

ADAPTACIÓN PARA URUGUAY DEL CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, Inglaterra – 1996)*

*Lic. Psic. Daniela Cecchetto Farina,
Mtra. Esp. Lic. Psic. Marta Linke Weber,
Lic. Psic. Claudia G. Ottati Solís,
Lic. Psic. Dinorah Salles-Dulán;
Dr. Psiq. Carlos E. Prego Maberino (Supervisor)***

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende dar a conocer la Adaptación del CHAT a Uruguay y el resultado obtenido hasta el momento en la investigación que estamos realizando sobre la detección precoz de Trastornos del Desarrollo en niños de 16 a 24 meses de edad.

Esta investigación está enmarcada en un equipo de profesionales llamado *Programa "PREVENIR"*, el cual se originó en el Departamento de Patologías en Tempranos que pertenece a la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y de la Adolescencia (APPIA). Este Depar-

* Trabajo realizado por el Equipo de Investigación que integra el Departamento de Patología de Tempranos.

Presentado en el 3er. Congreso Internacional y 13º Congreso Latinoamericano de FLAPIA, realizado en octubre de 2001 en Montevideo, Uruguay.

** Fax: 487 5659. E-mail: cliprego@adinet.com.uy

tamento es coordinado por el actual Presidente de APPIA, Dr. Carlos Enrique Prego Maberino, quien es a su vez coordinador y supervisor de dicho *Programa*.

El objetivo principal de esta investigación, es realizar un screening de Trastornos Generalizados del Desarrollo en niños de 16 a 24 meses de edad. El instrumento adaptado y utilizado en esta investigación es el CHAT, el cual fue desarrollado y validado por los equipos de investigación conducidos por los Drs. Simon Bahron- Cohen (Cambridge University, Inglaterra) y Tony Cox (Guy' Hospital Londres).

Para realizar la adaptación a nuestro país primeramente se efectuó un estudio y traducción de artículos específicos en la temática, los que figuran en la bibliografía.

RESEÑA

Primero descrito por Kanner en 1943, el autismo es uno de desórdenes descritos dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (PDDs = Pervasive Developmental Disorders). Se caracteriza por severas alteraciones en la interacción social recíproca y en la comunicación verbal y no verbal, junto a patrones específicos de intereses restrictivos y comportamientos inusuales. Investigadores y clínicos que trabajan con niños con autismo han aumentado el énfasis puesto en la importancia de su detección precoz y consecuente abordaje.

El autismo generalmente no es detectado antes de los 4 o 5 años de edad encubriendo el hecho de que generalmente se presenta antes de los tres años de edad.

Esto podría pensarse en relación a distintos factores:

- Primero: No existe un test diagnóstico simple para el autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- Segundo: Existe poco entrenamiento en su detección primaria.
- Finalmente: Rutinas de control del desarrollo no son sensibles al patrón de síntomas y comportamientos específicos al autismo.

CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS (CHAT)

El CHAT consiste en nueve preguntas dirigidas a los padres y cinco observaciones hechas al niño deambulador por un técnico entrenado para

su utilización en el curso de una rutina realizada en torno a los 18 meses. Su efectividad fue demostrada en un estudio de 1996 en el cual una población de 16.235 niños de 18 meses de edad fueron testados en el sur-oeste de Inglaterra. Dos procedimientos de screening fueron realizados a los 3 y 5 años. La población recibió un estudio de seguimiento hasta los 7 años con el objetivo de poder establecer la sensibilidad, la especificidad y el valor de predicción positivos del instrumento.

Diecinueve casos de autismo infantil fueron identificados satisfactoriamente a los 18 meses. En el estudio de seguimiento fueron identificados un total de 50 casos de autismo infantil por la medición de todos los métodos de seguimiento. El instrumento tuvo una sensibilidad del 38% y una especificidad del 98% para identificar autismo infantil. El valor de predicción positiva del instrumento fue maximizado por la concentración en el grupo de mayor riesgo. La repetición del screening un mes más tarde incrementó el valor de predicción positiva al 75% para la identificación de autismo infantil y la especificidad se acercó al 100%. El tamizaje también identificó casos de Trastornos Generalizados del Desarrollo, así como niños con Trastornos del Lenguaje y otros Trastornos del Desarrollo.

Se concluyó que el CHAT puede ser utilizado para identificar casos de Autismo y

Trastornos Generalizados del Desarrollo en torno a los 18 meses de edad. Se destaca que el CHAT no es un instrumento diagnóstico pero es útil en la detección de situaciones potenciales del espectro de desórdenes autísticos para un posterior proceso diagnóstico completo.

Existen tres comportamientos claves en el instrumento para determinar si un niño presenta nivel de riesgo para la condición del espectro autístico.

Estas se refieren a:

*** COMPORTAMIENTO DEL JUEGO COMO-SI (Pretend Play Behaviour).** La pregunta y observación del juego “como si”, están pensados para captar aquellas instancias cuando el niño le adjudica propiedades imaginarias a algo o alguien. (Cuando el niño le adjudica la función apropiada al juguete).

Si el niño no responde a la propuesta de juego, se puede tratar de que el niño realice la acción por imitación. A pesar de que a este comportamiento se le adjudique un menor valor en la evaluación, no estaríamos en presencia de un trastorno de autismo ni de retrasos significativos del desa-

rollo (según la experiencia de la investigación realizada en Inglaterra), un niño con autismo, no lograría realizar el juego simbólico ni siquiera por imitación.

***SEÑALAMIENTO PROTODECLARATIVO (Protodeclarative Pointing)**

El señalamiento protodeclarativo, debe ser distinguido del señalamiento de petición donde lo básico es preguntar por un objeto o pedir ayuda. En el señalamiento protodeclarativo, el foco del niño va directo a la mirada del adulto con la intención de compartir con él la información de aquello que ha descubierto.

*** MONITOREO DE LA MIRADA (Gaze Monitoring).**

En este ítem lo que se toma en cuenta, es que el niño mire el objeto que se le señala y no el dedo de quien señala.

Algunas de las observaciones en la segunda sección (las que se realizan con el niño) sirven para validar las respuestas de los padres a las preguntas claves en la primera sección (cuestionario para padres). Las preguntas y observaciones no claves aportan información adicional y pueden eventualmente ayudar a la detección de otros problemas severos del desarrollo.

ASPECTOS GENERALES PREVIOS A SU UTILIZACIÓN

PRÁCTICA: Como en toda valoración es importante la práctica previa para una administración adecuada. Es importante como práctica, su aplicación en niños sin un diagnóstico de trastorno generalizado u otro del desarrollo para familiarizarse con el instrumento.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL DE TRABAJO: Se utilizan varios y diferentes juguetes: jarra pequeña o jarra de té, tazas, platitos, bloques de madera, muñeca, cuchara, mamadera, auto, osito, etc.

ESTABLECIMIENTO DEL RAPPORT: Como en todo trabajo con niños muy pequeños es importante crear un ambiente cálido y de juego que habilite al niño a desarrollar la tarea propuesta: exagerar el tono de voz y las expresiones gestuales y faciales (si el niño lo requiere), estimular

positivamente al niño en lo que está haciendo, etc.

IMPORTANCIA DE LOGRAR UNA ADECUADA COLABORACIÓN DEL PADRE O EDUCADOR QUE ACOMPAÑA AL NIÑO.

El trabajo con el niño se realiza en presencia del padre o educador a cargo. En este sentido es importante poder contar con una adecuada colaboración del adulto, de ser requerida, en el desarrollo de la tarea.

PUNTUACIÓN: Dado el nivel relativamente bajo de falsos positivos y el estricto criterio para el establecimiento de nivel de riesgo, se puntúa reservadamente. Esto es si la respuesta de los padres o el comportamiento observado en el niño es ambiguo luego de varios intentos, se considera que este ítem dio fallo.

Es importante el feedback de información provista a los padres de los niños que presentan indicadores de riesgo.

Existen padres que presentan dificultad para reconocer que su hijo presenta niveles de riesgo, especialmente en el caso de un desorden como el autismo. En este caso puede ser de ayuda aclarar que éste es un instrumento de screening y no de diagnóstico.

Explicar la idea de riesgo mostrando el status de riesgo específico del caso, así como el significado particular de preguntas y observaciones, para fundamentar lo expresado, puede ser de utilidad. Respetar el tiempo que necesiten para pensar esto, compartirlo con otra persona (pareja u otros) y poder así obtener más información acerca de esto en un segundo nivel.

Hay padres, en cambio, que sospechan la existencia de problemas tempranamente (alrededor de los 18 meses o antes). Para ellos, ésta puede ser una oportunidad para hablar sobre la situación. En todos los casos se ofrece la posibilidad de brindar posteriormente más información.

El instrumento de screening: CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, Inglaterra – 1996), fue traducido al castellano y pensado para nuestra región. Por ello necesariamente hubo que realizarle modificaciones, ya que fue concebido y aplicado en poblaciones que difieren de la nuestra en cuanto a pautas socio-culturales. Para que el instrumento fuese adecuadamente aplicable en nuestro país, fue necesario adaptarlo a las características del medio, teniendo en cuenta la terminología regional, las pautas culturales existentes en el Uruguay y el nivel socio-económico de la población a la

cual se le administraba el screening. Para la puesta a punto que el equipo de «Programa Prevenir» implementó en la adaptación del CHAT, se tuvieron en cuenta los siguientes pasos:

Paso 1 - Características del medio

Paso 2 - Terminología regional

En estos puntos no solamente se tuvo presente el perfil de la población a tamizar, sino también las características propias existentes en los Jardines y/o Instituciones donde íbamos a trabajar.

Teníamos bien definido que en un inicio la actividad de campo se iba a realizar mayoritariamente en Guarderías de escasos recursos; Centros Infantiles y en un Centro de Admisión Temporal, calificado por sus propios dirigentes como de «Alto Riesgo».

Se desplegaba entonces ante nosotros, un abanico de realidades: hogares monoparentales, madres adolescentes, padres abandonicos, maltrato físico, desnutrición, quita judicial, etc., como común denominador.

A todo esto, se le sumó la utilización de una terminología regional y un lenguaje accesible, con vocablos llanos, de fácil comprensión de acuerdo al nivel educativo del referente adulto al momento de aplicar la sección A o primera parte del instructivo, que consta de 9 (nueve) preguntas a los padres.

En este punto como adaptación, dimos como válidas también las respuestas que pudieron brindarnos las educadores y/o cuidadoras cuando los padres no se presentaban o cuando carecían de ellos.

Paso 3 - Incorporación de diferentes objetos de juego acordes a las costumbres de la población:

Con respecto a este punto, en la Sección B del instructivo, la traducción literal es la siguiente: ii Llame la atención del niño. Luego ofrézcale una taza y una tetera de juguete y dígame: «¿Puedes preparar una taza de té?»

Pensamos que este ítem que observa la capacidad de desarrollar un juego simbólico tendría una marcada relación con las costumbres culturales específicas de dicho país. ¿Qué pasaría con un niño uruguayo si no logra realizar correctamente este ítem? ¿Se evaluaría como un fallo? ¿En ese caso, diríamos que el niño no desarrolla el juego simbólico?

Nos pareció conveniente la sugerencia que Inglaterra realizó para su

aplicación en Norteamérica donde se incluye también «servir una taza o vaso de leche». Nosotros adoptamos esta variación y además incorporamos un mate con bombilla o sorbito para que el niño si lo desea, pueda hacer «como si» cebara un mate. También incorporamos la posibilidad de hacer «como si» tomara agua o jugo.

Pensando precisamente en no realizar una valoración diagnóstica de falsos positivos, agregamos dentro de los objetos de administración del instrumento, los siguientes juguetes: una mamadera, un muñeco, un perro, caballo, un auto, la utilización de cubos de madera para la construcción de la torre (en lugar de “ladrillos” como se utilizó en la investigación original), elementos con los cuales el niño de esa edad está familiarizado. De esta manera, le brindamos al niño mayores oportunidades de expresión para desarrollar el juego simbólico, en un contexto que le resulte conocido.

Paso 4 - Señalamiento de la «luz».

Entendemos que «Luz» es un concepto abstracto y que implica un nivel de elaboración importante. Esto llevó al equipo a plantearse la hipótesis, en relación al alto porcentaje de fallos en este ítem en los casos de puesta a punto previamente administrados, que dicha constatación remitiría básicamente a una pauta cultural ya que entendemos que no es una práctica frecuente en nuestro medio el enseñar a los niños la conducta de señalamiento de la luz.

En la muestra realizada, la mayoría de los niños presentan dificultades para comprender esta pregunta. No comprenden la palabra «Luz», alguno de ellos, llegan a mirar «la llave de la luz», pero no el foco de luz.

En este sentido, a efectos de poder valorar adecuadamente el señalamiento protodeclarativo (Volkmar, F., 1997), aceptamos como válido el señalamiento de un «oso» u otro objeto de interés del niño si no comprende la palabra «luz».

Paso 5 - Información Complementaria al instructivo - Confección de historial clínico:

Este paso constituye otra adaptación realizada por el equipo de investigación, recogiendo datos familiares: ocupación, nivel educativo, núcleo familiar, antecedentes médicos – psicológicos y del desarrollo del niño: gestación, nacimiento, lactancia, alimentación, conducta de sueño y

marcha, control de esfínteres, juego y socialización, etc.

En el caso de niños institucionalizados o en circunstancias en que no están presentes los padres en el momento de la administración, recurrimos a la recolección de datos de las fichas informativas sobre el niño con que cuente la institución.

Este proyecto de trabajo adaptado para el Uruguay, ha sido comunicado y aceptado por el Dr. Tony Charman, integrante del equipo de investigación del Dr. Gillian Baird del Institute of Child Health, University College London con quien mantenemos una intercambio en la actualización y orientación de nuestro trabajo.

ACERCA DEL CONCEPTO DE INVESTIGACIÓN:

El concepto de investigación se relaciona con el concepto de descubrir. En el área del conocimiento científico, este concepto implica un nivel de observación, la verificación empírica y el establecimientos de leyes de validez general así como también está asociado a un conjunto de procedimientos que nos permiten conocer el objeto de estudio por algún método científico claramente preestablecido.

La sistematización general de los conocimientos obtenidos es otra característica de la investigación científica donde se van construyendo sistemas de conocimiento y nuevas hipótesis de trabajo, las cuales mantienen la búsqueda permanente de algo nuevo por descubrir. Las Teorías conforman un conjunto de ideas y conceptos donde encontramos precisamente los enunciados empíricos y teóricos.

En términos generales y a la manera de síntesis podemos decir que para que una investigación sea científica:

Debe estar planificada. Es decir, que tenga una organización previa, que posea objetivos claros y un el método específico de investigación. Esto a su vez, delimita el objeto de estudio.

Contar con instrumentos de recolección de datos, que contemplen VALIDEZ y CONFIABILIDAD de manera tal, que otros puedan continuar para constatar y ratificar los datos obtenidos.

Tener presente que el entrevistado es un informante calificado, es un medio y esto lo debemos considerar, ya que va a ser una variable que va a incidir en la investigación.

Tienen que estar presentes los puntos de vista personales, la subjetividad y los afectos de manera de poder lograr desde su reconocimiento e integración un mayor nivel de objetivación.

Etapas dentro de un proceso de investigación:

- 1-Construcción de un problema u objeto de investigación.
- 2-Diseño metodológico.
- 3-Trabajo de campo: recolección, registro y almacenamiento de datos desde la aplicación de determinados instrumentos estandarizados.
- 4-Organización, análisis e interpretación de la información.
- 5-Comunicación de los hallazgos, conclusiones y generalizaciones.

Actualmente, el Equipo de Investigación se encuentra en las etapas II y III.

En el desarrollo de la presente investigación nos interesa constatar los aspectos cuantitativos específicamente registrados a través de un método de screening estandarizado con las adaptaciones correspondientes, pero también la integración de los aspectos cualitativos. Aspectos que desde lo clínico nos implican la necesidad de re-pensar el trabajo de administración previa desde marcos teórico-técnicos que implican el conocimiento de aspectos del desarrollo, la psicopatología y el psicoanálisis. De esta forma, junto al objetivo general que nos planteamos desde el desarrollo de esta investigación, también realizamos un nivel primario de intervención que permite formular orientaciones, señalamientos e indicaciones; las derivaciones necesarias que desde los informes y la entrevista de devolución así como la comunicación con otros técnicos si se requiere implican la posibilidad de realizar un trabajo de prevención e intervención primaria.

PUESTA A PUNTO DEL INSTRUMENTO DE SCREENING – CHAT

En esta etapa inicial, uno de los primeros objetivos del Programa “PREVENIR” fue poner a punto el instrumento en una población de 30 casos.

A – POBLACIÓN

La población estudiada fueron niños de 16 a 24 meses de edad.

Esta población fue extraída de Hogares Transitorios y Centros Infantiles. Dichas instituciones se encuentran ubicadas en los barrios Sur, Ciu-

dad Vieja y Prado de la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Si bien en la investigación inicial realizada en Inglaterra se incluyeron niños de 18 +/- 2 meses de edad, nuestro equipo decidió extender el margen superior de edad a los 24 meses.

Esto lo hicimos tomando como referencia la extensión que había realizado y validado el equipo que trabajó con el CHAT en Canadá.

Cuando nos insertamos en las distintas instituciones, surgió como una demanda la necesidad de que los niños comprendidos en la franja etárea de 20 a 24 meses también tuvieran algún tipo de evaluación.

Consideramos que era pertinente concretar entonces dicha extensión, sobre todo teniendo en cuenta las características de la población de dichos Hogares, la cual era de un nivel socio-económico y cultural muy carenciado. En estos Hogares los niños han vivido situaciones de maltrato, negligencia e incluso han llegado al lugar por quita judicial.

Paralelamente a estos sucesos, nuestro equipo estudió las pautas del desarrollo esperables de los niños hasta los 24 meses. Esto nos llevó a concluir que los ítems que indaga el screening conservan vigencia aún hasta dicha edad.

En otra investigación realizada con el CHAT en los Países Bajos, en el Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Centro Médico de la Universidad de Utrecht, por los Doctores Sophie H.N. Willemsen-Swmkels, Ph.D., Jan Buitelaar, Ph. D. y Hermán van Engeland, Ph. D., estos utilizaron una franja etárea de 8 a 20 meses de edad. Estos concluyeron que: “ la implicación clínica es que, en vez de invertir en una segunda administración del CHAT, verdaderamente cara, se podría obtener considerable provecho, si éste se administra por única vez pero a una edad mayor (durante o después de la edad de 19 meses).”

En nuestra muestra, se incluyeron además casos no institucionalizados, también del departamento de Montevideo, de un nivel socio-económico medio.

La intención es tener acceso a poblaciones con distintas características socio-económicas y culturales, lo que nos permitirá tener una muestra más representativa.

Aún tenemos algunos objetivos por cumplir con respecto a este tema. Uno de ellos es acceder a población de niveles socio-económico y cultural medio-alto y alto de Montevideo. Otro objetivo que aún no hemos concretado es extendernos al interior del país, lo que nos interesaría para también

contemplar de esta forma las características propias y diferenciales de esa población.

B - METODOLOGIA

Primer nivel

Los primeros casos fueron administrados por el propio equipo de investigación. Trabajamos en parejas, donde uno actuaba como observador y el otro efectuaba la toma del instrumento de screening. De igual forma trabajamos para la primera administración como para una segunda si era necesario.

Esta metodología del inicio, nos permitió el acercamiento y la puesta a punto del instrumento de screening, así como las adaptaciones realizadas

Segundo nivel

Para el resto de los casos, contamos con el invaluable apoyo de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República dentro del Área de Salud.

Estudiantes de Cuarto Ciclo administraron el CHAT, enmarcado en un acuerdo entre *Programa "PREVENIR"* y la Facultad de Psicología.

Estos, previa capacitación, también trabajaron en parejas, además de contar la mayor parte de las veces con la presencia de una integrante del *Programa "Prevenir"*, quien si era necesario intervenía para lograr un mejor desempeño en la aplicación del Instrumento.

En aquellos casos en que el CHAT dio índices de riesgo, mantuvimos una entrevista con la educadora del niño para informarnos en profundidad sobre el comportamiento habitual de éste en la institución.

A aquellos niños que indicaron índices de **alto y mediano riesgo**, se les aplicó una **segunda administración un mes más tarde**, también con la presencia de una de las integrantes del *Programa "PREVENIR"*. La intención fue minimizar los falsos positivos.

En todos los casos integrantes del equipo realizaron el **Informe y la Devolución** correspondientes, con las recomendaciones y/o derivaciones pertinentes. Siempre teniendo en cuenta los recursos con los que se contaba en cada caso.

C - EVALUACIÓN

La evaluación incluye dos niveles:

Nivel cualitativo : Contiene el Historial Clínico, las Fichas Médicas y/ ó Pedagógicas (en caso de existir), la Observación Directa y si era necesario Entrevista con el educador del niño.

Nivel cuantitativo : Consiste en la evaluación propiamente dicha del CHAT.

Ambos niveles nos permitieron tener una visión más integral de cada caso, a la vez que complejizó nuestro trabajo.

Dentro del *Nivel cuantitativo*, el CHAT identifica casos de **Alto Riesgo**, **Mediano riesgo y casos que no encuentra criterio** para ninguno de los dos grupos anteriores.

D - DATOS CUANTITATIVOS

· De los niños a los que se les administró el screening en esta muestra, se identificó que alcanzó el **umbral de Alto Riesgo 1 caso**. Éste fue sometido a una segunda administración del CHAT, en la cual mantuvo el resultado.

· De **Mediano Riesgo** se identificaron **2 casos**. En la segunda administración del CHAT, ambos mantuvieron el resultado.

· Que **no encuentran criterio ni para el grupo de Alto Riesgo ni para el de Mediano Riesgo**, se identificaron **6 casos**. En la segunda administración **4** mantuvieron el resultado y **2** no. De estos dos últimos, **1** dio por resultado en la segunda administración de **No riesgo**, y el otro de **Alto Riesgo**.

· Se identificaron de **No riesgo 21 casos**. Estos no recibieron una segunda administración.

· División por **sexo** del total de los niños a los que se les administró el CHAT:

* **10 niñas**

* **20 varones**

· Se identificó **de Alto Riesgo**

* **1 niña**

· Se identificaron **de Mediano Riesgo**

* **2 varones**

- Casos que **no llegan al criterio ni de Alto Riesgo ni de Mediano Riesgo**
 - * **3 niñas**
 - * **3 varones**

- Se identificaron del grupo de **No Riesgo**
 - * **6 niñas**
 - * **15 varones**

E - MEDIDAS ADOPTADAS PARA MINIMIZAR LOS FALSOS POSITIVOS

· Para realizar la entrevista con el padre o educador para el Historial Clínico y la Sección A del CHAT (Cuestionario a los Padres), se prefirió -dentro de lo posible- que el niño no estuviera presente.

· Si indefectiblemente el niño debía estar presente durante toda la entrevista, se trabajó primero la Sección B del CHAT (Observación al niño), y luego el resto de la toma.

· Se trató de coordinar con las instituciones o padres efectuar la administración al niño cuando éste se encuentre en condiciones generales adecuadas. Es importante que se encuentre: cómodo, bien alimentado, higienizado, que no esté con sueño, y -sobre todo- que se encuentre en buenas condiciones de salud como para recibir la administración y dar sus mayores capacidades.

· A los niños que tenían 1 o 2 fallos en los ítems del CHAT – Sección B, que no entraban en los criterios ya mencionados, igualmente se les realizaba una segunda administración del Instrumento al mes. Esto lo hicimos, más que nada, para asegurarnos de que fuera un caso sin índices de riesgo importante, como un aporte al nivel cuantitativo y por cuestiones relativas a la ética profesional.

· Resultó sumamente imprescindible tomarse tiempo para establecer un vínculo con el niño. Establecer un nivel de empatía que genere confianza en éste, permitiendo generar un juego que esté dirigido a evaluar los ítems del CHAT. Fue necesario adaptarse a cada niño y respetar sus tiempos.

Si bien a esta edad el niño es menos tímido en presencia de extraños que en meses anteriores, aún conserva cierta retracción, por lo que durante la administración éste siempre debió estar acompañado por el padre / madre o educador, dependiendo del caso.

CONCLUSIONES

* Consideramos como positiva la evaluación de la adaptación realizada, ya que nos permitió tener esta muestra de casos que, aunque pequeña hasta el momento, pertenece a niños uruguayos. Ello significa información de nuestra población y nuestra sociedad. Por ello, podría servir en un futuro próximo como material de consulta sobre nuestro medio.

* En gran medida se habrían logrado satisfacer las necesidades de algunas instituciones de nuestro medio, las que no cuentan con atención psicológica específica en estos temas, sobre todo con niños de la primera infancia.

* En cuanto a las dificultades, encontramos una gran carencia en el sistema sanitario público de nuestro país en lo relativo a una pronta atención asistencial a las derivaciones.

* Finalmente consideramos positiva ésta adaptación y la investigación emprendida, ya que se trata de un trabajo de **Prevención**, tan necesario en nuestro sistema de salud.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar la adaptación a Uruguay del instrumento de screening Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) Inglaterra 1996, y su correspondiente aplicación en una muestra poblacional de 30 niños de 16 a 24 meses de edad en Centros Infantiles de Montevideo.

Este instrumento detecta precozmente Autismos y Trastornos Generalizados del Desarrollo (PDDs).

El Autismo generalmente en nuestro país no es detectado antes de los 4 ó 5 años de edad. Si bien el CHAT no es una técnica diagnóstica, es útil en la detección de situaciones potenciales del espectro de desórdenes autísticos para un posterior proceso diagnóstico completo.

Palabras Claves – Key Words:

Investigación; Chat; Screening; Adaptación; Autismo..

BIBLIOGRAFIA

- BAIRD G, CHARMAN T, BARON-COHEN S, COX A, SWETTENHAM J, WHEELWRIGHT S, DREW A. (2000), A Screening Instrument at 18 Months of Age: A 6-Year Follow-up Study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:694 – 702, May 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM – IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- MOSBY'S MEDICAL, NURSING, AND ALLIED HEALTH DICTIONARY; 2000, ed. Harcourt España, S.A.
- SCREENING AND SURVEILLANCE FOR AUTISM AND PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS; December 6, 2000, in press, *Archives of Disease in Childhood*.
- VOLKMAR F.R. COHEN D.J.; (1994), *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders*, en *Child and Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 3 N° 1, January, 1994.