

## Detección precoz y estabilidad en el diagnóstico en los trastornos del espectro autista

Ricardo Canal-Bedia, María Magán-Maganto, Álvaro Bejarano-Martín, Almudena de Pablos-De la Morena, Gloria Bueno-Carrera, Sara Manso-De Dios, M. Victoria Martín-Cilleros

**Introducción.** La intervención temprana en los niños con un trastorno del espectro autista (TEA) depende de una detección precoz y fiable. Aunque de manera general se habla de un diagnóstico estable, se ha evidenciado la necesidad de profundizar más en los factores que influyen en dicha estabilidad.

**Pacientes y métodos.** Los participantes de la muestra fueron 142 menores con TEA (118 varones y 24 mujeres), con una mediana de 33 meses y un recorrido intercuartílico de 12 en la primera evaluación, y con una mediana de 47 meses y un recorrido intercuartílico de 29 en el seguimiento. Los diagnósticos se realizaron con las siguientes pruebas: escala Merrill-Palmer revisada, escala de Leiter revisada, escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria III y escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada y IV; además de la escala Vineland y la escala de observación diagnóstica del autismo genérica (ADOS-G), basándose el diagnóstico clínico en los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado* (DSM-IV-TR), y *quinta edición* (DSM-5). Para la evaluación de la estabilidad diagnóstica, se realizaron tablas de contingencia para las valoraciones del diagnóstico en función del juicio clínico y los resultados de la ADOS-G.

**Resultados.** El diagnóstico clínico basado en los criterios del DSM-IV-TR, el DSM-5 y el juicio clínico se mantiene estable a través del tiempo en un 96% de los casos. Si se valora la estabilidad diagnóstica teniendo en cuenta los resultados del ADOS-G ( $n = 30$ ), el 87% de los casos mantiene el diagnóstico. El ANOVA muestra diferencias estadísticamente significativas para las medidas del factor intrasujeto del cociente intelectual y la edad social global, pero no para el diagnóstico.

**Conclusiones.** La estabilidad diagnóstica se beneficia de un uso informado del criterio clínico y de la participación de un equipo multidisciplinar.

**Palabras clave.** Atención temprana. Autismo. Detección. Estabilidad diagnóstica.

### Introducción

Los trastornos del espectro autista (TEA) son alteraciones neuroevolutivas que tienen gran impacto en la vida de la persona y su familia, y que podrían afectar a cerca del 1% de los menores [1]. El diagnóstico temprano y la posterior intervención precoz constituyen dos aspectos clave para el pronóstico, ya que pueden dar lugar a mejoras significativas en el lenguaje, las relaciones sociales y la conducta adaptativa [2-4], lo que incrementa las posibilidades posteriores de la persona para lograr una inclusión satisfactoria en el marco educativo y social habituales [5], y reduce el estrés familiar y los costes sociales [6-8].

La detección precoz y el diagnóstico temprano facilitan la atención temprana y por eso son de importancia capital, pero no están exentos de dificultades importantes. En primer lugar, hay gran variedad en cómo se presentan los síntomas y en los cursos evolutivos [9,10], lo que dificulta el establecimiento

de dispositivos para la detección precoz. También, la escasa difusión de herramientas para el diagnóstico del autismo por debajo de los 36 meses, que son costosas y requieren tiempo para su aplicación, así como entrenamiento específico que asegure la fiabilidad, son barreras importantes. Otro aspecto que puede influir en el proceso diagnóstico a edades tempranas es el tiempo que se puede dedicar en consulta y la disponibilidad de técnicas para identificar signos tempranos de TEA en el tiempo disponible. Sin embargo, todos esos aspectos pueden resolverse mejor mediante dispositivos de detección precoz que actúen en dos momentos antes de los 24 meses que aseguren el acceso y seguimiento de los casos con sospecha [11]. Aun así, la estabilidad del diagnóstico temprano sigue siendo una cuestión importante para los clínicos que se enfrentan al reto del diagnóstico de TEA en los niños pequeños. Un metaanálisis realizado [12] refleja cierta estabilidad en el diagnóstico. El 73-100% de los niños de 3 y 5 años con diagnóstico de TEA lo mantienen estable

Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, INICO. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

**Correspondencia:**  
Ricardo Canal Bedia. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced, 109-131. E-37005 Salamanca.

**E-mail:**  
rcanal@usal.es

**Financiación:**  
Estudio realizado en el marco de las investigaciones financiadas por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref. PSI2013-47840-R).

**Declaración de intereses:**  
Los autores manifiestan la inexistencia de conflictos de interés en relación con este artículo.

**Aceptado tras revisión externa:**  
20.01.16.

**Cómo citar este artículo:**  
Canal-Bedia R, Magán-Maganto M, Bejarano-Martín A, De Pablos-De la Morena A, Bueno-Carrera G, Manso-De Dios S, et al. Detección precoz y estabilidad en el diagnóstico en los trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S15-20.

© 2016 Revista de Neurología

en el tiempo, y también el 81-100% de los niños con más de 5 años en la primera evaluación. Asimismo, los juicios clínicos basados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado* (DSM-IV-TR), en la escala de observación diagnóstica del autismo (ADOS) o en la escala de valoración del autismo infantil favorecen la estabilidad del diagnóstico [13]. No obstante, el diagnóstico precoz no es tan estable, puesto que sólo el 53-100% de los niños menores de 3 años que habían sido diagnosticados por primera vez mantienen éste en el seguimiento posterior [12]. Por tanto, es necesario profundizar en el estudio de la estabilidad del diagnóstico para asegurar la validez del diagnóstico temprano orientado a la intervención precoz. El objetivo general es valorar la estabilidad del diagnóstico en una muestra de menores con TEA. Los objetivos específicos se dirigen a analizar diferencias en los cambios de las medidas de cociente intelectual (CI) y edad social global (ESG).

## Pacientes y métodos

### Muestra

Se han analizado los datos de una muestra de 142 menores con TEA (118 varones y 24 mujeres), con una mediana de 33 meses y un recorrido intercuartílico de 12 en la primera evaluación; y con una mediana de 47 meses y un recorrido intercuartílico de 29 en el seguimiento. Los participantes fueron diagnosticados por el Centro de Atención Integral al Autismo de la Universidad de Salamanca, remitidos desde diversos servicios: 79 desde servicios asistenciales públicos, 29 de demanda individual, 21 procedentes del Programa de Detección Precoz de los TEA, cuatro derivados por sospecha de TEA por pediatras, y nueve derivados por Educación.

### Instrumentos

El funcionamiento cognitivo de los participantes se midió con las siguientes pruebas (dependiendo de la edad, el lenguaje y la disponibilidad de versiones): escala Merrill-Palmer revisada [14], escala Leiter revisada [15], escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria III [16], escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada [17] y escala de inteligencia de Wechsler para niños, cuarta edición [18]. La medida que se comparó fue el CI total, ofrecido por todas las pruebas y por tanto comparables entre sí. La conducta adaptativa se evaluó con la escala de Vineland [19], tomando como medida compa-

rable la ESG en meses. La evaluación de los síntomas de TEA se hizo con la ADOS-G [20]. La valoración diagnóstica se estableció en función de los criterios del DSM-IV-TR [21] y el DSM-5 [22] para los casos más actuales. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS v. 20.

### Procedimiento

Los datos han sido recogidos en el Centro de Atención Integral al Autismo (Infoautismo), que ofrece un servicio de diagnóstico diferencial integrado dentro del Programa de Detección Precoz de los TEA de Castilla-León. La muestra incluye únicamente casos de TEA detectados desde abril de 2004 hasta noviembre de 2015, que habían sido evaluados en dos momentos diferentes y que disponían de los datos necesarios para llevar a cabo los análisis. No fue posible realizar una evaluación ciega en el segundo momento, ya que la mayoría de los niños que precisaban seguimiento provenía de alguna de las vías del sistema de cribado y los padres pedían ser atendidos por los mismos profesionales. El diagnóstico diferencial se basó en el DSM-IV-TR o el DSM-5 en función del período temporal, manteniendo el diagnóstico de TEA si atendía a criterios diagnósticos en función del manual más reciente en el momento de la evaluación. Dicho diagnóstico siempre se realizaba en discusión con el equipo interdisciplinar del centro.

Para analizar la estabilidad diagnóstica se realizaron tablas de contingencia para las valoraciones del diagnóstico en función del juicio clínico de los dos diferentes momentos, así como para las puntuaciones de la ADOS-G en los casos disponibles.

Las diferencias entre las medidas del funcionamiento cognitivo, conducta adaptativa y diagnóstico en función del paso del tiempo se analizaron a través de un modelo lineal general (ANOVA) de medidas repetidas, y el factor intrasujetos fue 'cambios\_tiempo' con dos niveles (medidas en la primera evaluación y seguimiento), expresado a través de las medidas de CI, ESG y diagnóstico. Los factores entre sujetos fueron: el primero, la diferencia en meses entre las evaluaciones, agrupando las medidas de las variables en rangos con dos puntos de corte y dejando un 33,33% de las observaciones en cada intervalo; y el segundo, la agrupación de los sujetos en rangos (con dos puntos de corte también) en función de su edad en meses en la primera evaluación diagnóstica. El contraste para el factor intrasujeto fue polinómico y ninguno para los factores entre sujetos. Se compararon los efectos principales para todos los factores y sus interacciones

**Tabla I.** Comparaciones entre pares en función del factor entre sujetos 'intervalo entre evaluaciones' (basado en las medias marginales estimadas).

|                    | (I) Intervalo_ Evaluaciones (agrupada) | (J) Intervalo_ Evaluaciones (agrupada) | Diferencia de medias (I-J) | Error típico | Significación <sup>b</sup> | Intervalo de confianza al 95% para las diferencias <sup>b</sup> |                 |
|--------------------|--|--|----------------------------|--------------|----------------------------|---|-----------------|
|                    |  |  |                            |              |                            | Límite inferior   | Límite superior |
| Medida_CI          | 1                                      | 2                                      | -5,036                     | 4,451        | 0,780                      | -15,828   | 5,756           |
|                    |  | 3                                      | -17,098 <sup>a</sup>       | 4,447        | 0,001                      | -27,881   | -6,315          |
|                    | 2                                      | 1                                      | 5,036                      | 4,451        | 0,780                      | -5,756  | 15,828          |
|                    |  | 3                                      | -12,062 <sup>a</sup>       | 4,339        | 0,019                      | -22,584   | -1,540          |
|                    | 3                                      | 1                                      | 17,098 <sup>a</sup>        | 4,447        | 0,001                      | 6,315   | 27,881          |
|                    |  | 2                                      | 12,062 <sup>a</sup>        | 4,339        | 0,019                      | 1,540   | 22,584          |
| Edad_Social_Global | 1                                      | 2                                      | -0,036                     | 2,498        | 1                          | -6,093  | 6,022           |
|                    |  | 3                                      | -9,645 <sup>a</sup>        | 2,496        | 0,001                      | -15,698   | -3,592          |
|                    | 2                                      | 1                                      | 0,036                      | 2,498        | 1                          | -6,022  | 6,093           |
|                    |  | 3                                      | -9,609 <sup>a</sup>        | 2,436        | 0                          | -15,515   | -3,703          |
|                    | 3                                      | 1                                      | 9,645 <sup>a</sup>         | 2,496        | 0,001                      | 3,592   | 15,698          |
|                    |  | 2                                      | 9,609 <sup>a</sup>         | 2,436        | 0                          | 3,703   | 15,515          |
| Diagnóstico        | 1                                      | 2                                      | 0,042                      | 0,047        | 1                          | -0,071  | 0,155           |
|                    |  | 3                                      | 0,069                      | 0,047        | 0,416                      | -0,044  | 0,182           |
|                    | 2                                      | 1                                      | -0,042                     | 0,047        | 1                          | -0,155  | 0,071           |
|                    |  | 3                                      | 0,028                      | 0,045        | 1                          | -0,083  | 0,138           |
|                    | 3                                      | 1                                      | -0,069                     | 0,047        | 0,416                      | -0,182  | 0,044           |
|                    |  | 2                                      | -0,028                     | 0,045        | 1                          | -0,138  | 0,083           |

<sup>a</sup> Diferencia de medias significativa a un nivel del 0,05; <sup>b</sup> Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

utilizando el ajuste del intervalo de confianza de Bonferroni, con un nivel de significación del 0,05.

## Resultados

En la primera evaluación (momento 1), 141 participantes fueron diagnosticados con TEA y sólo un caso fue diagnosticado con retraso madurativo. En el seguimiento (momento 2), 137 de los pacientes fueron diagnosticados con TEA, uno fue diagnosticado con trastorno específico del lenguaje, uno con un desarrollo cognitivo límite y tres resultaron tener un desarrollo típico.

El análisis de varianza (ANOVA) muestra diferencias estadísticamente significativas para las medidas del factor intrasujeto del CI ( $F = 46,48$ ; sig. = 0) y la ESG ( $F = 132,83$ ; sig. = 0), pero no en el diagnóstico ( $F = 0,02$ ; sig. = 0,88), y el tamaño del efecto fue mayor en las diferencias de las medidas en la ESG ( $\eta_p^2: 0,5$ ) con el paso del tiempo que en las diferencias en las medidas del CI ( $\eta_p^2: 0,259$ ).

En las comparaciones entre pares en función de los rangos de los intervalos entre los dos momentos se observan diferencias significativas entre los rangos 1 y 3, y 2 y 3 para las medidas tanto del CI como de la ESG (Tabla I). Sin embargo, sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las me-

**Tabla II.** Comparaciones entre pares en función del factor entre sujetos 'edad en meses en la primera evaluación' (basado en las medias marginales estimadas).

|                    | (I) Edad en meses en la primera evaluación (agrupadas) | (J) Edad en meses en la primera evaluación (agrupadas) | Diferencias de medias (I-J) | Error típico | Significación <sup>b</sup> | Intervalo de confianza al 95% para las diferencias <sup>b</sup> |                 |
|--------------------|--|--|-----------------------------|--------------|----------------------------|---|-----------------|
|                    |  |  |                             |              |                            | Límite inferior   | Límite superior |
| Medida_CI          | 1  | 2  | 0,674                       | 4,210        | 1                          | -9,533  | 10,881          |
|                    |  | 3  | -5,633                      | 4,409        | 0,611                      | -16,323   | 5,057           |
|                    | 2  | 1  | -0,674                      | 4,210        | 1                          | -10,881   | 9,533           |
|                    |  | 3  | -6,307                      | 4,611        | 0,521                      | -17,487   | 4,872           |
|                    | 3  | 1  | 5,633                       | 4,409        | 0,611                      | -5,057  | 16,323          |
|                    |  | 2  | 6,307                       | 4,611        | 0,521                      | -4,872  | 17,487          |
| Edad_Social_Global | 1  | 2  | -4,617                      | 2,363        | 0,158                      | -10,347   | 1,112           |
|                    |  | 3  | -12,718 <sup>a</sup>        | 2,475        | 0                          | -18,719   | -6,718          |
|                    | 2  | 1  | 4,617                       | 2,363        | 0,158                      | -1,112  | 10,347          |
|                    |  | 3  | -8,101 <sup>a</sup>         | 2,588        | 0,006                      | -14,377   | -1,826          |
|                    | 3  | 1  | 12,718 <sup>a</sup>         | 2,475        | 0                          | 6,718   | 18,719          |
|                    |  | 2  | 8,101 <sup>a</sup>          | 2,588        | 0,006                      | 1,826   | 14,377          |
| Diagnóstico        | 1  | 2  | -4,163                      | 0,044        | 1                          | -0,107  | 0,107           |
|                    |  | 3  | 0,007                       | 0,046        | 1                          | -0,105  | 0,119           |
|                    | 2  | 1  | 4,163                       | 0,044        | 1                          | -0,107  | 0,107           |
|                    |  | 3  | 0,007                       | 0,048        | 1                          | -0,110  | 0,124           |
|                    | 3  | 1  | -0,007                      | 0,046        | 1                          | -0,119  | 0,105           |
|                    |  | 2  | -0,007                      | 0,048        | 1                          | -0,124  | 0,110           |

<sup>a</sup> Diferencia de medias significativa a un nivel del 0,05; <sup>b</sup> Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

didadas de la ESG en función del factor entre sujetos, edad en meses del momento 1, para las medidas en los rangos 1 y 3, y 2 y 3 (Tabla II), por lo que se observan mayores cambios en los niños con más edad y entre las evaluaciones en las que la diferencia temporal es mayor.

El diagnóstico clínico basado en los criterios del DSM-IV-TR, el DSM-5 y el juicio clínico se mantiene estable a través del tiempo. Si se atiende a la especificidad diagnóstica en el momento 1, 141 participantes fueron diagnosticados con TEA, de los cua-

les 136 mantuvieron el diagnóstico (96%) en el momento 2; mientras que seis de los casos cambiaron su diagnóstico en el momento 2 (4%). Tan sólo uno de los casos que no fue diagnosticado con TEA en la evaluación inicial cambió su diagnóstico a TEA en el seguimiento.

Si se valora la estabilidad diagnóstica teniendo en cuenta los resultados del test ADOS-G en los 30 participantes que disponen de medidas en ambos momentos, hay 26 casos que mantienen el diagnóstico en el momento 2 (87%); sin embargo, hay cua-

tro que cambiaron el diagnóstico (13%). Ninguno de los participantes que no fue diagnosticado con TEA en función de los resultados del ADOS-G en la primera evaluación fue diagnosticado con TEA en el seguimiento.

## Discusión

En este estudio, 142 menores fueron evaluados en dos momentos diferentes. La estabilidad diagnóstica basada en el juicio clínico de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el DSM-5 fue alta, con un 96% de los menores que permaneció en la misma categoría diagnóstica de TEA en el seguimiento. Este dato es consistente con lo notificado en estudios previos con muestras más pequeñas [13]. Seis menores (4%) cambiaron de tener un diagnóstico de TEA a otro trastorno del desarrollo o a desarrollo típico. Sólo un menor fue diagnosticado con TEA en el segundo momento, tras haber sido diagnosticado de retraso madurativo. Si tenemos en cuenta los resultados del ADOS-G, se observa que el 87% de los 30 casos mantienen el diagnóstico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medidas de CI y ESG, pero no en el diagnóstico. Las mayores diferencias entre grupos se encontraron en la ESG de los menores con más edad y entre las evaluaciones en las que la diferencia temporal era mayor. Estos menores reciben intervención estándar a través de los servicios de los sistemas de salud y educativo una vez que se ha emitido un diagnóstico. La intervención temprana con estos menores desempeña un papel importante en la mejora de la conducta adaptativa y el CI. Los menores cuya segunda evaluación dista más en el tiempo de la primera muestran mejores resultados, y las diferencias son mayores en la medida de la ESG, lo que se puede explicar debido a la naturaleza de la conducta adaptativa, que requiere mayores exigencias con el aumento de la edad. Otra posible explicación a este hecho, relacionada con las mayores diferencias encontradas en los menores con más edad, es que los síntomas, aunque permanecen durante toda la vida, tienden a remitir a lo largo del tiempo [22].

Como limitaciones cabe destacar el restringido número de participantes y la no disponibilidad de información sobre la intervención recibida en cada uno de los casos para analizar en mayor profundidad a qué se deben las diferencias encontradas en las diferentes medidas.

En conclusión, se ha de resaltar la importancia del uso informado del criterio clínico y la disponibilidad de un equipo multidisciplinar a la hora de emi-

tir un diagnóstico, pues los datos muestran una mayor estabilidad en el diagnóstico en función del juicio clínico en comparación con el resultado único de una prueba psicométrica bien establecida para el diagnóstico específico de TEA, como puede ser el ADOS-G.

## Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years –autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63: 1-21.
- Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2008; 20: 775-803.
- Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD009260.
- Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-Vanderweele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011; 127: e1303-11.
- Harris SL, Handleman JS. Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: a four- to six-year follow-up. *J Autism Dev Disord* 2000; 30: 137-42.
- Järbrink K. The economic consequences of autistic spectrum disorder among children in a Swedish municipality. *Autism Int J Res Pract* 2007; 11: 453-63.
- Renty J, Roeyers H. Satisfaction with formal support and education for children with autism spectrum disorder: the voices of the parents. *Child Care Health Dev* 2006; 32: 371-85.
- Sánchez-Valle E, Posada M, Villaverde-Hueso A, Touriño E, Ferrari-Arroyo MJ, Boada L, et al. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. *J Autism Dev Disord*. 2008; 38: 288-96.
- Landa RJ, Gross AL, Stuart EA, Faherty A. Developmental trajectories in children with and without autism spectrum disorders: the first 3 years. *Child Dev* 2013; 84: 429-42.
- Macari SL, Campbell D, Gengoux GW, Saulnier CA, Klin AJ, Chawarska K. Predicting developmental status from 12 to 24 months in infants at risk for autism spectrum disorder: a preliminary report. *J Autism Dev Disord* 2012; 42: 2636-47.
- García-Primo P, Santos-Borbujo J, Martín-Cilleros MV, Martínez-Velarte M, Lleras-Muñoz S, Posada-De la Paz M, et al. Programa de detección precoz de trastornos generalizados del desarrollo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora. *An Pediatr (Barc)* 2014; 80: 285-92.
- Woolfenden S, Sarkozy S, Ridley G, Williams K. A systematic review of the diagnostic stability of autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord* 2012; 6: 345-54.
- Kleinman JM, Ventola PE, Pandey J, Verbalis AD, Barton M, Hodgson S, et al. Diagnostic stability in very young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2007; 38: 606-15.
- Roid GH, Sampers J. *Merrill-Palmer Developmental Scale –revised manual*. Wood Dale, IL: Stoelting; 2004.
- Roid GH, Miller LJ. *Leiter International Performance Scale –revised*. Wood Dale, IL: Stoelting; 1997.
- Wechsler D. *Manual for the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence. WPPSI-III (Spanish adaptation)*. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
- Wechsler D. *Wechsler Intelligence Scale for Children-revised (WISC-R)*. Madrid: TEA Ediciones; 1993.
- Wechsler D. *Wechsler Intelligence Scale for Children-fourth edition (WISC-IV) (Spanish adaptation)*. Madrid: TEA Ediciones; 2005.
- Sparrow S, Balla D, Cicchetti D. *Vineland adaptive behavior*

- scales: interview edition. New York: American Guidance Service; 1984.
20. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH Jr, Leventhal BL, DiLavore PC, et al. the autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Dev Disord* 2000; 30: 205-23.
  21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: APA; 2002.
  22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington DC: APA; 2013.

### Early detection and stability of diagnosis in autism spectrum disorders

**Introduction.** Early intervention for children with an autism spectrum disorder (ASD) depends on early and reliable detection. In general, diagnosis is stable, but evidence shows the need to go deeper into the factors that influence this stability.

**Patients and methods.** A sample of 142 children with ASD (118 boys and 24 girls) with a median of 33 months of age and an interquartile range of 12 in the first evaluation. In the follow-up the median was 47 months and an interquartile range of 29. The following tests were applied to evaluate the children: Merrill-Palmer Scale-R, Leiter-R, WIPPSI-III, WISC-R and WISC-IV; as well as Vineland Scale and ADOS-G, based on clinical diagnosis to DSM-IV-R and DSM-5. For the evaluation of the diagnostic stability, contingency tables were performed for diagnostic assessments based on clinical judgment and the results of the ADOS-G. Repeated measures ANOVA was used to analyze the differences between measures of cognitive functioning, adaptive behavior and diagnosis.

**Results.** The clinical diagnosis based on DSM-IV-TR, DSM-5 and clinical judgment remains stable over time in 96% of cases. If the diagnostic stability is measured based on the results of ADOS-G ( $n = 30$ ), 87% of cases diagnosed maintained the diagnosis. The ANOVA showed statistically significant differences for measures of within-subject factors and global social age, but not for diagnosis.

**Conclusion.** The diagnostic stability can be improved by utilizing clinical judgment and the participation of a multidisciplinary team.

**Key words.** Autism. Early detection. Early intervention. Stability of diagnosis.