*, for standard scores, percentiles, and tables of norms.)

^c After filling in Standard Score and Percentile Rank, if below criterion level, write Yes in the Concern box. If at or above criterion level, leave blank. A child should be referred for an evaluation if the Social Composite, Symbolic Composite, or the Total Score is below criterion level. A child should be monitored carefully if the Speech Composite is below criterion level; administer a Checklist again in 3 months, and if the child's scores remain below criterion level, refer for a developmental evaluation.

Recommendation

Based on the information provided on the Infant-Toddler Checklist and the results shown above, the following recommendation is made at this time (check one):

- This child currently communicates as expected for his or her age. Because new skills are emerging each month, it is important to monitor this child's development by asking the child's caregiver to complete the Checklist again in 3 months.
- This child should be carefully monitored. Re-administer the Checklist in 3 months to determine if a developmental evaluation will become advisable.
- This child should be referred for a developmental evaluation.

Amy M. Wetherby & Barry M. Prizant © 2002 by Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. All rights reserved.
For ordering information on all components of the CSBS DP, visit www.brookespublishing.com/csbsdp.



Cut-off Scores for the CSBS DP Infant-Toddler Checklist

		COMPOSITES			TOTAL
		Social	Speech	Symbolic	
6 months	<i>No Concern</i>	8 to 26	2 to 14	3 to 17	13 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 7	0 to 1	0 to 2	0 to 12
7 months	<i>No Concern</i>	8 to 26	2 to 14	3 to 17	14 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 7	0 to 1	0 to 2	0 to 13
8 months	<i>No Concern</i>	8 to 26	4 to 14	4 to 17	16 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 7	0 to 3	0 to 3	0 to 15
9 months	<i>No Concern</i>	9 to 26	4 to 14	4 to 17	18 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 8	0 to 3	0 to 3	0 to 17
10 months	<i>No Concern</i>	12 to 26	5 to 14	5 to 17	23 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 11	0 to 4	0 to 4	0 to 22
11 months	<i>No Concern</i>	13 to 26	5 to 14	6 to 17	25 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 12	0 to 4	0 to 5	0 to 24
12 months	<i>No Concern</i>	14 to 26	6 to 14	7 to 17	28 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 13	0 to 5	0 to 6	0 to 27
13 months	<i>No Concern</i>	15 to 26	6 to 14	8 to 17	29 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 14	0 to 5	0 to 7	0 to 28
14 months	<i>No Concern</i>	16 to 26	7 to 14	9 to 17	33 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 15	0 to 6	0 to 8	0 to 32
15 months	<i>No Concern</i>	18 to 26	7 to 14	10 to 17	35 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 17	0 to 6	0 to 9	0 to 34
16 months	<i>No Concern</i>	18 to 26	7 to 14	11 to 17	36 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 17	0 to 6	0 to 10	0 to 35
17 months	<i>No Concern</i>	18 to 26	7 to 14	11 to 17	37 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 17	0 to 6	0 to 10	0 to 36
18 months	<i>No Concern</i>	18 to 26	8 to 14	11 to 17	38 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 17	0 to 7	0 to 10	0 to 37
19 months	<i>No Concern</i>	18 to 26	8 to 14	11 to 17	38 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 17	0 to 7	0 to 10	0 to 37
20 months	<i>No Concern</i>	19 to 26	8 to 14	12 to 17	39 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 18	0 to 7	0 to 11	0 to 38
21 months	<i>No Concern</i>	19 to 26	9 to 14	12 to 17	40 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 18	0 to 8	0 to 11	0 to 39
22 months	<i>No Concern</i>	19 to 26	9 to 14	12 to 17	40 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 18	0 to 8	0 to 11	0 to 39
23 months	<i>No Concern</i>	19 to 26	9 to 14	13 to 17	42 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 18	0 to 8	0 to 12	0 to 41
24 months	<i>No Concern</i>	19 to 26	10 to 14	13 to 17	42 to 57
	<i>Concern</i>	0 to 18	0 to 9	0 to 12	0 to 41
		Social	Speech	Symbolic	TOTAL

Test del Síndrome de Asperger en la Infancia – CAST



Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino | Femenino

Orden de nacimiento entre los hermanos: _____ Parto gemelar o único: _____

Padre/madre o tutor que completa el cuestionario: _____

Ocupación del padre: _____ Ocupación de la madre: _____

Nivel de estudios alcanzado: Por el padre: _____ Por la madre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Escuela o Centro: _____

A continuación encontrará una lista de preguntas. Indique con un círculo la respuesta adecuada. Todas sus respuestas son confidenciales.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Se acerca fácilmente a otros niños y niñas para jugar? | Sí | No |
| 2. ¿Se acerca a usted espontáneamente para charlar? | Sí | No |
| 3. ¿Hablaba cuando tenía 2 años? | Sí | No |
| 4. ¿Le gustan los deportes? | Sí | No |
| 5. ¿Le resulta importante encajar en su grupo de compañeros? | Sí | No |
| 6. ¿En comparación con los demás parece darse cuenta de detalles poco comunes? | Sí | No |
| 7. ¿Tiende a interpretar literalmente lo que se le dice? | Sí | No |
| 8. ¿Cuando tenía 3 años ¿pasaba mucho tiempo con juegos de imaginación (por ejemplo, representando ser un superhéroe o jugando a dar de “merendar” a sus peluches)? | Sí | No |
| 9. ¿Le gusta hacer las cosas una y otra vez, de la misma manera todo el tiempo? | Sí | No |
| 10. ¿Le resulta fácil relacionarse con otros niños o niñas? | Sí | No |
| 11. ¿Es capaz de mantener una conversación respetando los turnos? | Sí | No |

12. ¿Lee de manera adecuada para su edad?	Sí	No
13. ¿Muestra generalmente los mismos intereses que sus compañeros?	Sí	No
14. ¿Tiene algún interés que le ocupe tanto tiempo que no hace casi nada más?	Sí	No
15. ¿Tiene amigos en vez de simplemente “conocidos”?	Sí	No
16. ¿Suele traerle cosas que a él o a ella le interesan para mostrárselas?	Sí	No
17. ¿Le gusta hacer bromas?	Sí	No
18. ¿Le cuesta entender las reglas de la buena educación?	Sí	No
19. ¿Parece tener una memoria extraordinaria para los detalles?	Sí	No
20. ¿Tiene un tono de voz peculiar (por ejemplo, inexpresivo, muy monótono o de persona adulta)?	Sí	No
21. ¿Le importan las demás personas?	Sí	No
22. ¿Es capaz de vestirse sin ayuda?	Sí	No
23. ¿Sabe respetar el turno en una conversación?	Sí	No
24. ¿Hace juegos de imaginación o fantasía con otros niños y niñas de representar personajes?	Sí	No
25. ¿A menudo hace o dice cosas con poco tacto o socialmente inadecuadas?	Sí	No
26. ¿Cuenta hasta cincuenta sin saltarse números?	Sí	No
27. ¿Al hablar, es capaz de mantener normalmente la mirada?	Sí	No
28. ¿Realiza movimientos extraños y repetitivos con el cuerpo o las manos?	Sí	No
29. ¿Su comportamiento social es muy egocéntrico y siempre según su manera de ver las cosas?	Sí	No
30. ¿A menudo dice “tú”, “él”, “ella” cuando quiere decir “yo”?	Sí	No
31. ¿Prefiere las actividades imaginativas como representar personajes o contar cuentos, más que los números o listas de datos?	Sí	No
32. ¿A veces la gente no le entiende porque él no explica sobre qué está hablando?	Sí	No
33. ¿Sabe andar en bicicleta (aunque sea con rueditas auxiliares)?	Sí	No

- | | | |
|---|----|----|
| 34. ¿Intenta establecer rutinas para él mismo o para los demás hasta el punto de causar problemas a otros? | Sí | No |
| 35. ¿Le importa lo que el resto de sus compañeros piensen de él o de ella? | Sí | No |
| 36. ¿A menudo cambia la conversación hacia su tema favorito en lugar de seguir con el tema del que la otra persona quiere hablar? | Sí | No |
| 37. ¿Utiliza frases extrañas o inusuales? | Sí | No |

ÁREA DE NECESIDADES ESPECIALES

Por favor responda a las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 38. ¿En alguna ocasión los profesionales educativos o sanitarios han expresado alguna preocupación con respecto a su desarrollo? | Sí | No |
|--|----|----|

Si es así, por favor especifique _____

39. ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con alguno de los siguientes problemas?:

- | | | |
|---|----|----|
| Retraso del lenguaje | Sí | No |
| Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDAH) | Sí | No |
| Dificultades auditivas o visuales | Sí | No |
| Trastorno Generalizado del Desarrollo / Trastornos del Espectro Autista, incluido Trastorno de Asperger | Sí | No |
| Discapacidad física | Sí | No |
| Otros (por favor especifique) | Sí | No |

El Cuestionario CAST se incluye en esta Guía con la autorización de los autores.

Escala Australiana para el Síndrome Asperger – ASAS



Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)

La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS) está publicada en español en el libro de Tony Attwood [\(http://www.tonyattwood.com.au/\)](http://www.tonyattwood.com.au/) (1998), *Síndrome de Asperger: Una guía para la familia* [\(http://www.paidos.com/lib.asp?COD=56071\)](http://www.paidos.com/lib.asp?COD=56071).

Las preguntas del cuestionario han sido extraídas del libro del Equipo DELETREA y del Dr. Josep Artigas Pallarés [\(http://www.psyncron.com/es/\)](http://www.psyncron.com/es/), *Un acercamiento al síndrome de Asperger: Una guía teórica y práctica*, publicado por la Federación Asperger España [\(http://www.asperger.es/\)](http://www.asperger.es/).

¿Cómo interpretar el resultado?

La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger ha sido diseñada para identificar comportamientos y habilidades que puedan ser indicativos del Síndrome de Asperger en niños durante sus años en la escuela primaria. Esta es la edad en la cual se hacen más llamativas las habilidades y modos inusuales de comportamiento. Cada pregunta o afirmación tiene una escala de clasificación, en el que el 0 representa el nivel normal esperado en un niño de esa edad.

En la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger el 0 significa que el niño no presenta ninguna anomalía cuando lo comparamos con otros niños de su edad. Cuanto más se aparte de la normalidad, más nos acercaremos a la puntuación 6. Si la respuesta a la mayoría de las preguntas de la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger es mayor de 0, y la puntuación media está entre 2 y 6 (es decir, visiblemente por encima del nivel normal), no se puede indicar, de manera automática, que el niño tiene Síndrome de Asperger. Sin embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se le realice una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

El cuestionario tiene 24 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

		Raramente			A menudo			
		0	1	2	3	4	5	6
1	¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? Por ejemplo, ¿ignora las reglas no escritas sobre juego social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en el recreo, ¿evita el contacto social con los demás? Por ejemplo, busca un lugar retirado o se va a la biblioteca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? Por ejemplo, un comentario personal sin ser consciente de que puede ofender a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Carece el niño de empatía, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? Por ejemplo, no darse cuenta de que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? Por ejemplo, no darse cuenta de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5	que Vd. no puede saber acerca de un tema concreto porque no estaba con el niño en ese momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian las cosas o algo le sale mal?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
7	¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? Por ejemplo, muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
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.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
9	¿Carece el niño de interés en participar en juegos, deportes o actividades competitivas? 0 significa que el niño disfruta de ellos.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
10	¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? 0 significa que sigue las modas en ropa o juguetes, por ejemplo.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
		Raramente			A menudo			
11	¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? Por ejemplo, se muestra confuso por frases del tipo "estás frito", "las miradas matan" o "muérete".	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
12	¿Tiene el niño un tono de voz poco usual? Por ejemplo, que parezca tener un acento "extranjero", o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
13	Cuando habla con él, ¿muestra el niño desinterés en su parte de la conversación? Por ejemplo, no pregunta ni comenta sus ideas con otros.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
14	Cuando se conversa con él, ¿mantiene menos contacto ocular del que cabría esperar?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
15	¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? Por ejemplo, habla de manera formal o como un diccionario andante.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
16	¿Tiene el niño problemas para reparar una conversación? Por ejemplo, cuando está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le resulte familiar, o tarde un tiempo muy largo en pensar una respuesta.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
17	¿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 aventuras.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
18	¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? Por ejemplo, recordar años después la matrícula del coche de un vecino, o recordar con detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
19	¿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.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
20	¿Está el niño fascinado por un tema en particular y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema? Por ejemplo, el niño se convierte en una enciclopedia andante sobre vehículos, mapas, clasificaciones de ligas deportivas u otro tema?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
		Raramente			A menudo			
21	¿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.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
22	¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? Por ejemplo, alienar todos sus juguetes	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>

	antes de irse a dormir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Tiene el niño una pobre coordinación motriz? Por ejemplo, no puede atrapar un balón.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
24	¿Tiene el niño un modo extraño de correr?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>

Este cuestionario no exige para su funcionamiento de una conexión a Internet, pudiendo por tanto ser utilizado en ordenadores sin acceso a la Red. La versión más reciente está disponible en la dirección

<http://EspectroAutista.Info/tests/espectro-autista/infantil/ASAS>

La Escala ASAS se incluye en esta Guía con la autorización de los autores.

Registro de Autismo del Departamento de Salud



Confidencialidad de la información

Reconocemos lo sensible que es la información de las personas con autismo y sus familias y respetamos sus derechos. Tomamos con mucha seriedad nuestro deber y obligación de proteger la privacidad y confidencialidad de la información incluida en el Registro de Autismo. Mantenemos toda información personal en un lugar altamente seguro y proveemos acceso limitado a la misma. Los datos del Registro de Autismo, se reportarán de manera agregada, sin identificar de manera alguna a las personas y sin información que pueda identificar personas.



Para más información sobre el Registro de

Autismo:

Acceda la página

<http://www.registros.salud.gov.pr>

o

Llame al:

787-522-6311 o 787-284-2900

Correo electrónico

centrodeautismo@salud.pr.gov

División Niños con Necesidades Médicas Especiales

www.salud.gov.pr



Registro de Autismo

Información para la Familia

Departamento de Salud
de Puerto Rico



Registro de Autismo

El Registro de la Población con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) se crea al amparo la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley BDDA). El propósito principal del Registro es enlazar a las familias con los servicios disponibles en la comunidad para la población con diagnóstico de TEA. Otro propósito del Registro de Autismo es obtener: un conteo, datos demográficos, información relacionada al diagnóstico y otros datos sobre la población con autismo en Puerto Rico que faciliten la planificación de servicios y el establecer políticas futuras.



¿Por qué es importante registrar a las personas con autismo?

En los pasados años ha habido un aumento en el número de personas con autismo. Hay mucha necesidad de servicios y se sabe que la identificación e intervención temprana de la persona con autismo mejora los resultados a largo plazo. El Registro de Autismo ayuda en este aspecto ya que enlaza a las familias de niños y jóvenes menores de 22 años con Coordinadores de Servicios del Programa de Niños con Necesidades Especiales del Departamento de Salud para orientarlas y facilitar el proceso de referido a servicios basados en evidencia disponible.

Es importante también registrar a los adultos mayores de 21 años para ayudar a obtener datos estadísticos que faciliten desarrollar los programas y servicios necesarios para los adultos.

¿Qué información se necesita para registrar?

- Últimos 4 dígitos del Seguro Social.
- Nombre, fecha de nacimiento, género.
- Diagnóstico, fecha del diagnóstico, instrumentos utilizados.
- Otras condiciones o diagnósticos.
- Información del profesional que hizo el diagnóstico.
- Información de servicios y cubierta médica.
- Información de la persona contacto.



¿Quién puede registrar?

Todo profesional de la salud con licencia en Puerto Rico está obligado a registrar a las personas diagnosticadas con autismo que residan en Puerto Rico en el Registro de Autismo.

Los padres o custodios pueden facilitar este proceso al informar al profesional de la salud sobre esta obligación. Además, pueden colaborar de manera activa con el profesional proveyendo la información para necesaria completar el registro.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE REGISTRO DE LA PERSONA CON AUTISMO

Favor de marcar las respuestas con una marca de cotejo en la caja y contestar en letra de molde aquellas respuestas que requieran información adicional.

Tipo de Registro

- Registro Inicial – es la primera vez que una persona es registrada por un profesional que establece el diagnóstico.
- Someter información adicional/correcciones – se utiliza para actualizar o corregir información de un registro ya existente incluyendo un cambio de diagnóstico.

Información de la Persona con Autismo

- Últimos 4 dígitos del Seguro Social – Favor de no entrar el número de Seguro Social completo.
- Fecha de nacimiento – Primero el año de nacimiento, luego el mes y por último el día (Año/Mes/Día).
- Sexo – Indique Masculino o Femenino

Diagnóstico

- Solamente se puede seleccionar uno.

Nivel de severidad

- Solamente puede seleccionar uno para la Comunicación Social y uno para los Patrones Restrictivos y Repetitivos.

Instrumentos/Referencias utilizadas

- Puede seleccionar todos los instrumentos o referencias que fueron utilizados para documentar las observaciones de la conducta.
- Si está haciendo un cambio de diagnóstico, marque los instrumentos que fueron utilizados para determinar que ya no cumple con los criterios para el diagnóstico de autismo.
- Si utilizó algún otro instrumento que no está en la lista, favor de incluir el nombre.
- Si no utilizó un instrumento para documentar observaciones, marque Ninguno.

Fecha en que se estableció el diagnóstico

- Anote la fecha en que se estableció el diagnóstico de autismo por primera vez.
- Si no sabe la fecha, escriba *Se desconoce*.

Edad en que se observaron las señales por primera vez

- Anote la edad en que la familia o algún cuidador observó las conductas preocupantes o típicas del autismo por primera vez.
- Si no sabe la edad, escriba *Se desconoce*.

Municipio o país en que se diagnosticó

- Indique el municipio de Puerto Rico o país de residencia en que se diagnosticó por primera vez.

Otras condiciones o diagnósticos que tiene la persona

- Seleccione todas las condiciones o diagnósticos confirmados de la persona con autismo.
- Si alguna condición o diagnóstico no está en la lista debe añadirla.

Información del Profesional que estableció el diagnóstico

- Esta sección corresponde a la persona que establece el diagnóstico actual.
- Se requiere que las personas que lleven a cabo evaluaciones diagnósticas de autismo sean profesionales con licencia vigente en Puerto Rico y con la preparación requerida por los autores de los instrumentos diagnósticos utilizados.
- Si el diagnóstico fue determinado por un equipo, se requiere incluir el número de licencia de uno de los profesionales del equipo para poder validar el Registro.
- Indique las disciplinas de otros profesionales que participaron en la evaluación diagnóstica.

Información de Servicios y Cubierta Médica

- Favor de indicar solamente aquellos servicios que están dirigidos a atender su condición de autismo.
- Seleccione todos los servicios que apliquen.
- Si la persona con autismo tiene 22 años o más, indique si está estudiando. Si no está estudiando, indique el nivel de escolaridad alcanzado.
- Indique si la persona con autismo está empleada actualmente. Si está empleada indique si es a tiempo parcial o a tiempo completo. Si contestó No, indique el tiempo que lleva desempleado.
- Indique si la persona con autismo tiene cubierta médica, de tenerla indique si es privada o del gobierno. Además, indique si la persona tiene la Cubierta Especial de Autismo.

Información de Contacto Padres/Custodios/Persona con Autismo

- Indique el nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico de la persona contacto.
- Anote la relación que tiene la persona contacto con la persona con autismo.
- Indique si la persona con autismo tiene familiares con lazos sanguíneos que tienen o tuvieron autismo. Si contesta que Sí, indique la relación y marque todas las que apliquen.

Gracias por tomar de su tiempo para completar este formulario. Toda la información recopilada es de vital importancia para la planificación y evaluación de servicios e iniciativas dirigidas a la población con autismo. De tener preguntas relacionadas al Registro de Autismo puede comunicarse al Departamento de Salud al Centro de Autismo al 787-522-6311 o al Centro Ponceño de Autismo al (787) 284-2900. Puede enviar este formulario por fax al 787-522-3953 o al correo electrónico: centrodeautismo@salud.pr.gov

Directorios



Centros Pediátricos Regionales - FASES

Arecibo: 787-817-1245 | 787-817-1249 | 787-817-1247

Bayamón: 787-765-2929 ext. 5566, 5459, 5404, 5407, 5451, 5478 y 5569

Caguas: 787-704-7102 | 787-765-2929 ext. 5570, 5483, 5592 y 5593

Fajardo: 787-801-1110 | 787-801-1112 | 787-765-2929 x 5456 y 5457

Mayagüez: 787-834-5830 | 787-832-6015

Metropolitano: 787-474-0333 ext. 7254, 7052, 7970 y 7051

Ponce: 787-840-8404 | 787-842-5809

Centro de Autismo de PR: 787-522-6311

Centro Ponceño de Autismo: 787-284-2900



Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud

FASES

Facilitando Acceso a Servicios Especializados de Salud

Nuestros servicios están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno y planes médicos privados.



División Niños con Necesidades Médicas Especiales
Departamento de Salud

787-765-2929 ext. 4587
www.salud.gov.pr



FASES

El Programa Niños con Necesidades Especiales de Salud, *Facilitando Acceso a Servicios Especializados de Salud (FASES)*, del Departamento de Salud provee sus servicios a través de los Centros Pediátricos Regionales, el Centro de Autismo de Puerto Rico y el Centro Ponceño de Autismo. El Programa fomenta el desarrollo de sistemas de servicios coordinados y centrados en la familia basado en el modelo de Hogar Médico. Promueve la comunicación entre proveedores y recursos de base comunitaria y las familias; y la coordinación de servicios para niños y jóvenes menores de 22 años con necesidades especiales de salud.



Nuestros servicios



Contamos con un equipo multidisciplinario básico que incluye pediatras, enfermeros, coordinadores de servicios, trabajadores sociales, psicólogos, patólogos del habla/lenguaje, terapeutas ocupacionales y físicos, nutricionistas, promotores de participación y apoyo a las familias, entre otros.

Ofrecemos servicios clínicos de apoyo accesibles, continuos, abarcadores y centrados en la familia a niños y jóvenes menores de 22 años con necesidades especiales de salud. Nuestros servicios incluyen:

- Información, orientación, apoyo y coordinación de servicios a las familias
- Cernimientos del desarrollo
- Seguimiento del neurodesarrollo
- Evaluación diagnóstica a aquellos niños y jóvenes con sospecha de autismo
- Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje
- Trabajo social
- Coordinación de servicios médicos especializados
- Evaluación y seguimiento del desarrollo hasta los tres años de edad a los niños nacidos de madres con evidencia de laboratorio de infección por el virus Zika
- Evaluación y tratamiento en alimentación y distagia
- Oftalmología
- Coordinación y apoyo a las transiciones al cuidado de salud de jóvenes a la vida adulta.

**SISTEMA DE SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA – AVANZANDO JUNTOS
PUNTO DE ENTRADA Y SALIDA DEL SISTEMA (PESS) – Abril 2018**

División Madres, Niños y Adolescentes – Departamento de Salud

Sistema de Servicios de Intervención Temprana

Oficina Central Departamento de Salud, San Juan, PR

787-765-2929 Extensión 4550 | Fax: 787-763-1093

Lunes – Viernes 8:00 am – 4:00 pm

Arecibo

Antiguo Hospital de Distrito – Hospital Cayetano Coll y Toste

621 Ave. San Luis, Arecibo, PR 00612-3666

Teléfono: 787-765-2929 ext. 5477 | Fax: 787-879-9026

Lunes – Viernes 7:30 am – 3:30 pm

Bayamón

Antigua Casa de Salud – Antiguo Hospital Regional de Bayamón Dr. Ramón Ruiz Arnau

Ave. Laurel Urb. Santa Juanita, Bayamón, PR 00956

Teléfono: 787-765-2929 ext. 7530 | Fax: 787-786-8616

Lunes – Viernes 7:30 am – 3:30 pm

Caguas

Centro de Servicios Integrados de Intervención Temprana y Educación Especial

Angora Park Plaza, Ave. Luis Muñoz Marín, Esquina Georgetti, Caguas, PR

Teléfono: 787-653-2585 ext. 83058 | Fax: 787-703-0945

Lunes – Viernes 8:00 am – 4:30 pm

Fajardo

Urb. Monte Brisas, Calle 5 Suite 1, Fajardo, PR 00738

Teléfono: 787-801-3071 | 787-863-1110 | Fax: 787-801-3073

Lunes – Viernes 7:30 am – 3:30 pm

Mayagüez

Centro Médico de Mayagüez

410 Ave. Hostos, Suite 1, Mayagüez, PR 00682-1522

Teléfono y Fax: 787-765-2929 ext. 5470

Lunes – Viernes 8:00 am – 4:00 pm

Metro

Hospital Pediátrico Universitario – Centro Médico de Río Piedras

P.O. Box 191079 San Juan, PR 00919-1079

Teléfono: 787-474-0333 Extensión 7032 | 7033 | Fax: 787-777-3248

Lunes – Viernes 7:30 am – 3:30 pm

Ponce

Antiguo Hospital Regional de Ponce (Detrás del Hospital San Lucas)

Ave. Tito Castro, Carr. #14, Ponce, PR 00730

Teléfono: 787-765-2929 ext. 5678, 5679 | Fax: 787-842-5802

Lunes – Viernes 8:00 am – 4:00 pm



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
 Secretaría Asociada de Educación Especial
DIRECTORIO TELEFÓNICO 2016-2017



OFICINA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
Secretaría Asociada de Educación Especial (Nueva sede) Dirección Postal: PO Box 190759 San Juan, P.R. 00919-0759 Dirección física: Calle Federico Costa #150 Urb. Industrial Tres Monjitas Hato Rey, P.R. 00917	Secretaría Asociada de Educación Especial 1-787-773-6178 Unidad de Servicio a Estudiantes, Padres y Comunidad 1-787-773-8900 al 8905	www.de.gobierno.pr PadresEE@de.gobierno.pr
Unidad Secretarial de Querrelas y Remedio Provisional (Antigua sede) Dirección Postal: PO Box 190759 San Juan, P.R. 00919-0759 Dirección física: Calle Teniente César González Esq. Calaf San Juan, P.R. 00919	1-787-773-6163 1-787-773-6158 1-787-773-6164 1-787-773-6237 Fax: 1-787-751-1761	serviciosee_uspqrpr@de.gobierno.pr

REGIÓN EDUCATIVA	CENTROS DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL		
	DIRECCIÓN FÍSICA	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONOS
Arecibo Centro Gubernamental 372 Ave. José A. Cedeño Corujo Industrial Park Suite 210-B Arecibo, Puerto Rico 00612-4623 Teléfonos 1-787-878-0556	Arecibo Avenida José de Diego #183 Arecibo, Puerto Rico (Paseo del centro del pueblo frente a tienda Emotion)	Arecibo Avenida José de Diego #183 Arecibo, Puerto Rico 00612	1-787-879-4422
	Morovis Bo. Morovis Sur Sector La Línea Ramal 6622 – Km 0, Hm 1 Morovis, Puerto Rico	Morovis HC 02 Box 6512 Morovis, Puerto Rico 00687	1-787-862-4021 Fax: 1-787-862-1204
Bayamón Plaza Hato Tejas Carr. 2 km 15.2 Corujo Industrial Park Bayamón, Puerto Rico 00956 Teléfono 1-787-785-6455	Bayamón Plaza Hato Tejas Carr. #2, Km 15.2, Corujo Industrial Park Bayamón, Puerto Rico (entrando por estacionamiento Mueblerías Berrios)	Bayamón PO Box 60920 Bayamón Puerto Rico 00960-8848	1-787-780-6444 1-787-780-6445 Fax: 1-787-780-8746
Caguas Centro Gubernamental Piso 4 PO Box 398, Caguas, Puerto Rico 00726 Teléfonos 1-787-743-6274 / 1-787-743-1234	Caguas Ave. Luis Muñoz Marín, Esq. Georgetti Edif. Angora Park Plaza Caguas, Puerto Rico	Caguas PO Box 6975 Caguas, Puerto Rico 00726	1-787-653-2585 1-787-703-0102 Fax: 1-787-703-0980 1-787-703-0945
Humacao Calle Boulevard del Río PO Box 2030 Humacao, Puerto Rico 00792 Teléfonos 1-787-852-0010 1-787-852-0311	Mini-Centro de Fajardo Ubicado en la Escuela Superior Dr. Santiago Veve Calzada Ave. Osvaldo Molina (frente a Hospital Caribbean Medical Center)	Mini-Centro de Fajardo PO Box 9060 Las Piedras, Puerto Rico 00771	1-787-860-3228 Fax: 1-787-860-3229
	Humacao (ubicado en Las Piedras) Ave. Jesús T. Piñero #126 Las Piedras, Puerto Rico	Humacao (ubicado en Las Piedras) Apartado 960 Las Piedras, Puerto Rico 00771-0960	1-787-912-1001 Fax: 1-787-733-0830
Mayagüez Centro Gubernamental Piso 3 Calle Nenadich PO Box 818 Mayagüez, Puerto Rico 00681 Teléfonos 1-787-832-6880 1-787-832-3518	Mayagüez Ave. Ramón Emeterio Betances Calle Fábregas Interior Antigua Escuela José de Diego Mayagüez, Puerto Rico	Mayagüez Calle Fábregas Interior Antigua Escuela José de Diego Mayagüez, Puerto Rico. 00680	1-787-805-5020 Fax: 1-787- 805-5405
	San Germán Calle Villa Universitaria Centro de Convenciones (Piso 2) San Germán, Puerto Rico	San Germán PO Box 549 San Germán, Puerto Rico 00683-0549	1-787-892-3500 ext. 2415 al 2417 Fax: 1-787-264-0391
	Aguada Calle La Paz # 195 Aguada, Puerto Rico (primer piso Estacionamiento Municipal)	Aguada Box 517 Aguada, Puerto Rico 00602	1-787-868-0868 Fax: 1-787-868-0810
Ponce Centro Gubernamental PO Box 7477 Ponce, Puerto Rico 00731 Teléfonos 1-787-843-7171	Ponce San Jorge Mall, Local #4 Carr. #2 (By Pass), Ponce, Puerto Rico (frente a la Sala de Emergencia Hospital Damas)	Ponce 612 Calle Dama Ponce, Puerto Rico 00717-1378	1-787-651-1146 1-787-651-1145
San Juan Antigua Sede del Departamento de Educación Piso 5 PO Box 190759 San Juan, P.R. 00919-0759 Tel. 1-787-777-8100	San Juan Ave. Ponce de León #1672, Parada 24 San Juan, Puerto Rico	San Juan Ave. Ponce de León #1672 San Juan, Puerto Rico 00909	1-787-523-6444

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.

Rev. 13/febrero/2017



DISTRIBUCIÓN DE REGIONES

Arecibo	Bayamón	Caguas	Humacao	Mayagüez	Ponce	San Juan
Arecibo Arecibo I Arecibo II Hatillo	Bayamón Bayamón I Bayamón II Bayamón III	Barranquitas Aibonito Barranquitas Comerío	Canóvanas Canóvanas Loíza Luquillo Río Grande	Aguadilla Aguada Aguadilla Añasco Rincón	Ponce Ponce I Ponce II Ponce III	Carolina Carolina I Carolina II
Camuy Camuy Lares Quebradillas	Corozal Corozal Naranjito	Cidra Aguas Buenas Cayey Cidra	Fajardo Ceiba Culebra Fajardo Naguabo Vieques	Cabo Rojo Cabo Rojo Lajas Sabana Grande San Germán	Santa Isabel Coamo Juana Díaz Santa Isabel Villalba	Guaynabo Guaynabo Trujillo Alto
Manatí Barceloneta Ciales Florida Manatí	Orocovis Morovis Orocovis	Guayama Arroyo Guayama Salinas	Las Piedras Humacao Juncos Las Piedras	Mayagüez Hormigueros Las Marías Maricao Mayagüez	Utua Adjuntas Jayuya Utua	San Juan I San Juan I San Juan II
Vega Alta Dorado Vega Alta Vega Baja	Toa Baja Cataño Toa Alta Toa Baja	Gurabo Caguas I Caguas II Gurabo	Yabucoa Maunabo Patillas San Lorenzo Yabucoa	San Sebastián Isabela Moca San Sebastián	Yauco Guánica Guayanilla Peñuelas Yauco	San Juan II San Juan III San Juan IV San Juan V
CSEE Arecibo	CSEE Bayamón	CSEE Caguas	CSEE Humacao	CSEE Mayagüez	CSEE Ponce	CSEE San Juan
CSEE Morovis				CSEE San Germán		

Unidad de Divulgación y Asistencia a Padres



Teléfonos
787-773-6179
787-773-8905

Fax
787-764-0080

DIRECTORIO TELEFONICO DE LA ACUDEN CUADRO TELEFONICO (787) 724-7474

OFICINAS	EXTENSIONES
Administración	3606/ 3605/ 3616
Administrador Auxiliar de Administración	3621/ 3623/ 3624
División de Asuntos Legales	3628/ 3629/ 3630
División de Finanzas	3654/ 3657/ 3677
División de Presupuesto	3634/ 3636
División de Monitoria Fiscal	3645/ 3647
Programa Head Start	3678/ 3680/ 3681/ 3687
Programa Child Care	3737/ 3739/ 3771
Recursos Humanos	3788/ 3790/ 3791
Unidad de Pago	3815/ 3818/ 382
Sistemas de Información	03779/ 3780/ 3782
Planificación, Evaluación y Desarrollo	3828/ 3830/ 3836
Servicios Generales	3846/ 3848



ADMINISTRACIÓN PARA EL CUIDADO Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ

Ave. de la Constitución, Parada 2 • PO Box 15091, San Juan, PR 00902-5091 • Teléfono: (787) 294-4900 • www.acuden.pr.gov

• Este programa garantiza igualdad de oportunidades.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

DIRECTORIO

| EARLY HEAD START Y HEAD START
Regiones Departamentos de Salud,
Familia, Educación y Recreación y Deportes.

Entrelazando e Iluminando el Futuro de Nuestra Niñez



DIRECTORIO POR MUNICIPIOS

Municipio	Concesionario HS o HS/EHS Agencia delegada HS o EHS - ACUDEN*	Correo electrónico	Teléfono
Adjuntas	HS Municipio de Adjuntas	maheadst@coqui.net	(787)829-1117
	Municipio de Utuado*	headstartutuado@yahoo.com	(787)814-4971
Aguada	HS Municipio de Aguadilla*	hs.aguadilla@gmail.com	(787)890-8257
Aguadilla	HS/EHS Municipio de Aguadilla*	hs.aguadilla@gmail.com	(787)890-8257
Aguas Buenas	HS Municipio de Caguas	mvelez@caguas.gov.pr	(787)744-8833
	HS/EHS Fundación para el Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
Aibonito	EHS Fundación para el Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
	HS Municipio de Cayey*	headstart_mcayey@yahoo.com	(787)263-0686
Añasco	HS Municipio de Mayagüez	olopez.hsmayaguez@gmail.com	(787)833-0660
	Seasonal - Diócesis de Mayagüez	shsehs@prtc.net	(787)935-7365
Arecibo	HS Municipio de Arecibo*	director@arecibohspr.com	(787)880-2160
	HS/EHS Youth Services	centrocsj@prtc.net	(787)879-4306
Arroyo	HS Municipio de Guayama*	dpomales.headstartguayama@gmail.com	(787) 866-2423
Barceloneta	HS Municipio de Barceloneta*	hschild@coqui.net	(787)846-6535
	EHS Municipio de Barceloneta	hschild@coqui.net	(787)846-6535
Barranquitas	HS Municipio de Orocovis*	jcjean8@yahoo.com	(787)867-5196
Bayamón	HS/EHS Municipio de Bayamón	almartinez@bayamonpr.com	(787)798-7002
	HS Puerto Rican Family Institute	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
Cabo Rojo	HS Municipio de Sabana Grande*	klinares@headstartsg.org	(787)873-0398
	EHS Diócesis de Mayagüez	shsehs@prtc.net	(787)935-7365
Caguas	HS Municipio de Caguas	mvelez@caguas.gov.pr	(787)744-8833
	EHS Municipio de Caguas	mvelez@caguas.gov.pr	(787)744-8833
	EHS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
	HS Puerto Rican Family Institute	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
Camuy	HS Municipio de Arecibo*	director@arecibohspr.com	(787)880-2160
Canóvanas	EHS CDI - Noreste	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
Carolina	HS/EHS Municipio de Carolina	stoledo@carolina.gobierno.pr	(787)769-8585
	HS Municipio de Carolina*	stoledo@carolina.gobierno.pr	(787)769-8585
Cataño	HS Municipio de Toa Baja*	inesmercadotb@gmail.com	(787)261-7901
	HS/EHS New York Foundling	cvillafa@nyfpr.org	(787)753-1321
	EHS Municipio de Toa Baja	inesmercadotb@gmail.com	(787)261-7901
Cayey	HS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
	HS Municipio de Cayey*	headstart_mcayey@yahoo.com	(787)263-0686
Ceiba	HS Municipio de Fajardo*	mdelgado@fajardopr.org	(787)863-6900
	HS CDI-Noreste	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
Ciales	HS Municipio de Manatí*	headstart_manati@yahoo.com	(787)854-1104
	HS Puerto Rican Family Institute	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
Cidra	HS Municipio de Cayey*	headstart_mcayey@yahoo.com	(787)263-0686
Coamo	HS Municipio de Juana Díaz*	directorhsjd@gmail.com	(787)837-3450
	HS/EHS New York Foundling	cvillafa@nyfpr.org	(787)753-1321
Comerio	HS Municipio de Bayamón	almartinez@bayamonpr.com	(787)798-7002
	EHS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600

Municipio	Concesionario HS o HS/EHS Agencia delegada HS o EHS - ACUDEN*	Correo electrónico	Teléfono
Corozal	HS Municipio de Orocovis*	jcjean8@yahoo.com	(787)867-5196
	HS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
	EHS Puerto Rican Family Institute	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
Culebra	HS Municipio de Fajardo*	mdelgado@fajardopr.org	(787)863-6900
Dorado	HS Municipio de Dorado*	ehs.dorado@live.com	(787)796-2746
	EHS Municipio de Dorado	ehs.dorado@live.com	(787)796-2746
Fajardo	HS/EHS Municipio de Fajardo*	mdelgado@fajardopr.org	(787)863-6900
	EHS CDI - Noreste	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
Florida	HS Municipio de Manatí*	headstart_manati@yahoo.com	(787)854-1104
Guánica	HS Municipio de Sabana Grande*	kiinares@headstartsg.org	(787)873-0398
Guayama	HS Municipio de Guayama*	dpomales.headstartguayama@gmail.com	(787) 866-2423
	EHS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
Guayanilla	HS Municipio de Peñuelas*	hs@penuelasonline.com	(787)836-4646
Guaynabo	HS/EHS Municipio de Guaynabo	ifigueroa@guaynabocity.gov.pr	(787)720-4040
Gurabo	HS Municipio de Caguas	mvelez@caguas.gov.pr	(787)744-8833
	HS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
	HS/EHS ESCAPE	mvegaescape@gmail.com	(787)737-1111
Hatillo	HS Municipio de Arecibo*	director@arecibohspr.com	(787)880-2160
	EHS Youth Services de Arecibo	centrocsj@prtc.net	(787)879-4306
Hormigueros	EHS Municipio de San Germán	ccordova@municipiodesangerman.com	(787)605-7917
Humacao	HS Municipio de Humacao*	hshco@coqui.net	(787)852-3325
	HS/EHS Municipio de Humacao	hshco@coqui.net	(787)852-3325
Isabela	HS Municipio de Quebradillas*	headstartdelnoroeste@yahoo.com	(787)895-2900
	HS/EHS Municipio de Isabela	headstart@isabela.com.pr	(787)830-8050
Jayuya	HS Municipio de Utuado*	headstartutuado@yahoo.com	(787) 814-4971
Juana Díaz	HS Municipio de Juana Díaz*	directorhjd@gmail.com	(787)837-3450
Juncos	HS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
	HS Municipio de Caguas	mvelez@caguas.gov.pr	(787)744-8833
Lajas	HS Municipio de Sabana Grande*	kiinares@headstartsg.org	(787)873-0398
	EHS Diócesis de Mayagüez	shsehs@prtc.net	(787)935-7365
Lares	HS Municipio de Arecibo*	director@arecibohspr.com	(787)880-2160
Las Marías	HS Municipio de Mayagüez	olopez.hsmayaguez@gmail.com	(787)833-0660
	EHS/HS Diócesis de Mayagüez	shsehs@prtc.net	(787)935-7365
Las Piedras	HS Municipio de Humacao*	hshco@coqui.net	(787)852-3325
	HS Taller Educativo	tallereprogramahs@hotmail.com	(787)745-7315
Loíza	EHS CDI - Noreste	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
Luquillo	EHS CDI - Noreste	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
Manatí	HS/EHS Municipio de Manatí*	headstart_manati@yahoo.com	(787)854-1104
Maricao	HS Municipio de Mayagüez	olopez.hsmayaguez@gmail.com	(787)833-0660
Maunabo	HS Municipio de Guayama*	dpomales.headstartguayama@gmail.com	(787) 866-2423
Mayagüez	HS Municipio de Mayagüez	olopez.hsmayaguez@gmail.com	(787)833-0660

Municipio	Concesionario HS o HS/EHS Agencia delegada HS o EHS - ACUDEN*	Correo electrónico	Teléfono
Moca	HS Municipio de Aguadilla*	hs.aguadilla@gmail.com	(787)890-8257
	EHS San Sebastián	vsoto@ssmehs.org	(787)481-3248
Morovis	HS Municipio de Vega Baja*	hstartvb@coqui.net	(787)855-6006
Naguabo	HS Municipio de Fajardo*	mdelgado@fajardopr.org	(787)863-6900
	EHS CDI - Noreste Inc.	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
Naranjito	HS Municipio de Bayamón	almartinez@bayamonpr.com	(787)798-7002
Orocovis	HS Municipio de Orocovis*	jcjean8@yahoo.com	(787)867-5196
Patillas	HS Municipio de Guayama*	dpomales.headstartguayama@gmail.com	(787) 866-2423
	HS Municipio de Patillas	hspatillas@prtc.net	(787)839-0700
Peñuelas	HS/EHS Municipio de Peñuelas*	hs@penuelasonline.com	(787)836-4646
Ponce	HS/EHS Municipio de Ponce	programaheadstart@ponce.pr.gov	(787)259-3261
Quebradillas	HS Consorcio Noroeste*	headstartdelnoroeste@yahoo.com	(787)895-2900
Rincón	HS Municipio de Aguadilla*	hs.aguadilla@gmail.com	(787)890-8257
Río Grande	HS/EHS CDI - Noreste	sandra.estrada@pueroricohs.org	(787)522-0675
	HS Puerto Rico Family Institute*	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
Sabana Grande	HS Municipio de Sabana Grande*	klinares@headstartsg.org	(787)873-0398
	EHS Municipio de Sabana Grande	klinares@headstartsg.org	(787)873-0398
Salinas	HS Municipio de Guayama*	dpomales.headstartguayama@gmail.com	(787)866-2423
San Germán	HS Municipio de Sabana Grande*	klinares@headstartsg.org	(787)873-0398
	HS/EHS Diócesis de Mayagüez	shsehs@prtc.net	(787)935-7365
	EHS Municipio de San Germán	ccordova@municipiodesangerman.com	(787)605-7917
San Juan	HS/EHS Municipio de San Juan	myhernandez@sanjuanciadadpatria.com	(787)480-4300
	HS/EHS New York Foundling	cvillafa@nyfpr.org	(787)753-1321
	HS Puerto Rico Family Institute	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
	HS Iglesia Bautista de Quintana	ibqheadstart@yahoo.com	(787)754-0248
San Lorenzo	HS Fundación para el Desarrollo del Hogar Propio*	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
San Sebastián	HS Municipio de San Sebastián*	headstartss@hotmail.com	(787)280-3744
	EHS San Sebastián	vsoto@ssmehs.org	(787)481-3248
Santa Isabel	HS Municipio de Juana Díaz	directorhsjd@gmail.com	(787)837-3450
	HS Iglesia Bautista de Quintana	ibqheadstart@yahoo.com	(787)754-0248
Toa Alta	HS Municipio de Toa Baja*	inesmercadotb@gmail.com	787)261-7901
Toa Baja	HS Municipio de Toa Baja*	inesmercadotb@gmail.com	787)261-7901
	EHS Municipio de Toa Baja	inesmercadotb@gmail.com	787)261-7901
Trujillo Alto	Puerto Rico Family Institute	nbatista@prfipr.org	(787)701-0200
	HS Fundación Hogar Propio	cvillarini@fdhp.org	(787)746-1600
Utua	HS Municipio de Utua*	headstartutuado@yahoo.com	(787) 814-4971
	EHS Municipio de Utua	headstartutuado@yahoo.com	(787) 814-4971
	EHS Youth Services de Arecibo	centrocsj@prtc.net	(787)879-4306
Vega Alta	HS/EHS New York Foundling	cvillafa@nyfpr.org	(787)753-1321
	HS Municipio de Vega Baja	hstartvb@coqui.net	(787)855-6006
Vega Baja	HS Municipio de Vega Baja*	hstartvb@coqui.net	(787)855-6006
Vieques	HS Municipio de Fajardo*	mdelgado@fajardopr.org	(787)863-6900
Villalba	HS Municipio de Orocovis*	jcjean8@yahoo.com	(787)867-5196
Yabucoa	HS Municipio de Humacao*	hshco@coqui.net	(787)852-3325
	HS Municipio de Humacao		
Yauco	HS Municipio de Peñuelas	hs@penuelasonline.com	(787)836-4646

Certificación de Cernimientos





Certificación de Cernimientos

Apellido paterno **Apellido materno** **Nombre**

FN: _____
 Día **Mes** **Año**

Es requisito administrar, a todos los infantes, el ASQ-3 a los 9, 18, 24 y 30 meses y el M-CHAT a los 18 y 24 meses.

Edad	ASQ-3					M-CHAT	Referido	Referido a:
	C	MG	MF	RP	SI			
9 ms							S N	
18 ms							S N	
24 ms							S N	
30 ms							S N	
Otras edades:								
							S N	
							S N	
							S N	

Instrucciones: Anote la puntuación de cada área en el cuadro. C=Comunicación, MG=Motor Grueso, MF=Motor Fino, RP=Resolución de Problemas, SI=Socio-Individual

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

 Nombre en letra de molde Título Licencia (si aplica)

 Lugar de administración Firma

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

 Nombre en letra de molde Título Licencia (si aplica)

 Lugar de administración Firma

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

 Nombre en letra de molde Título Licencia (si aplica)

 Lugar de administración Firma

Certifico la administración del ASQ-3 / MCHAT de _____ meses el día _____

 Nombre en letra de molde Título Licencia (si aplica)

 Lugar de administración Firma

Frente de la tarjeta

Reverso de la tarjeta

