

**PERFIL DE INTERACCIÓN SOCIAL, COMUNICACIÓN Y DE CONDUCTA DE UN GRUPO DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

PROFILE OF SOCIAL INTERACTION, COMMUNICATION AND CONDUCT OF A GROUP OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS: AN EXPLORATORY STUDY

Alejandro S. Dioses Chocano\*

José D. Salas Gil\*\*

Claudia K. Guevara Cordero\*\*\*

**Recibido:** 01 de abril de 2014      **Aceptado:** 20 de abril de 2014**Resumen**

Se evaluaron 26 niños con diagnóstico clínico de Trastorno de Espectro Autista que asistían a instituciones educativas especializadas de Lima Metropolitana, utilizándose la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo – Revisada (ADI-R) y la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS). Los objetivos fueron verificar el diagnóstico clínico de TEA y el nivel de correlación de los resultados entre ambos instrumentos. Se encontró que ambos instrumentos, en forma independiente, confirmaron el diagnóstico clínico de TEA en los niños de la muestra, permitiendo inferir que cualquiera de las dos herramientas es adecuada para este fin, siendo la correlación de los resultados entre ambas, significativa, aunque con una fuerza no tan alta.

**Palabras clave:** espectro autista; comunicación; interacción social; conducta.

**Abstract**

It were assessed 26 children with clinical diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD), who were attending specialized educational institutions in Lima Metropolitana, using the Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) and the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). The goal was to verify the clinical diagnosis of ASD and the correlation level between both instruments. It was found that both instruments confirmed the clinical diagnosis of ASD in the children of the sample, which let us infer that any of these instruments is appropriate for this purpose, being the correlation between both, significant, although the strenght was not very high.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; communication; social interaction; behavior.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) han sido definidos de diversas maneras (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Wing, 1998; Kanner, 1943; citados por Baron-Cohen 2010), hasta llegar al planteamiento actual, el mismo que lo visualiza como un trastorno del neurodesarrollo que agrupa diversos cuadros (Valdez, 2011; Alonso, 2004; Valdez 2001) que se caracterizan por un sostenido déficit en los aspectos de comunicación e interacción social en múltiples situaciones, que no son factibles de explicarse únicamente por un retraso en el desarrollo; como también por comportamientos repetitivos e intereses restringidos, los que suelen estar presentes desde la primera infancia, aunque su claro reconocimiento, muchas veces no se logre totalmente hasta que las demandas sociales sean lo suficientemente exigentes y la persona no pueda responder a las

---

\* Magister en Psicología educativa – UNMSM. Director general de EOS Perú. alediosescho@hotmail.com

\*\* Bachiller en Psicología – UNMSM. Miembro del equipo psicológico de EOS Perú.

\*\*\* Magister en Psicología Clínica – UNMSM. Especialista de EOS Perú.

mismas debido a su limitada capacidad en las áreas anteriormente mencionadas, afectando negativamente su funcionamiento cotidiano (American Psychiatric Association 2013, traducido por Palomo, S.f.).

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V correspondientes a la categoría Trastorno del Espectro Autista establecen que la persona debe presentar déficits persistentes en comunicación social e interacción social (incluyen déficits en reciprocidad socio-emocional; déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones), patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses (incluyen movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos; insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado; intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco, Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno) en todos los casos el nivel de severidad puede variar desde requerir un apoyo simple hasta muy sustancial. De igual manera los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano, causando alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual y no explicarse mejor por la presencia de una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo (American Psychiatric Association 2013, traducido por Palomo, S.f.).

Esta visión actual coincide con los planteamientos que señalaban que los TEA deberían visualizarse como un concepto dimensional, que involucraba un continuo de trastornos del neurodesarrollo (Rutter, Le Couter y Lord, 2011).

En la actualidad existen al menos cinco planteamientos teóricos neurocognitivos que intentan explicar la sintomatología de estas personas: ceguera mental (Baron-Cohen 2010); disfunción ejecutiva (Calderón, Congote, Richard, Sierra y Vélez, 2012); empatía-sistematización (Baron-Cohen 2002, 2010); cerebro masculino-extremo (Baron-Cohen 2002); coherencia central débil (Frith 1989, citado en Frith y Happé, 1994).

Por otro lado el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en el año 2011, informaron que en el año 2009, Baron-Cohen (Inglaterra) había reportado una prevalencia de 15.7%, mientras que en el 2011, Kim (Corea del Sur) indicaba una prevalencia de 26.4%. Las manifestaciones clínicas reportadas, varían según la etapa evolutiva; mientras que la adaptabilidad y pronóstico, dependerán del desarrollo intelectual y la rehabilitación psicosocial temprana (Irrarrázaval, Brokering y Murillo, 2005).

En el Perú, el Consejo Nacional de Discapacitados (CONADIS) indica que al año 2013, existían registradas 963 personas con TEA, de las cuales 754 eran varones y 758 residían en Lima ([http://conadisperu.gob.pe/images/pdf/registro\\_autismo.pdf](http://conadisperu.gob.pe/images/pdf/registro_autismo.pdf)); sin embargo, se estima que la población real con autismo es mucho mayor que la registrada, si se tiene en cuenta que estudios de prevalencia, como los efectuados en los EE.UU, indican que la misma es de 1/110; otros datos como los de la CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) señalan que la prevalencia de autismo en USA se sitúa alrededor de 1/80 a 1/225 en función de una zonas y otras de ese país (<http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/data.html>).

Como se mencionó anteriormente, en el momento actual el DSM-V agrupa la sintomatología de los niños con TEA sólo en dos grandes categorías: deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; y de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (American Psychiatric Association 2013, traducido por Palomo, S.f.).

En lo que respecta a la comunicación social, Monfort y Monfort (2011); Valdez (2009); Puyuelo y Rondal (2003) sostienen que aproximadamente la mitad de las personas con autismo, no logran desarrollar un lenguaje oral y los que lo logren presentarán serias limitaciones (Puyuelo y Rondal, 2003).

En el componente léxico-semántico, Landa (2007, citado por Berko y Bernstein, 2010) indica que aproximadamente el 20 % de los niños con autismo no alcanza un vocabulario de más de cinco palabras, mientras que Puyuelo y Rondal (2003) agregan que los niños con TEA, desarrollan este componente en forma limitada; Tordera (2007) agrega que presentan dificultades con las palabras polisémicas y homonímicas, siendo aquí donde las dificultades semánticas se relacionan intrínsecamente con las dificultades pragmáticas.

La pragmática es el componente en el que los niños con TEA presentan más dificultades (Monfort y Monfort, 2011; Valdez y Ruggieri, 2011; Berko y Bernstein, 2010), impresionando como personas que no tienen intención ni necesidad de comunicarse con los demás (Tordera, 2007; Puyuelo y Rondal, 2003), lo que evidencia una restringida gama de actos del habla, limitándose generalmente a una interacción "pregunta-respuesta" (Tordera, 2007).

Los componentes fonético-fonológico y morfo-sintáctico aparentemente no muestran dificultades significativas (Valdez y Ruggieri, 2011), salvo un retraso en su adquisición y un uso muy limitado de sus estructuras (Puyuelo y Rondal, 2003; Berko y Bernstein, 2010), y dificultades para el uso de ciertos morfemas (Tordera, 2007).

En cuanto a la interacción social, Wing (1996) señala que existirían diferentes estilos de interacción social en los niños y niñas con TEA: los *Reservados*, que evidencian poca interacción social, incluso la evitan asociando frecuentemente, significativos problemas en la comunicación y problemas de conducta; los *pasivos* en la relación interpersonal que por sí mismos, no inician una interacción con otras personas ni la continúan por un periodo prolongado; y los que mantienen interacción social *activa* pero *extraña* o fuera de lo común, como mantener conversaciones exclusivamente sobre temas de su interés.

En lo concerniente al comportamiento, presentan patrones motores atípicos (estereotipias, manierismo, aleteos); y patrones de pensamiento caracterizados por compulsiones, adherencia a rituales y rutinas, resistencia al cambio e intereses circunscritos. También pueden presentar reacciones anómalas ante determinados estímulos sensoriales (Wing, 1996).

En lo que respecta a la evaluación, no sólo de TEA sino de cualquier tipo de problemática, Miller (1986, citado por Acosta, 1996) sostiene que es necesario que se respondan algunas interrogantes previamente: ¿para qué voy a evaluar? (implica establecer de manera precisa los objetivos que se persiguen con la realización de la evaluación) ¿qué voy a evaluar? (implica la determinación de los contenidos que serán evaluados) ¿cómo voy a evaluar? (determinación de los diferentes exámenes, técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizarse). Estas preguntas deben ser organizadas en una matriz al interior de un Plan de Evaluación (Dioses y Salas, 2013), el mismo que deberá incluir, además, los objetivos, las hipótesis diagnósticas, las áreas a ser evaluadas y el respectivo cronograma.

En cuanto a las áreas de evaluación, Valdez y Ruggieri (2011) recomiendan las siguientes evaluaciones: neuropediátrica; neuropsicológica; comunicación y lenguaje; integración sensorial; otorrinolaringológica; audiológica; motricidad orofacial; psicomotricidad; aprendizaje/adaptación escolar.

Para la ejecución de la evaluación es importante considerar entre otras técnicas e instrumentos: Anamnesis, observación directa, entrevista. También administrar instrumentos como la Escala de Valoración del Autismo Infantil (CARS); la Escala Guillian para el Trastorno de Asperger (GADS); las listas para la verificación del Autismo CHAT, M-CHAT y Q-CHAT (Dioses y Salas, 2013).

Durante la primera década del 2000 han surgido dos instrumentos importantes para el diagnóstico del Espectro Autista: la Entrevista Diagnóstica para el Autismo Revisada (ADI-R) y la Escala de Observación Diagnóstica para el Autismo (ADOS), ambas son importantes; sin embargo, su administración demanda un tiempo prolongado y numerosos materiales, por lo que el presente estudio se orientó a verificar si los resultados de una sola de ellas, podía ser suficiente dentro del proceso diagnóstico de una persona con sospecha de TEA, lo que indudablemente reduciría de manera significativamente el tiempo del proceso, por ello se plantearon como interrogantes de investigación: ¿Es factible confirmar el diagnóstico clínico de TEA en la muestra examinada, mediante la administración del ADI-R y del ADOS?; ¿Existirá relación entre las puntuaciones directas obtenidas en las categorías "Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca" del ADI-R e "Interacción social recíproca" del ADOS?; ¿Existirá relación entre las puntuaciones directas obtenidas en las categorías "Alteraciones cualitativas de la comunicación" del ADI-R y los resultados obtenidos en la categoría "comunicación y lenguaje" del ADOS?

Estas interrogantes demandaron que se planteen como objetivos de estudio: Confirmar el diagnóstico clínico de TEA de los niños de la muestra con el ADI-R y el ADOS; Establecer si existe correlación entre las puntuaciones directas obtenidas en las categorías "Alteraciones cualitativas de la comunicación" del ADI-R y los resultados obtenidos en la categoría "comunicación y lenguaje" del ADOS; Determinar si existe correlación entre las puntuaciones directas obtenidas en las categorías "Alteraciones cualitativas de la comunicación" del ADI-R y los resultados obtenidos en la categoría "comunicación y lenguaje" del ADOS.

Las hipótesis planteadas fueron:

$H_1$ : Existe correlación entre los resultados obtenidos en la categoría "Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca" del ADI-R y la categoría "Interacción social" del ADOS, en niños con diagnóstico clínico de TEA de la muestra.

H<sub>2</sub>: Existe correlación entre los resultados obtenidos en la categoría “Alteraciones cualitativas de la comunicación” del ADI-R y la categoría “Comunicación y lenguaje” del ADOS, en niños con diagnóstico clínico de TEA de la muestra.

## Método

### Alcance

La investigación tuvo un alcance descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista 2010), y estuvo orientada a la realización de un análisis de las características de interacción social, comunicación y conducta de niños con Trastornos del Espectro Autista.

### Diseño

El diseño utilizado fue el no experimental, transeccional y correlacional (Hernández, et al. 2010), dado que no se manipuló variable alguna y la recolección de la información con respecto a las variables de estudio se efectuó en un periodo de tiempo determinado.

### Variables

Variable de estudio 1: Interacción social

Variable de estudio 2: Comunicación

Variable de estudio 3: Conducta

Variables de Control: Edad; trastornos clínicos asociados.

### Sujetos

Veintiséis (26) niños (varones y mujeres) distribuidos tal como se indica en la tabla 1

**Tabla 1.**  
**Distribución de muestra por edad y sexo.**

Edad	TEA		Total
	Varones	Mujeres	
5.0 – 6.11	7	1	8
7.0 – 8.11	6	1	7
9.0 – 10.11	9	0	9
11.0 – 12.11	1	1	2
Subtotal	23	3	26

### Técnica.

Muestreo no probabilístico intencional (Kerlinger, 1991), con criterios de inclusión- exclusión.

### Características de la muestra (criterios de inclusión-exclusión)

Niños con diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista; edad: entre 05 años y 10 años, 11 meses; Sexo: Masculino y femenino; asistentes a tres instituciones educativas especializadas situadas en los distritos de Ate, San Martín de Porras y Surco; Nivel socioeconómico: B, C y D; Lugar de residencia en los últimos 03 años: Lima Metropolitana y Callao.

## Procedimiento

- Se seleccionó las instituciones educativas donde estudiaban niños con diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Se coordinó con las autoridades de las instituciones educativas seleccionadas.
- Se seleccionó los niños con diagnóstico clínico de Trastorno del Espectro Autista que cumplían con los criterios de inclusión-exclusión establecidos.
- Los padres y/o apoderados firmaron el asentimiento informado para que el niño sea incluido en el proceso de investigación.
- Se efectuó la capacitación del equipo de campo encargado de la administración de los instrumentos de evaluación.
- Se evaluó a los alumnos seleccionados entre mayo y setiembre de 2012.
- Se efectuó el procesamiento y análisis de la información recolectada.
- Se redactó el informe de investigación.

## Instrumentos de evaluación

### *Instrumento 1*

Nombre	:	ADI-R. Entrevista para el diagnóstico de autismo – revisada.
Nombre original:	:	Autism diagnostic interview- revised. ADI-R.
Autores	:	Michael Rutter, Ann Le Couteur, Catherine Lord.
Procedencia	:	WPS (Western Psychological Services), Los Ángeles, Estados Unidos, 2003.
Adaptación española	:	Valeria Nanclares- Nogué, Agustín Cordero Pando Y pablo Santa- maría Fernández, 2006.
Aplicación	:	Individual.
Ámbito de aplicación	:	Cualquiera, siempre que la edad mental del sujeto evaluado sea mayor de dos años.
Duración	:	Entre hora y media y dos horas y media (incluyendo tanto la aplicación como la corrección).
Finalidad	:	Completa y profunda evaluación de aquellos sujetos en los que se sospeche la existencia de un trastorno autista o del espectro autista. Esta entrevista ha probado ser extremadamente útil tanto para el diagnóstico formal como para la planificación del tratamiento y de la atención educativa.
Baremación	:	Estudios disponibles con diversas muestras clínicas en estados unidos que establecen puntos de corte para la práctica clínica.
Material	:	Manual, protocolo de la entrevista, algoritmos diagnósticos y de la conducta actual

El ADI-R es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de sujetos con sospechas de autismo o algún trastorno del espectro autista. Ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico y en el diseño de planes educativos y de tratamiento. El entrevistador explora tres grandes áreas (Lenguaje/comunicación, Interacción social recíproca y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada) que fueron señaladas con importancia diagnóstica en la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) a través de 93 preguntas que se le hacen al progenitor o cuidador. La información recogida se codifica y se traslada a unos algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual (Rutter, Le Couteur y Lord, 2011).

Entrevista para el diagnóstico de autismo – Revisada (ADI-R) de Rutter, et al. (2006). Presenta fiabilidad interjueces, con valores Kappa mayores a 0.70 en los tres dominios; fiabilidad test-retest, con valores Kappa en interacción social recíproca (0.82), comunicación/lenguaje (0.77), conductas restringidas y estereotipadas



(0.74). Tiene validez discriminativa (Lord, 1994, citado por Rutter, Le Couteur y Lord, 2011) obtenidos mediante ANOVA para los algoritmos diagnósticos general, de alteraciones de la interacción social recíproca (243,38), alteraciones de la comunicación (sujetos verbales: 69,60; sujetos no verbales: 28,91) y patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados (37,56).

### **Instrumento 2.**

Nombre	:	ADOS. Escala de observación para el diagnóstico del autismo.
Nombre original:	:	ADOS. Autism Diagnostic Observation Shedule.
Autores	:	Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela. C. Dilavore y Susan Risi.
Procedencia	:	WPS (Western Psychological Services), Los Ángeles, Estados Unidos, 2002
Adaptación española	:	Valeria Nanclares- Nogués y Pablo Santamaría Fernández, 2008.
Aplicación	:	Individual.
Ámbito de aplicación	:	Cualquiera, siempre que la edad mental del sujeto evaluado sea mayor de dos años.
Duración	:	Entre 30 y 45 minutos.
Finalidad	:	Permite una evaluación y diagnóstico preciso del autismo y los trastornos generalizados del desarrollo en sujetos de distintas edades y niveles de desarrollo y del lenguaje.
Baremación	:	Estudios disponibles con diversas muestras clínicas en Estados Unidos que establecen puntos de corte para la práctica clínica.
Material	:	El material básico de la prueba está formado por un manual y protocolos de observación de los distintos módulos (uno por módulo). Además, para la realización de las diferentes actividades de cada protocolo se incluye una extensa cantidad de materiales. Para una descripción precisa de los materiales necesarios en cada módulo, consulte el capítulo de normas generales y de aplicación y codificación.

El ADOS es un completo sistema estandarizado de observación de la conducta de sujetos con sospecha de trastornos de espectro autista. Las actividades estructuradas de la prueba y los materiales proporcionados ofrecen contextos estandarizados en los que se observan las interacciones sociales, la comunicación y otras conductas relevantes para este diagnóstico. Estructurado en cuatro módulos, cada sujeto es evaluado sólo con el módulo adecuado a su edad y nivel de comunicación verbal. El ADOS se puede aplicar a sujetos de muy diferentes edades (desde niños a adultos), niveles de desarrollo y comunicación verbal (desde aquellos sin habla a aquellos con un habla fluida). El diagnóstico se efectúa a partir de la obtención de puntuaciones que son contrastadas en tablas estandarizadas (Lord, Rutter, Di Lavore y Risi, 2009).

Escala de Observación para el diagnóstico del autismo (ADOS) (Lord, et al. 2009). Presenta fiabilidad interjueces para los ítems individuales, la cual fue sustancial en los distintos módulos; y en el análisis test-retest se obtuvo puntuaciones de 0,78 (interacción social); 0,73 (comunicación); 0,82 (comunicación-interacción social), y 0,59 (comportamientos estereotipados e intereses restringidos). En el análisis de validez los coeficientes alfa de cronbach indicaron buena coincidencia en todos los dominios.

## **Resultados**

Los resultados se presentan mediante tablas, correspondiendo las primeras a la parte descriptiva y la segunda a la inferencial.

### **Estadística descriptiva**

A continuación se presentan las puntuaciones directas alcanzadas en las pruebas Entrevista Diagnostica para el Autismo Revisada (ADI-R) y la Escala de Observación diagnostica para el Autismo (ADOS) por los niños examinados.

### Entrevista Diagnóstica para el Autismo- Revisada (ADI-R)

A continuación se presentan los puntajes directos alcanzados por los niños con TEA estudiados en las áreas de alteraciones cualitativas de interacción social recíproca (tabla 2), alteraciones cualitativas de la comunicación (tabla 3) y patrones de conducta repetitivos (tabla 4). Cabe mencionar que mientras más alto es el puntaje, mayor es la alteración en el aspecto explorado; sin embargo, tal como se señala en el pie de cada tabla, las puntuaciones máximas varían en los diferentes aspectos.

En la tabla 2 se observa que de los 26 niños con diagnóstico clínico de Autismo evaluados, el 84.6 % superó la media de puntaje en cuanto a *Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social*; el 73 % estuvo por encima del punto medio en el área de *Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales*; el 92.3 % lo hizo en el ámbito de *Incapacidad para el goce o placer compartido*; y el 57.7 %, en la esfera de *Falta de reciprocidad socio-emocional*.

**Tabla 2.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en el área de Alteraciones cualitativas de interacción social recíproca del ADI-R.

Alteraciones cualitativas de interacción social recíproca									
Puntuación directa	Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social *		Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales **		Incapacidad para el goce o placer compartido ***		Falta de reciprocidad socio-emocional ****		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	
1	2	7,7	0	0,0	1	3,8	0	0,0	
2	2	7,7	3	11,5	0	0,0	3	11,5	
3	0	0,0	3	11,5	1	3,8	2	7,7	
4	7	26,9	1	3,8	4	15,4	0	0,0	
5	4	15,4	1	3,8	4	15,4	5	19,2	
6	11	42,3	4	15,4	16	61,5	6	23,1	
7	0	0	2	7,7	0	0,0	4	15,4	
8	0	0	12	46,1	0	0,0	1	3,8	
9	0	0	0	0	0	0,0	2	7,7	
10	0	0	0	0	0	0,0	2	7,7	
11	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0	
Total	26	100	26	100	26	100	26	100	

Nota: puntajes máximos a obtener por sub-área: \*6; \*\*8; \*\*\*6; \*\*\*\*10

En la tabla 3, *Alteraciones cualitativas de la comunicación*, se observa que el aspecto más afectado, con un 73.1 % de sujetos que supera la media de problemas, corresponde al *Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica*. La tabla también muestra, en lo concerniente a la *Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos*, que el 61.5 % de sujetos con diagnóstico clínico de situó por encima del punto medio.

Por el contrario, los porcentajes que superaron la media de puntuaciones en los ámbitos de *Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado* (42.3 %) y en *Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional* (34.6 %), fueron menores.

**Tabla 3.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en el área de Alteraciones cualitativas de la comunicación del ADI-R.

		Alteraciones cualitativas de la comunicación							
		Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos		Nivel de incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional		Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica		Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado	
	Nivel	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de alteración	0	1	3,8	5	19,2	5	19,2	1	3,8
	1	1	3,8	0	0,0	2	7,7	2	7,7
	2	0	0,0	2	7,7	10	38,5	1	3,8
	3	4	15,4	10	38,5	3	11,5	10	38,5
	4	4	15,4	9	34,6	6	23,1	1	3,8
	5	1	3,8	0	0,0	0	0,0	4	15,4
	6	3	11,5	0	0,0	0	0,0	7	26,9
	7	6	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8	6	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	26	100	26	100	26	100	26	100

Nota: puntajes máximos a obtener por sub-área: \*8; \*\*6; \*\*\*4; \*\*\*\*8

La tabla 4 muestra que el 57.7 % de los sujetos con diagnóstico clínico de Autismo examinados, superó la puntuación media, tanto en el área de *Manierismos motores estereotipados y repetitivos*, como en la de *Preocupaciones con partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales*. Por el contrario, sólo superaron en punto medio en el área de *Preocupación absorbente o patrón de intereses circunscrito* el 11,5 % y el 7.7 % en el área de *Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas o rituales no funcionales*.

**Tabla 4.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en el área de Patrones de conductas restringidos, repetitivos y estereotipados del ADI-R.

		Patrones de conductas restringidos, repetitivos y estereotipados							
		Preocupación absorbente o patrón de intereses circunscrito		Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas o rituales no funcionales		Manierismos motores estereotipados y repetitivos		Preocupaciones con partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales	
	Nivel	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de alteración	0	9	34,6	7	26,9	3	11,5	4	15,4
	1	8	30,8	7	26,9	8	30,8	7	26,9
	2	6	23,1	10	38,5	15	57,7	15	57,7
	3	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0
	4	3	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	26	100	26	100	26	100	26	100

Nota: puntajes máximos a obtener por sub-área: 4\*; 4\*\*, 2\*\*\*, 2\*\*\*\*



En lo que respecta a los puntos de corte para el diagnóstico de Autismo, la tabla 5, muestra que todos los niños superaron el punto de corte para el diagnóstico de Autismo en las áreas de “alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” y “alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes”; mientras que, 24 superaron el punto de corte establecido en el área de “alteraciones cualitativas de la comunicación” y 23 en el área de “patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados”.

**Tabla 5.** Puntos de corte para el diagnóstico ADI-R de Autismo por cada área.

Dimensiones		Punto de corte para Autismo		Total
		No supera el punto de corte	Supera el punto de corte	
Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca	Sujetos	00	26	26
	%	00	100	100
Alteraciones cualitativas de la comunicación.	Sujetos	2	24	26
	%	7.7	92.3	100
Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados.	Sujetos	3	23	26
	%	11.6	88.4	100
Alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes.	Sujetos	00	26	26
	%	00	100	100

### Escala de Observación diagnóstica para el Autismo (ADOS)

Se presentan los puntajes directos alcanzados por los niños con TEA en las áreas de “comunicación” (tabla), “interacción social recíproca” (tabla), “juego, imaginación y creatividad” (tabla), “Comportamientos estereotipados e intereses restringidos” (tabla); como también de “comunicación + interacción social recíproca” (tabla) por módulo. Cabe destacar que mientras más alto es el puntaje, mayor es la alteración en el aspecto explorado; aunque debe tenerse en cuenta, como se señala en el pie de cada tabla, que las puntuaciones máximas varían en cada aspecto.

Tal como se aprecia, todos los sujetos presentan algún nivel de alteración en cada una de las áreas exploradas; sin embargo, dicho nivel de dificultad es muy variado.

#### Comunicación

La tabla 6, correspondiente al área de Comunicación, muestra que 66.7 % de niños con diagnóstico clínico de TEA que fueron examinados en el módulo 2, superó la puntuación media en esta área, mientras que el 55.5 % lo hizo en el módulo 1. Ninguno de los sujetos examinados con el módulo 3 sobrepasó el punto medio.

**Tabla 6.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en los módulos 1, 2 y 3 correspondientes al área de comunicación del ADOS.

	Comunicación					
	Módulo 1 *		Módulo 2 **		Módulo 3 ***	
	N	%	N	%	N	%
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	1	11,1	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	2	22,2	1	6,7	2	100,0
4	1	11,1	4	26,7	0	0,0
5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6	2	22,2	0	0,0	0	0,0
7	1	11,1	3	20,0	0	0,0
8	2	22,2	3	20,0	0	0,0
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	0	0,0	4	26,7	0	0,0
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	9	100	15	100	2	100

Nota: \*Puntuación máxima 10; punto de corte Autismo (4) y TEA (2); \*\*Puntuación máxima 10; punto de corte Autismo (5) y TEA (3); \*\*\*Puntuación máxima 8; punto de corte Autismo (3) y TEA (2).

En la tabla 7 se aprecia que en el ámbito de Interacción social, el 77.7 % de los niños con diagnóstico clínico de TEA evaluados con el módulo 1, superó el puntaje medio y el 66.7 % de los niños evaluados lo hizo en el módulo 2; por el contrario, ninguno de los niños evaluados en el módulo 3, supero la media.

**Tabla 7.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en los tres módulos correspondientes al área de interacción social comunicación del ADOS.

	Interacción social						
	Nivel	Módulo 1 *		Módulo 2		Módulo 3	
		N	%	N	%	N	%
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
1	0	0,0	1	6,7	0	0,0	
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
4	1	11,1	0	0,0	0	0,0	
5	0	0,0	0	0,0	2	100	
6	1	11,1	4	26,7	0	0,0	
7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
8	0	0,0	1	6,7	0	0,0	
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
10	1	11,1	0	0,0	0	0,0	
11	1	11,1	2	13,3	0	0,0	
12	2	22,2	3	20,0	0	0,0	
13	2	22,2	4	26,7	0	0,0	
14	1	11,1	0	0,0	0	0,0	
Total	9	100	15	100	2	100	

Nota: \*Puntuación máxima 14; punto de corte Autismo (7) y TEA (4); \*\* Puntuación máxima 14; punto de corte Autismo (6) y TEA (4); \*\*\* Puntuación máxima 14; punto de corte Autismo (6) y TEA (4).

La tabla 8, correspondiente a Juego, imaginación y creatividad, muestra que el 93.3 % de los niños evaluados con el módulo 2, obtuvo una puntuación mayor a la media. En cuanto al módulo 1, el 66.7 % del grupo de niños examinados supero el puntaje medio. Ninguno de los dos examinados obtuvo puntajes mayores a la media en el módulo 3.

**Tabla 8.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en los tres módulos correspondientes al área de Juego, imaginación y creatividad del ADOS.

Juego, imaginación y creatividad							
		Juego		Imaginación y creatividad			
		Módulo 1		Módulo 2		Módulo 3	
	Nivel	N	%	N	%	N	%
Nivel de alteración	0	0	0,0	0	0,0	2	100
	1	2	22,2	1	6,7	0	0,0
	2	1	11,1	14	93,3	0	0,0
	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	4	4	66,7	0	0,0	0	0,0
	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	9	100	15	100,0	2	100

Nota: puntuación máxima a obtener en cada módulo 4\*, 2\*\*, 2\*\*\*

De manera semejante a los casos anteriores, en el ámbito de comportamientos estereotipados e intereses restringidos (Tabla 9), se observa que en módulo 1, el 33. 3 % de los niños examinados obtuvo una puntuación por encima del puntaje medio; mientras que en el módulo 2, solo superó este nivel el 26.7 %. Ningún niño examinado con el módulo 3 alcanzó el puntaje medio.

**Tabla 9.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en los tres módulos correspondientes al área de Comportamientos estereotipados e intereses restringidos del ADOS.

		Comportamientos estereotipados e intereses restringidos					
		Módulo 1		Módulo 2		Módulo 3	
Nivel		N	%	N	%	N	%
0		5	55,6	7	46,7	2	100
1		0	0,0	3	20,0	0	0,0
2		0	0,0	1	6,7	0	0,0
3		1	11,1	0	0,0	0	0,0
4		1	11,1	0	0,0	0	0,0
5		2	22,2	4	26,7	0	0,0
6		0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nivel de alteración	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	9	100	15	100,0	2	100

Nota: puntuación máxima por módulo 6\*, 6\*\*, 8\*\*\*

En el área de Comunicación e interacción social (tabla 10), se observa que en el módulo 1, el 77.7 % de los niños con diagnóstico clínico de TEA, superó el puntaje medio establecido por el ADOS, mientras que en el módulo 2, lo hizo el 66.7 %. Ninguno de los niños examinados en el módulo 3 logró superar la puntuación media establecida por dicho instrumento.

**Tabla 10.** Puntuación directa alcanzada por los niños con TEA en los tres módulos correspondientes al área de Comunicación e interacción social del ADOS.

		Comunicación e interacción social					
		Módulo 1*		Módulo 2**		Módulo 3***	
Nivel		N	%	N	%	N	%
Puntaje directo	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	4	0	0,0	1	6,7	0	0,0
	5	1	11,1	0	0,0	0	0,0
	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	7	0	0,0	0	0,0	2	100
	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	9	1	11,1	0	0,0	0	0,0
	10	0	0,0	4	26,7	0	0,0
	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	13	1	11,1	0	0,0	0	0,0
	14	1	11,1	0	0,0	0	0,0
	15	0	0,0	1	6,7	0	0,0
	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	17	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	18	1	11,1	1	6,7	0	0,0
	19	1	11,1	1	6,7	0	0,0
	20	2	22,2	2	13,3	0	0,0
	21	0	0,0	1	6,7	0	0,0
	22	1	11,1	2	13,3	0	0,0
	23	0	0,0	2	13,3	0	0,0
Total		9	100	15	100	2	100

Nota: \* Puntuación máxima 24; punto de corte Autismo (12) y TEA (7); \*\* Puntuación máxima 24; punto de corte Autismo (12) y TEA (8); \*\*\* Puntuación máxima 22; punto de corte Autismo (10) y TEA (7).

En la tabla 11, se aprecia que en la dimensión *comunicación*, 25 niños, de los 26 evaluados, superaron el punto de corte para TEA y de ellos, 16 alcanzaron la puntuación para diagnóstico de Autismo. En el caso de la dimensión *Interacción social*, 25 niños sobrepasaron el punto de corte de TEA y de estos, 20 lo hicieron para diagnóstico de Autismo. En cuanto a la dimensión Comunicación e interacción social, 24 niños superaron el punto de corte para TEA y de estos, 17 lo hicieron para diagnóstico de Autismo.



**Tabla 11.** Distribución de la muestra según puntos de corte para TEA y para Autismo.

Dimensiones		Punto de corte para TEA						Punto de corte para Autismo					
		No supera el punto de corte para TEA		Supera el punto de corte para TEA		Total de sujetos de la muestra		No supera el punto de corte para Autismo		Supera el punto de corte para Autismo		Total de sujetos con TEA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comunicación (C)	Módulo 1	1	11.11	8	88.88	9	100	2	25	6	75	8	100
	Módulo 2	0	0	15	100	15	100	5	33.33	10	66.67	15	100
	Módulo 3	0	0	2	100	2	100	2	100	0	0	2	100
	Total	1	3.85	25	96.15	26	100	9	36	16	64	25	100
Interacción social recíproca (ISR)	Módulo 1	0	0	9	100	9	100	3	33.33	6	66.67	9	100
	Módulo 2	1	6.66	14	93.34	15	100	0	0	14	100	14	100
	Módulo 3	0	0	2	100	2	100	2	100	0	0	2	100
	Total	1	3.85	25	96.15	26	100	5	20	20	80	25	100
Total C+ISR	Módulo 1	1	11.11	8	88.89	9	100	1	12.5	7	87.5	8	100
	Módulo 2	1	6.66	14	93.34	15	100	4	28.57	10	71.43	14	100
	Módulo 3	0	0	2	100	2	100	2	100	0	0	2	100
	Total	2	7.69	24	92.31	26	100	7	29.16	17	70.84	24	100

**Estadística inferencial**

H<sub>1</sub>: Existe correlación entre los puntajes alcanzados en las categorías “Alteraciones cualitativas de la comunicación” del ADI-R y “Comunicación” del ADOS, en los niños con diagnóstico de TEA de la muestra.

**Tabla 12.** Correlación entre las categorías “Alteraciones cualitativas de la comunicación” del ADI-R y “Comunicación” del ADOS, en los niños con diagnóstico de TEA de la muestra.

		COMUNICACIÓN (ADOS)	
Rho de Spearman	COMUNICACION	Coeficiente de correlación	
	(ADIR)	Sig. (bilateral)	
		N	
		,360	,045
		26	

Los resultados de los datos son significativos, aunque la fuerza de la correlación no es tan alta; no obstante, se acepta la hipótesis.

H<sub>2</sub>: Existe correlación entre los puntajes alcanzados en las categorías “Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” del ADI-R e “Interacción social recíproca” del ADOS.

**Tabla 13.** Correlación entre los puntajes alcanzados en las categorías “Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” del ADI-R e “Interacción social recíproca” del ADOS en los niños con diagnóstico de TEA de la muestra.

		INTERACION SOCIAL (ADOS)	
Rho de Spearman	INTERACCION SOCIAL	Coefficiente de correlación	,530
	(ADIR)	Sig. (bilateral)	,048
		N	26

Aunque los datos son significativos, la fuerza de la correlación no es tan alta; no obstante, indica una relación mayor que la anterior.

A nivel general, se puede afirmar que existe mayor correlación entre los resultados del ADI-R y el ADOS en el área de interacción social con respecto a los resultados del área de comunicación.

### Discusión

En las diferentes dimensiones y áreas examinadas, los porcentajes de niños que superaron la mitad de indicadores para diagnóstico de Autismo fueron alta, sobre todo en las dimensiones de *Alteraciones cualitativas de la interacción social* y *Alteraciones cualitativas de la comunicación*, aunque aun así, se apreció cierta variabilidad.

Así, en la dimensión *Alteraciones cualitativas de la interacción social* (tabla 2), área de *Incapacidad para el goce o placer compartido*, el 92.3 % de los examinados presentó más de la mitad de los indicadores para Autismo; en el área de *Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social*, lo hizo el 84.6 %; en el área de *Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales*, el 73 %; y en el área de *Falta de reciprocidad socio-emocional*, el 57.7 %, aspectos que ya habían sido destacados por Baron-Cohen (2010) al describir las diversas dificultades que presentan los niños con TEA.

De manera semejante en la dimensión *Alteraciones cualitativas de la comunicación* (tabla 3), área de *Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica*, el 73.1 % de los examinados superó la mitad de indicadores explorados para Autismo; y en el área de *Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos*, lo hizo el 61.5 %. Por el contrario, en el área de *Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado*, sólo el 42.3 % presentó más de la mitad de los indicadores, coincidiendo esto último con lo señalado por Valdez (2011), quien menciona que es probable que más de la mitad de niños con TEA, podrían ser capaces de desarrollar un aparente juego social imitativo. En el área de *incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional*, superó la mitad de indicadores el 34.6 % de los niños evaluados, esto último coincide con lo mencionado por diversos autores tales como Alonso (2004); Campos (2007); Ruggieri y Arberas (2007); y Valdez y Ruggieri (2011).

Sin embargo, es importante mencionar que en cinco niños (tabla 3), los informantes negaron *incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional* y *habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica*, lo que podría explicarse en la medida en que algunas formas leves de Autismo, no evidencian en su totalidad las características del TEA o estas aparecen en etapas posteriores, tal como ya lo habían indicado De la Iglesia y Olivar (2007); Valdez y Ruggieri (2011); y Martos, Ayuda, Freire, González y Llorente (2012).

Por otro lado, en la dimensión *Patrones de conductas restringidos, repetitivos y estereotipados* (tabla 4), igualmente se encontró diversidad en los porcentajes de niños que superaron la mitad de los indicadores determinados para diagnóstico de Autismo. En el caso del área de *Manierismos motores estereotipados y repetitivos*, como en la de *Preocupaciones por partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales*, el 57.7 % de los niños examinados superó el mencionado criterio, coincidiendo esto con lo expresado por Alonso (2004); Igrarrázaval, Brokering y Murillo (2005); y De la Iglesia y Olivar (2007). Por el contrario, en las áreas de *Preocupación absorbente o patrón de intereses circunscrito* y de *Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas o rituales no funcionales*, la cantidad de niños que presentó más de la mitad de los criterios establecidos, fue mucho menor en el primer caso 11,5 %, y en el segundo caso sólo 7.7 %, coincidiendo con observaciones que ya habían sido señaladas por Tordera (2007) y Riviere (1999).

En lo que respecta a los puntos de corte para el diagnóstico de Autismo (tabla 5), que implica la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en las diversas dimensiones, se observa que todos los niños examinados superaron el punto de corte para el diagnóstico de esta categoría en las áreas de “alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” y “alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes”; mientras que, 24 niños superaron el punto de corte establecido en el área de “alteraciones cualitativas de la comunicación” y 23 en el área de “patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados”.

Como se puede apreciar, casi la totalidad de los examinados que tenían un diagnóstico clínico previo de TEA, también obtuvieron una alta puntuación al aplicárseles el ADI-R, lo que permitiría colegir que este instrumento es pertinente para la identificación y categorización de niños con TEA en nuestro medio.

En cuanto a la exploración efectuada con la Escala de Observación diagnóstica para el Autismo (ADOS), ocurre algo semejante a lo encontrado con el instrumento anterior, es decir, un elevado número de niños examinados, presenta más de la mitad de indicadores para Autismo, aunque en un porcentaje variable.

Así, en la dimensión Comunicación (tabla 6), en el módulo 1 (nivel: sin lenguaje a frases simples), el 55.5 % de los examinados superó la mitad de los indicadores para diagnóstico de Autismo; en el módulo 2 (nivel: de frases flexibles de tres palabras a lenguaje fluido) el 66.7 %; y en el módulo 3 (nivel: niños y adolescentes jóvenes con lenguaje fluido), ninguno de los examinados superó este criterio. Estos datos coinciden con lo que señalado por Bailey, Philips y Rutter (1996, citados por Valdez, 2009).

En cuanto a la dimensión Interacción social (tabla 7), el 77.7 % de los examinados con el módulo 1 (nivel: sin lenguaje a frases simples), sobrepasó la mitad de los indicadores para diagnóstico de Autismo; en el módulo 2 (nivel: de frases flexibles de tres palabras a lenguaje fluido), el 66.7 %; y ninguno de los evaluados lo hizo en el módulo 3 (nivel: niños y adolescentes jóvenes con lenguaje fluido). Este perfil de interacción social ya fue señalado por Alessandria, Mundy y Tuchman (2005).

Respecto a la dimensión Juego, imaginación y creatividad (tabla 8), en el módulo 1 (nivel: sin lenguaje a frases simples), 66.7 % de los casos presentó más de la mitad de los indicadores de Autismo; en el módulo 2 (nivel: de frases flexibles de tres palabras a lenguaje fluido), el 93.3 %; y en el módulo 3 (nivel: niños y adolescentes jóvenes con lenguaje fluido), ninguno de los examinados superó dicho criterio. Los resultados anteriores coinciden con lo planteado por Wing (1996).

En lo concerniente a la dimensión comportamientos estereotipados e intereses restringidos (Tabla 9), en el módulo 1 (nivel: sin lenguaje a frases simples), el 33.3 % de los sujetos mostró más de la mitad de los indicadores establecidos para Autismo; en el módulo 2 (nivel: de frases flexibles de tres palabras a lenguaje fluido), un 26.7 %; pero en el módulo 3 (nivel: niños y adolescentes jóvenes con lenguaje fluido), ningún niño examinado superó el mencionado criterio. Estos datos coinciden con lo señalado por Wing (1996).

En cuanto a la dimensión de Comunicación e interacción social (tabla 10), en el módulo 1 (nivel: sin lenguaje a frases simples), el 77.7 % de la muestra cumplió con más de la mitad de los indicadores de Autismo; en el módulo 2 (nivel: de frases flexibles de tres palabras a lenguaje fluido), el 66.7 %; y en el módulo 3 (nivel: niños y adolescentes jóvenes con lenguaje fluido), ninguno, lo que permite inferir que un análisis conjunto de las dos áreas ayuda detectar con bastante certeza si un niño presenta TEA, tal como lo señalan Artigas-Pallarés y Narbona (2011) y Campos (2007).

Por último, en cuanto a los puntos de corte (tabla 11) para las dimensiones “comunicación”, “interacción social” y “comunicación e interacción social”, al menos 24 niños de los 26 examinados superaron los criterios para diagnóstico de TEA y de ellos 16 alcanzaron la puntuación para diagnóstico de Autismo en la dimensión “comunicación”; 20 lo hicieron en el caso de la dimensión “interacción social”; y 17 en la dimensión “comunicación e interacción social”.

Estos datos permitirían asumir que la correcta administración del ADOS proporcionaría la suficiente información para establecer si el niño se encuentra dentro del TEA, e incluso el nivel de severidad del mismo.

Por otro lado, a partir del estudio inferencial, se ha encontrado en la muestra de niños con diagnóstico clínico de TEA, una relación significativa entre sus puntajes alcanzados en las categorías “Alteraciones cualitativas de la comunicación” del ADI-R y “Comunicación” del ADOS, aunque la fuerza de la correlación no ha sido tan alta.

De igual manera, también se ha hallado una relación significativa entre las puntuaciones obtenidas en las categorías “Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” del ADI-R e “Interacción social recíproca” del ADOS, sin embargo, la fuerza de la correlación tampoco ha sido alta, pero si mayor que la anterior.

Por último, en base a todo lo señalado se puede afirmar que ambas herramientas son importantes y complementarias para el diagnóstico del TEA, sin embargo, de ser el caso, bastaría con administrar una sola de estas herramientas (ADI-R o ADOS) para establecer con bastante certeza si el niño se encuentra dentro del TEA; aunque, la eficiencia, eficacia y certeza de los resultados, estarán supeditados, por un lado, a que el examinador tenga un adecuado dominio conceptual de lo que es el Trastorno de Espectro Autista y por otro, al apropiado manejo técnico-procedimental de las mismas.

## Conclusiones

- Existe correlación entre los resultados obtenidos en las categorías “Alteraciones cualitativas de la comunicación” del ADI-R y “Comunicación” del ADOS, en niños de 5 a 11 años con diagnóstico de TEA. Los datos son significativos, aunque la fuerza de la correlación no es tan alta.
- Existe correlación significativa entre las categorías “Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” del ADI-R e “Interacción social recíproca” del ADOS, en los niños con TEA de la muestra estudiada, aunque la fuerza de la correlación no es intensa.
- El ADI-R y el ADOS son instrumentos sensibles, válidos y confiables para la detección y diagnóstico de niños que se encuentran en el TEA.
- En el caso de no poder administrarse ambos instrumentos bastaría con administrar uno sólo de ellos para, asociado a un estudio clínico, establecer la posibilidad de que un niño se encuentre dentro del TEA.
- La eficiencia, eficacia y certeza de los resultados en la administración del ADI-R y/o ADOS, estarán supeditadas al adecuado dominio conceptual de lo que es TEA y apropiado manejo técnico-procedimental de dichos instrumentos por parte del examinador.

## Referencias bibliográficas

- Acosta, V. (Dir.). (1996). *La evaluación del lenguaje. Teoría y práctica del proceso de evaluación de la conducta lingüística infantil*. Málaga: Aljibe.
- Alessandria, M., Mundy, P., y Tuchmanb, R. F. (2005). Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Revista de Neurología*. 40 (Supl. 1), 137-141. Recuperado en: <http://psyciencia.psyciencia.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/12/D%C3%A9ficit-social-autismo.pdf>
- Alonso, J. (2004). *Autismo y síndrome de asperger: guía para familiares, amigos y profesionales*. Salamanca: Amaru ediciones.
- Artigas-Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Barcelona: Viguera Editores, S.L.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 6(6), 248-254. Recuperado de: <http://cogsci.bme.hu/~ivady/bscs/read/bc.pdf>
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza editorial.
- Berko, G. y Bersntein, N. (2010). *Desarrollo del lenguaje*. Madrid: PEARSON.
- Campos, C. (2007). *Trastornos de espectro autista*. México: Manual Moderno.
- Calderón, L., Congote, C., y Richard, S., Sierra, S., Vélez, C. (2012). Aportes desde la Teoría de la mente y la función ejecutiva a la comprensión de los Trastornos de Espectro Autista. *Revista CES Psicología*. 5(1), 77-90. Recuperado de: <file:///C:/Users/DAVID/Downloads/Dialnet-AportesDesdeLaTeoriaDeLaMenteYDeLaFuncionEjecutiva-3977315.pdf>
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Trastornos del Espectro Autista. Datos y Estadísticas. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/data.html>

- CONADIS (2013). Registro de Autismo. Recuperado de: [http://www.conadisperu.gob.pe/images/pdf/registro\\_autismo.pdf](http://www.conadisperu.gob.pe/images/pdf/registro_autismo.pdf)
- De la iglesia, M. y Olivar, J. (2007). *Autismo y síndrome de asperger: trastorno del espectro autista de alto funcionamiento*. Madrid: CEPE.
- Dioses, A., y Salas, J. D., (2014). Algunos alcances para el diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista. *Revista Digital EOS Perú*, vol 3(1). Recuperado de
- Frith, U., y Happé F. (1994). Autism: beyond "theory of mind". *Pludmed*. 50(1-3) Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8039356>
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Igrarrázaval, M.; Brokering, W. y Murillo, G. (2005) Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 43(1).
- Kerlinger (1991). *Investigación del comportamiento*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Lord, C.; Rutter, M. Di Lavore, P. y Risi, S. (2009). *ADOS. Escala de observación para el diagnóstico de Autismo*. Madrid: TEA ediciones.
- Martos, J., Ayuda, R., Freire, S., González, A. y Llorente, M. (2012). *Trastornos del espectro autista de alto funcionamiento*. Madrid: CEPE.
- Monfort, I. y Monfort, M. *Autismo y lenguaje oral*. Cap. 8. En Valdez, D. y Ruggieri, V. (comps.) (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento* (199-217). Buenos Aires: Paidós.
- Palomo, R. (s.f.). Trastorno del espectro de autismo. 299.00 (f84.0). Recuperado de: [http://www.autismoandalucia.org/images/stories/pdf/DSM5\\_traducidos.pdf](http://www.autismoandalucia.org/images/stories/pdf/DSM5_traducidos.pdf)
- Puyuelo, M. y Rondal, J. (2003). *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje*. Barcelona: MASSON.
- Riviere, A (1999). *Trastornos de la flexibilidad en el autismo*. En Valdez, D. (coordinador) (2001). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y educación*. Tomo 1. Buenos Aires: fundec.
- Ruggieri, V. y Arberas, C. (2007). *Trastornos generalizados del desarrollo aspectos clínicos y genéticos*. *MEDICINA*. 67 (1). Pág. 569-585. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v67n6s1/v67n6s1a06.pdf>
- Rutter, M; Le Couter, A y Lord, C. (2011) *ADI-R: Entrevista para el diagnóstico para el autismo-edición revisada*. Madrid: TEA ediciones.
- Tordera, J. (2007). *Trastorno de espectro autista: delimitación lingüística*. ELUA.
- Valdez, D. (coordinador) (2001). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y educación*. Tomo 1. Buenos Aires: fundec.
- Valdez, D. (2009). *Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
- Valdez, D. (2011). *Rompecabezas de siglas: TGD y TEA*. (Video 2). Buenos Aires: FLACSO. Disponible en: <http://virtual.flacso.org.ar/mod/book/view.php?id=46739>
- Valdez, D. y Ruggieri, V. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. Argentina: Paidós.
- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

### Agradecimientos a:

María Matalinares C., José Chávez Z., Abel Cuzcano Z., Manuel Campos R., Renato Santivañez O., Carlos Velásquez C., Ada Solórzano G., Mayra Mostajo M., Fanny Monge T., Susan Oyola O., Ross Baygorrea T., Amanella Gallegos G., Flor Carhuahuanca C.