

ADI-R

Entrevista para el Diagnóstico del
Autismo - Edición revisada



M. Rutter
A. Le Couteur
C. Lord



ADI-R

Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Edición revisada

Michael Rutter
Ann Le Couteur
Catherine Lord



MANUAL

(2.^a edición revisada)



hogrefe

Madrid, 2011

Título original: ADI-R. *Autism Diagnostic Interview - Revised*. Western Psychological Services, California, EE.UU.

Adaptación española del protocolo de la entrevista: Valeria Nanclares-Nogués.

Adaptación española del manual: Agustín Cordero Pando y Pablo Santamaría Fernández.

Los autores de la adaptación española desean expresar su agradecimiento a Elena Cohen, Dra. Amaia Hervas, Marisela Huerta, Dra. Alma López-Singh y Adriana Mendoza-Hurtado por leer, comentar y brindar sus sugerencias en las distintas versiones del instrumento. También quieren agradecer a Carlos Ruiz Amador (asesor de Necesidades educativas especiales del Berritzegune de Zarautz) su inestimable labor de asesoramiento y revisión en las últimas fases previas a la publicación de esta adaptación.

Copyright © 2003 by Western Psychological Services, California, EE.UU.

Copyright © de la adaptación española 2006, 2011 by TEA Ediciones, S.A.U., España.

Diseño y maquetación de interiores: La Factoría de Ediciones, S.L., Madrid, España.

ISBN: 978-84-15262-12-1.

Depósito legal: M-18465-2011.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.



Índice

Agradecimientos	5
Ficha técnica	7
1. Introducción	9
Componentes del ADIR-R	9
Protocolo de la entrevista	9
Algoritmos	10
Orígenes de la presente edición del ADI-R	11
Normas de uso	11
Poblaciones para las que es apropiada la entrevista	11
Elección del informador	12
Fenotipo general del Autismo	13
Cualificaciones del evaluador	13
Formación para el uso clínico y de investigación	13
2. Normas generales de aplicación del ADI-R	15
Orientación sobre el proceso de la entrevista	15
Aspectos principales de la entrevista clínica	15
Enfoque general de la entrevista	16
Sugerencias y propuestas para entrevistar y codificar la conducta	18
Referencias temporales personalizadas	18
Periodos de edad para la codificación	19
Duración de la conducta	20
Aplicabilidad de los elementos	20
Convenciones sobre los códigos	21
Registro de las descripciones de conducta	23
Preparativos prácticos para la entrevista	24
Atender a los matices	24
Entrevista con más de un informador	25
Formas de preguntar	25
Organización y registro de la codificación	26
Utilización del ADI-R para investigación	27
3. Normas específicas de aplicación y codificación del ADI-R	29
Instrucciones de cada una de las secciones	29
Antecedentes	30
Preguntas introductorias	30
Desarrollo temprano	30
Adquisición y pérdida del lenguaje/Otras habilidades	31
Funcionamiento del lenguaje y la comunicación	32
Desarrollo social y juego	40
Actividades favoritas/juguetes	42
Intereses y comportamientos	44
Comportamientos generales	49
Comentarios finales	51
4. Normas de corrección e interpretación del ADI-R	53
Algoritmos diagnósticos	54
Diferencias con respecto a un diagnóstico clínico	54
Dominios y elementos	54
Puntuación	55
Componentes	55
Algoritmos de la conducta actual	56
Normas prácticas de utilización del algoritmo	57
Paso 1º. Selección del algoritmo	57
Paso 2º. Anotación de los códigos	57
Paso 3º. Conversión de los códigos a puntuaciones algorítmicas	58
Paso 4º. Obtención de las puntuaciones totales	59
Paso 5º. Puntos de corte	59
Ejemplos	60
Diagnóstico diferencial	68
Confirmación de resultados	68



Resultados mixtos	69
TEA no especificado (trastorno generalizado del desarrollo no especificado)	70
Algoritmo diagnóstico y sujetos con una edad mental baja, menores de tres años o atípicos	71
Edad mental inferior a los dos años	71
Niños menores de tres años	72
Poblaciones altamente atípicas	72
5. Proceso de creación y desarrollo del ADI-R y fundamentación estadística	73
ADI (1989)	74
ADI-R (1994)	74
Versión reducida del ADI-R	76
La presente versión del ADI-R	76
Desarrollo de los algoritmos diagnósticos	77
Investigaciones sobre fiabilidad y validez	78
Muestras	78
Fiabilidad interjueces	79
Fiabilidad test-retest	80
Validez	72
Fiabilidad de los elementos no algorítmicos en el ADI-R	92
Apéndice: La presente versión del ADI-R comparada con las versiones anteriores	95
Bibliografía	99

Agradecimientos

La elaboración tanto del protocolo de entrevista como del manual del ADI-R (versión de WPS) ha constituido en gran medida una labor de equipo y estamos profundamente agradecidos a muchas personas. Nos gustaría especialmente expresar nuestra gratitud al gran número de familias norteamericanas y europeas sin cuya participación el desarrollo de la entrevista no hubiera sido posible. La investigación que dio origen al instrumento fue financiada por las aportaciones del Consejo Británico de Investigación Médica, la Comisión Europea, el Consejo Canadiense de Investigación Médica, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, así como por las de otros centros europeos. Los integrantes del Consorcio Internacional para el Estudio Genético y Molecular del Autismo jugaron un papel fundamental en el conjunto de la obra, pero nos complace agradecer, sobre todo, las importantes contribuciones de los profesores Anthony Bailey, Andrew Pickles, Eric Fombonne y la Dra. Pamela DiLavore. La profesora Dorothy Bishop, la Dra. Anne Gilchrist y los profesores Anthony Cox y Fritz Poustka nos ofrecieron generosamente los datos de investigación que hemos incluido en el manual. Finalmente damos las gracias a Chris Gruber y a sus colegas de la *Western Psychological Services* por su valiosa ayuda al estructurar y dar forma definitiva al manual así como a Gil Rangel que asumió la total responsabilidad administrativa de la producción del protocolo y del manual y que fue extremadamente eficaz en las numerosas tareas de comprobación, esenciales para asegurar la precisión y la consistencia.

*Michael Rutter
Ann Le Couteur
Catherine Lord*

Ficha técnica

Nombre: ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada.

Nombre original: *ADI-R. Autism Diagnostic Interview-Revised.*

Autores: Michael Rutter, Ann Le Couteur y Catherine Lord.

Procedencia: *WPS (Western Psychological Services)*, Los Ángeles, Estados Unidos, 2003.

Adaptación española: Valeria Nanclares-Nogués, Agustín Cordero Pando y Pablo Santamaría Fernández, 2006.

Aplicación: Individual.

Ámbito de aplicación: Cualquiera, siempre que la edad mental del sujeto evaluado sea mayor de 2 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.

1. Introducción

La Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R) es una extensa entrevista diseñada con el fin de obtener la información completa necesaria para llegar a un diagnóstico del autismo y ayudar a la evaluación de los trastornos que se denominan Trastornos del Espectro Autista (TEA). El uso del ADI-R requiere de un entrevistador clínico experimentado y un informador (padres o cuidador familiarizado tanto con la historia de desarrollo del sujeto como con su conducta diaria). El sujeto evaluado —ausente durante la entrevista— puede ser de cualquier condición y edad con tal de que su nivel de desarrollo mental sea por lo menos de 2 años y 0 meses. La duración normal de la entrevista, incluyendo la corrección, es de hora y media a dos horas y media.

Componentes del ADI-R

La aplicación del ADI-R requiere el uso del protocolo de la entrevista, un cuaderno de anotación que, en 93 elementos, presenta las áreas de evaluación cubiertas por este instrumento. Este protocolo de la entrevista sirve también para registrar y codificar las respuestas que va dando el informador. La corrección se realiza mediante uno de los cinco algoritmos del ADI-R.

Los algoritmos del ADI-R se recogen en un ejemplar en el que se registran, corrigen y combinan hasta 42 elementos básicos del ADI-R para obtener los resultados formales interpretables. Si el propósito de la evaluación es el diagnóstico formal referido a la historia completa de desarrollo del individuo, se utiliza uno de los dos siguientes *algoritmos diagnósticos*: el de 2 años a 3 años o el de 4 años en adelante. Si, por el contrario, el propósito de la evaluación es el tratamiento o la planificación educativa orientada a la conducta actual del sujeto evaluado, se utilizará uno de los tres *algoritmos de la conducta actual*: el de menores de 3 años, el de 4 a 9 años o el de 10 años en adelante. Cuando los resultados deseen utilizarse tanto para el diagnóstico como para la intervención, pueden completarse ambos algoritmos (el de diagnóstico y el de conducta actual) a partir de la misma entrevista ADI-R.

Protocolo de la entrevista

La entrevista se centra primordialmente en los tres dominios de funcionamiento que han sido señalados como de importancia diagnóstica tanto en la CIE-10 (OMS, 1992) como en el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994): lenguaje/comunicación; interacciones sociales recíprocas; conductas e intereses



restringidos, repetitivos y estereotipados. Los procedimientos indicados para aplicar la entrevista están muy estandarizados para garantizar que el informador pueda proporcionar descripciones sistemáticas y detalladas de la conducta del sujeto evaluado.

La información fundamental necesaria para comprender las técnicas esenciales de la entrevista así como el formato básico de los elementos y los códigos de puntuación se describe en el capítulo 2 de este manual. El tratamiento más detallado sobre la estructura y el contenido específico del ADI-R se presenta en el capítulo 3 que también se ocupa de los aspectos prácticos de la aplicación del instrumento. En la práctica clínica cotidiana, el contenido de los capítulos 2 y 3, junto con algún tipo de formación práctica en el uso del ADI-R (p. ej., videos de entrevistas del ADI-R con ejemplos de codificación), proporcionarán una introducción suficiente al ADI-R a los profesionales que posean previamente formación y experiencia en realizar entrevistas clínicas profundas y en trabajar con sujetos con trastornos del espectro autista. Sin embargo, los investigadores que utilicen la entrevista con la finalidad de recopilar datos para estudios que se incorporen a la literatura científica (artículos de revista, libros, informes nacionales o internacionales, etc.) deben conseguir una formación más amplia y supervisada que verifique la precisión en la aplicación y codificación.

Algoritmos

Los algoritmos del ADI-R tienen como finalidad la interpretación fundamental de los resultados del ADI-R y pueden ser utilizados de dos formas. La primera se denomina *algoritmo diagnóstico* y se centra en la historia completa de desarrollo del sujeto evaluado para obtener un diagnóstico a partir del ADI-R. Este es el uso que ha sido completamente investigado y validado (como se describe en el capítulo 5). En su aplicación secundaria se le llama *algoritmo de la conducta actual*, y en él las puntuaciones se basan en la conducta observada durante los meses más recientes de la vida de la persona evaluada. Aunque menos formal, este procedimiento puede emplearse para obtener estimaciones en diversas áreas de funcionamiento y proporciona una base comparativa para la planificación del tratamiento y la valoración. En el capítulo 4 pueden encontrarse descripciones detalladas de los algoritmos del ADI-R y su uso práctico.

Es importante señalar la distinción entre el resultado final obtenido en un algoritmo del ADI-R y un verdadero diagnóstico clínico. El diagnóstico clínico se apoya en múltiples fuentes de información, incluyendo las observaciones directas, y sólo puede ser llevado a cabo por un profesional médico o un psicólogo. El diagnóstico obtenido con el ADI-R es simplemente el resultado «mecánico» de combinar la información codificada de la entrevista. No obstante, el ámbito del ADI-R es comprensivo y completar los códigos de los 93 elementos puede frecuentemente proporcionar a los profesionales una de las bases esenciales para llegar al diagnóstico clínico. En todo caso, el diagnóstico del ADI-R es a la vez un buen indicador del diagnóstico clínico y una pieza importante, totalmente validada, de información clínica por sí misma. El uso y la interpretación de los resultados del ADI-R se tratan en el capítulo 4.

El ADI-R no es un test, sino una entrevista que se centra en las conductas que se dan raramente en las personas no afectadas. Por ello, el instrumento no ofrece escalas convencionales (dimensiones en las que se sitúa al individuo según su nivel en un rasgo, aptitud o característica personal) ni tiene sentido usar baremos (estimaciones numéricas basadas en los resultados obtenidos en la población general). Los resultados son más bien categóricos. Su grado de precisión se estudia en poblaciones clínicas y se valora mediante investigaciones y métodos estadísticos adecuados a los análisis clasificatorios (por ej., índices *kappa* de fiabilidad interjueces, valoración de los datos en términos de sensibilidad, especificidad, porcentaje de verdaderos positivos, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, etc.). El capítulo 5 ofrece, junto con otros resultados, un amplio resumen de las investigaciones que apoyan la precisión clínica de los algoritmos del ADI-R. Este resumen incluye estudios internacionales llevados a cabo durante más de una década y dados a conocer en las más importantes revistas de esta especialidad.



14 y 21 de enero de 2019

UTILC

Unitat de Teràpia Integral del
Llenguatge i la Comunicació

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA ADI-R

Dña. Gemma Candela García
Neuropsicóloga Clínica
Directora UTILC Valencia
Profesora Universitat de València
Acreditada para administración de ADI-R.

Introducción

- ADI-R : Entrevista para el Diagnóstico de Autismo Revisada.
- Michael Rutter, Ann le Couteur y Catherine Lord.
- Edad de aplicación a partir de los 2 años de edad mental.
- Tiempo entre 1 hora y media y dos horas y media.

Autismo

DSM IV TR

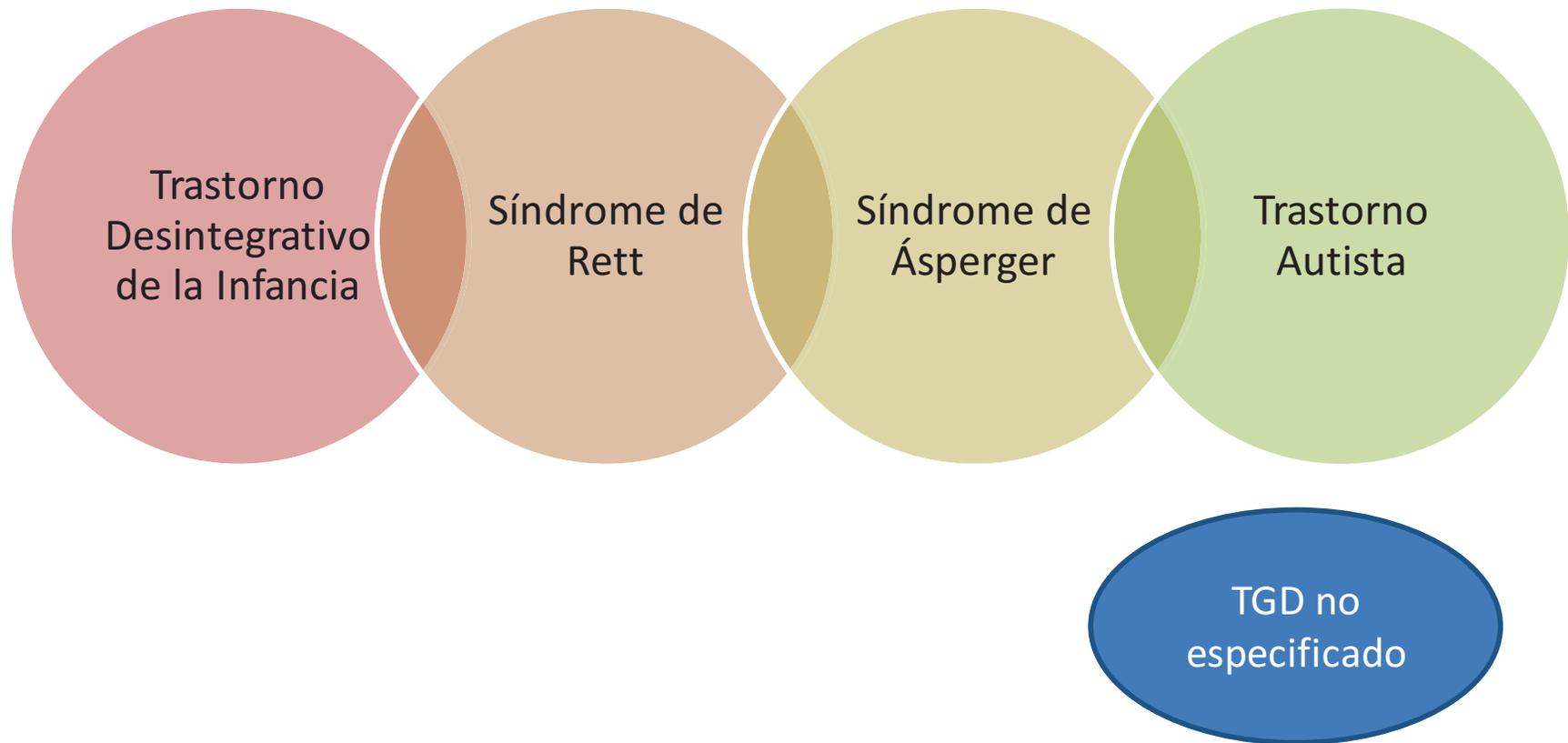


DSM V



Definición Autismo DSM IV

Trastornos Generalizados del desarrollo



CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F84.0 TRASTORNO AUTISTA [299.00]

A.- Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) Y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social .
- (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo .
- (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés) .
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico .
- (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo .

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo) (d) preocupación persistente por partes de objetos.

B.- Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

- (1) interacción social,
- (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o
- (3) juego simbólico o imaginativo.

<https://www.youtube.com/watch?v=eoyY6MPOZS8>

C.- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett [299.80]

<https://www.youtube.com/watch?v=3IV9LlraulmE>

A.- Todas las características siguientes:

- (1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal .
- (2) desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento .
- (3) circunferencia craneal normal en el nacimiento .

B.- Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- (1) desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
- (2) pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o **lavarse las manos**) .
- (3) pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
- (4) mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco .
- (5) desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Criterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno desintegrativo infantil [299.10]

A.- Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B.- Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (**antes de los 10 años de edad**) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- (1) lenguaje expresivo o receptivo
- (2) habilidades sociales o comportamiento adaptativo
- (3) control intestinal o vesical
- (4) juego
- (5) habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- (1) alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
- (2) alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
- (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D.- El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

- **A.- Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**

- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social .
- (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto .
- (3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés) .
- (4) ausencia de reciprocidad social o emocional .

- **B.- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:**

- (1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo .
- (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales .
- (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo) .
- (4) preocupación persistente por partes de objetos.

- **C.- El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.**

- **D.- No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo** (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

- **E.- No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo** ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

- **F.- No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.**

https://verne.elpais.com/verne/2017/12/20/articulo/1513792334_779143.html

Criterios Diagnósticos en DSM V

Criterios diagnósticos del autismo revisados en el DSM-5 (traducción no oficial)

- A. Déficits persistentes en la comunicación y la interacción sociales en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente o en el pasado de la siguiente forma:
 - 1. Déficits en la reciprocidad socio-emocional
 - 2. Déficits en los comportamientos de comunicación no verbal utilizados para las interacciones sociales
 - 3. Déficits en el desarrollo, en el establecimiento y la comprensión de las relaciones.
- B. Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos, manifestando por lo menos dos de los siguientes criterios actualmente o en el pasado:
 - 1. Movimientos motores, utilización de objetos o vocalización estereotipados o repetitivos
 - 2. Insistencia en la monotonía, apego inflexible a la rutina o patrones rituales de comportamientos verbales o no verbales
 - 3. Intereses muy restringidos y fijos con un grado anormal de intensidad y de focalización
 - 4. Reacción inusual a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno.
- C. Los síntomas deben presentarse desde un periodo temprano del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las capacidades limitadas ya no permiten responder a las exigencias sociales, o ser encubiertos más tarde por estrategias aprendidas).
- D. Los síntomas suponen deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, profesional o incluso en otros ámbitos de funcionamiento.
- E. La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso general del desarrollo no justifican mejor estos trastornos.

Diferencias DSM IV y DSM V

1. Definición del autismo.

El **DSM-IV**, publicado en 1994, definía el autismo y sus trastornos asociados como “**trastornos generalizados del desarrollo**” (TGD). En el **DSM-5**, esta definición ha sido sustituida por el término “**trastornos del espectro autista**” (TEA), que han sido **incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “trastornos del neurodesarrollo”**.

**Dr. Giacomo Vivanti. Olga Tennison Autism Research Centre La Trobe University,
Melbourne, Australia**

Dra. Donata Pagetti Vivanti .Vicepresidenta, Foro Europeo de la Discapacidad

Diferencias DSM IV y DSM V

2. Los subtipos del autismo

En el **DSM-IV**, la categoría de los trastornos generalizados del desarrollo comportan cinco subtipos de autismo: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD no especificado) y el **síndrome de Rett**.

El **DSM-5** ha sustituido **cuatro de estos subtipos** (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) por la **categoría general “trastornos del espectro autista” (TEA)**. El **síndrome de Rett ya no forma parte** de este sistema de clasificación. En lugar de hacer distinción entre estos subtipos, la definición diagnóstica del DSM-5 **especifica tres niveles de gravedad** en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario.

Diferencias DSM IV y DSM V

3. Síntomas clínicos

La definición diagnóstica del autismo en el **DSM-IV** se caracterizaba por 3 síntomas de base (**tríada**):

- a. deficiencias en la reciprocidad social.
- b. deficiencias en el lenguaje o en la comunicación
- c. repertorio de intereses y actividades restringido y repetitivo.

En el **DSM-5**, sólo quedan **dos categorías de síntomas**:

- a. “deficiencias en la comunicación social” (los **problemas sociales y de comunicación se combinan**)
- b. “comportamientos restringidos y repetitivos”.

El síntoma clínico “**sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales**”, que no aparecía en el DSM-IV, se incorpora ahora a la categoría “comportamientos repetitivos”.

Trastorno de la Comunicación Social

- Como en los TEA, en el **Trastorno de la Comunicación Social (TCS)** se presentan anomalías en la comunicación social recíproca, en este caso caracterizadas por:

Nivel Pragmático

- Déficit en el uso de la comunicación para propósitos sociales.
- Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto.
- Dificultades para seguir las normas de conversación y narración.
- Dificultades para comprender significados no literales o ambiguos del lenguaje como las metáforas.

Por un lado, en el **Trastorno de la Comunicación Social (TCS)**, a diferencia de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), **no se registran patrones de comportamiento repetitivos e intereses restringidos.**

Las personas con **S. Asperger** ahora estarían incluidas en **TCS.**

La diferencia con el Autismo de Alto funcionamiento radica en las **habilidades lingüísticas tempranas.**

Secciones de la Entrevista

1. Cuestiones básicas sobre familia , centro educativo, medicación..
2. Preguntas generales sobre conducta del sujeto y preocupaciones actuales.
3. Primeras etapas del desarrollo (items 2-8).
4. Edad en la que se consiguieron primeras habilidades lingüísticas y si se ha producido pérdida después de la adquisición (Items 9-28).
5. Funcionamiento del lenguaje y la comunicación (Items 29-49).
6. Desarrollo social y juego(Items 50-66).
7. Intereses y comportamientos (Items 67-79).
8. Comportamientos generales con importancia clínica tales como agresiones, autolesiones, epilepsia...(Items 80-93).

CODIFICACIÓN Y INTERPRETACIÓN

ALGORITMO DIAGNÓSTICO

- Permite considerar aspectos del desarrollo para estimar la afectación del sujeto y el ajuste a los criterios diagnósticos (DIAGNÓSTICO)
- Dos tipos de algoritmos diagnósticos según edad:
 - 2 años 0 meses a 3 años 11 meses
 - 4 años en adelante.

ALGORITMO DE CONDUCTA ACTUAL

- Las puntuaciones se aplican en relación al comportamiento de los meses recientes . (DESCRIPCIÓN NO DIAGNÓSTICO).
- Edades:
 - Menores de 3 años y 11 meses.
 - Entre 4 años y 9 años y 11 meses.
 - Mayores de 10 años

CODIFICACIÓN Y INTERPRETACIÓN

- Los elementos están subdivididos en tres dominios principales en función de los criterios diagnósticos (Triada).

Subdivisiones

- A. Alteraciones de la interacción social recíproca.
- B. Alteraciones de la comunicación.
- c. Comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados.
- D. Intenta averiguar si los síntomas estaban presentes antes de los 36 meses.

* Los elementos 2,9,10,86,87 determinan anomalías antes de los 36 meses. Un código 1 en cualquiera de ellos es suficiente.

CODIFICACIÓN Y INTERPRETACIÓN

Código del elemento	Puntuación algorítmica
0	0
1	1
2	2
3	2
7	0
8	0
9	0

Desarrollo de lenguaje

- **Desarrollo morfosintáctico**
- Etapa holofrástica (10-12 meses a 18 meses):
 - Cada producción de una palabra representa una idea.
- Emisiones de dos palabras (18 a 24 meses):
 - Dos elementos o componentes, no solamente dos palabras (“a come”).
- Habla telegráfica (24 a 36 meses):
 - Secuencias de más de dos elementos donde observamos:
 - Límite longitudinal.
 - Ausencia de “palabras función” (artículos, preposiciones...).
 - Ausencia de las características gramaticales tales como número, género, etc.
 - Ausencia de concordancia en el uso de verbos.
 - Alta frecuencia de palabras de contenido (nombres, adjetivos).

Desarrollo de lenguaje

Desarrollo semántico

- De 0 a 12 meses:
 - Las primeras palabras aparecen a los nueve meses.
 - Su comunicación es básicamente gestual.
 - Progresivamente acompañará de vocalizaciones su gesticulación.
- De 12 a 24 meses:
 - Estadio de una palabra.
 - Aparición de las holofrases: con una palabra se refiere a toda una frase.
 - Interpretación de las primeras palabras.
- De 24 a 36 meses:
 - Combinación de dos palabras (habla telegráfica).
 - Se da un alto índice de palabras de contenido (nombre más verbo) y en menor grado (artículos y preposiciones).
 - Comienza a usar palabras función (artículos, nombres...).

Desarrollo de lenguaje

- **Desarrollo pragmático**
- Etapa preverbal:
 - Aprende a interactuar (desarrolla la intención comunicativa).
 - Actividad conjunta (establece demandas).
 - Aprende la reciprocidad de la interacción (utiliza a otras personas como medio para conseguir cosas).
- Primeras palabras:
 - Toma el turno para hablar (aprende las funciones del lenguaje: pedir objetos y expresar deseos).
 - Utiliza recursos verbales y no verbales para captar la atención.
- Sobre los 2-3 años:
 - Aceptan mayor responsabilidad en el diálogo.
- A partir de los tres años:
 - Esperan el reconocimiento de sus emisiones. Aportan información sobre un tema.

Intención comunicativa

Se refieren al deseo de la persona de comunicar algo, pueden ser verbales o no verbales.

Implica que el niño:

- Busque interactuar con otra persona.
 - Tenga iniciativa de usar los recursos a su alcance para comunicarse.
 - Comprenda que su gesto, acción o sonido provocan una reacción en el otro.
- **Recuerda que:** La intención comunicativa no necesariamente incluye sonidos o palabras.

La intención comunicativa puede ser descriptiva o usarse para realizar peticiones de atención.

Atención conjunta

- <http://antesprimeraspalabras.upf.edu/precursores-del-lenguaje/atencion-conjunta/>

Tipos de juego

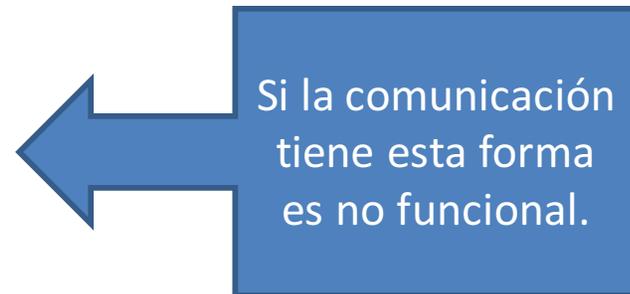
- **Funcional o de ejercicio:** Propio de los dos primeros años. Son aquellos que implican la repetición de una acción por el puro placer de observar los resultados. Ej. Lanzar , cucú tras tras, activar mecanismos..
- **Juego simbólico:** De los 2 a los 6, 7 años. Simular situaciones o personajes que no están presentes en el momento del juego. Ej. Médicos/as, Tenderos/as.
- **Juego de reglas:** reglas decididas entre los jugadores.
- **Juego de construcción:** Se inicia alrededor de 1 años y se va volviendo más complejo a medida que se avanza en edad.

Ecolalias

- **Inmediatas:** Inmediatamente a la aparición del mensaje. Quieres pelota? – Pelota.
- **Retardadas:** Aparecen tiempo después de la frase, incluso días y tiene una forma similar.
- **Funcionales :** Buscan comunicar
- **No funcionales:** No hay intención comunicativa.

Cómo diferenciar?

- Quieres pelota? Pelota
- Quieres juguete ? Juguete
- Quieres pelota? Pelota.



Estereotipias verbales

- Sonidos , palabras, frases repetitivas en el repertorio lingüístico del niño



Co....co ..co...



Siup siup



Tia tia..

Comunicación

- **Protodeclarativo:** acto comunicativo prelingüístico mediante el cual el niño/a señala algo con el único fin de compartir información con otra persona.
- **Protoimperativo:** acto comunicativo prelingüístico que tiene como objetivo la petición de algo que se desea con mucha fuerza señalándola.

Teoria de la mente

- **Intersubjetividad primaria:** Capacidad de ser afectado por las emociones de las otras personas. Ej: Sonreir cuando te sonrien.
- **Intersubjetividad secundaria:** Comprender al otro como ser que siente y atribuirle la capacidad de sentir emociones o reaccionar de determinadas maneras.

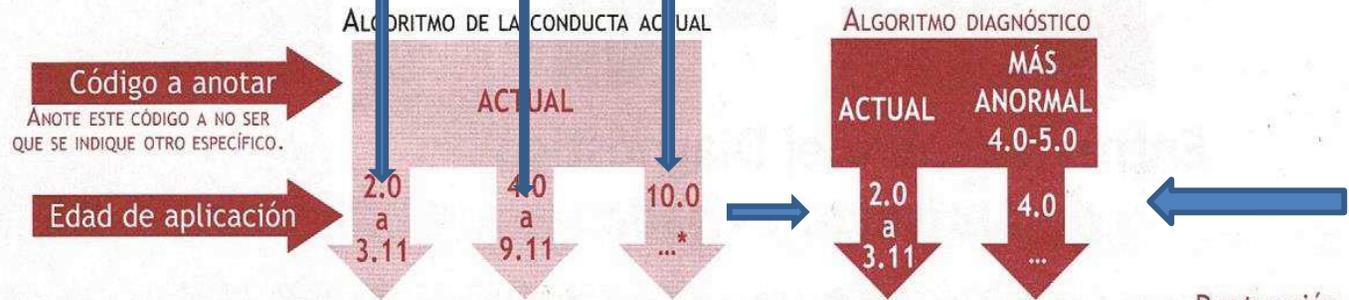
NORMAS DE UTILIZACIÓN DEL ALGORITMO

1) Selección del Algoritmo

MARQUE A CONTINUACIÓN EL ALGORITMO QUE VA A UTILIZAR:

<p>Algoritmo de la conducta actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses <input type="radio"/> • 4 años, 0 meses a 9 años, 11 meses <input type="radio"/> • 10 años, 0 meses en adelante <input type="radio"/> 	<p>Algoritmo diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses <input type="radio"/> • 4 años, 0 meses en adelante <input checked="" type="radio"/>
--	--

A. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA



A1. Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

	ALGORITMO DE LA CONDUCTA ACTUAL			ALGORITMO DIAGNÓSTICO		Puntuación de algoritmo
50 Mirada directa	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>SOLO SI ES <5**</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51 Sonrisa social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
57 Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	TOTAL A1					<input type="text"/>

Codificación

A. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA



A1. Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

	ALGORITMO DE LA CONDUCTA ACTUAL			ALGORITMO DIAGNÓSTICO		Puntuación de algoritmo
50 Mirada directa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
51 Sonrisa social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
57 Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
					TOTAL A1	<input type="text"/>

*SÓLO SI ES <5***

Registrar los códigos asignados a los elementos que se especifican según la edad del algoritmo seleccionada.

Codificación

En algunas casillas aparece un código específico a registrar . En el elemento 31 , entre otros aparece el código “ Alguna Vez”.

A4. Falta de reciprocidad socio-emocional

31	Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="ALGUNA VEZ"/>	<input type="text" value="ALGUNA VEZ"/>	<input type="text"/>
55	Ofrecimiento de consuelo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Codificación

CONVERSIÓN DE LOS CÓDIGOS DE LOS ELEMENTOS A PUNTUACIÓN DE ALGORITMO

<i>Código</i>	0	1	2	3	7	8	9
Puntuación	0	1	2	2	0	0	0

Realizar la conversión del código a su puntuación algorítmica correspondiente y anotar en las casilla de puntuación del algoritmo.

A. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA



A1. Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

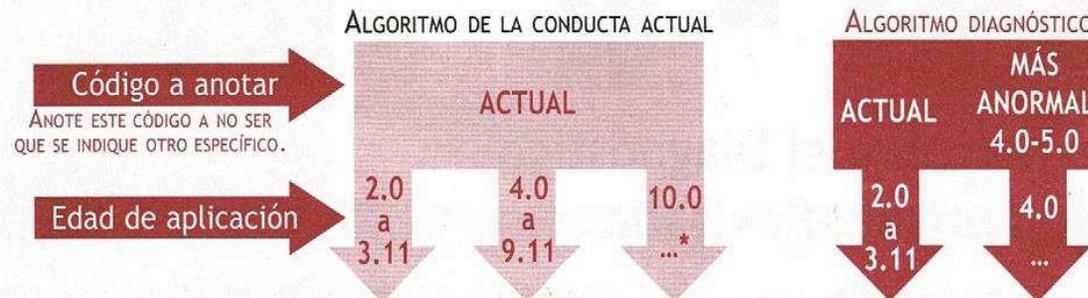
	ALGORITMO DE LA CONDUCTA ACTUAL			ALGORITMO DIAGNÓSTICO		Puntuación de algoritmo
	2.0 a 3.11	4.0 a 9.11	10.0 a ...*	2.0 a 3.11	4.0 a ...	
50 Mirada directa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51 Sonrisa social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
57 Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL A1						<input type="text"/>

SOLO SI ES <5**

Codificación

- Obtener la puntuación total de cada Subdominio.

A. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA



A1. Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

	ALGORITMO DE LA CONDUCTA ACTUAL			ALGORITMO DIAGNÓSTICO		Puntuación de algoritmo
50 Mirada directa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
51 Sonrisa social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
57 Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<small>SÓLO SI ES <5**</small>					<input type="text"/>
						TOTAL A1

Codificación

Trasladar todas las puntuaciones al cuadro resumen de la primera página

RESUMEN DE PUNTUACIONES				Algoritmo diagnóstico*		* Los puntos de corte son solo para los algoritmos diagnósticos. Los algoritmos de la conducta actual no tienen puntos de corte	
A1	A2	A3	A4	Total A	Punto de corte = 10		
B1	B2 (V)	B3 (V)	B4	Total B Verbal	Punto de corte = 8	Total B No verbal	Punto de corte = 7
C1	C2	C3	C4	Total C	Punto de corte = 3		
				Total D	Punto de corte = 1		

Los puntos de corte permiten establecer un diagnóstico

Interpretación resultados

Diagnósticos según resultados algoritmo

A) Puntuaciones de los tres dominios (A, B, C) por debajo del punto de corte= improbable TEA

B) Puntuaciones en los cuatro dominios (A, B, C, D) superan puntos de corte= Alguna forma de TEA (Complementar el diagnóstico)

C) Resultados que difieren en los cuatro dominios (A, B, C, D). La interpretación es de “Resultados Mixtos”

Interpretación resultados

Si se han confirmado los resultados, qué tipo de TEA debe diagnosticarse?

Interpretación resultados

1) Síndrome de Rett.

Código 1 o 2 elemento 21	Movimientos de manos en línea media y pérdida de movimientos voluntarios en manos
Código 2 elemento 20	Pérdida de habilidades durante 3 meses
Código 993	Pérdida aun presente
Código 994 en elemento 28	Deterioro continuado y duración de la pérdida
Código 1,2 en elemento 79	Movimientos de manos en línea media
Código 1, 2 elemento 84	hiperventilación
Código 1,2 en elemento 85	Desmayos , ataques , ausencias

Interpretación resultados

2) Síndrome Desintegrativo en la infancia.

Código 2 elemento 20	Pérdida general de habilidades
Código 24 meses en elemento 26	Momento en el que se hicieron evidentes las pérdidas.
Código 0 en elemento 12	Presencia de habla diaria y significativa antes de la pérdida.
Aparición de TEA se produce a los 24 meses o mas tarde.	

Interpretación resultados

3) Síndrome de Asperger (DSM IV) o Trastorno de la Comunicación social (DSMV) .

Diagnóstico diferencial entre Autismo y SA o TCS radica en :

- Deterioro significativo cognitivo o habilidades adaptativas (distintas a la socialización).
- Existencia o no de lenguaje hablado.

Interpretación resultados

Elemento 9	Edad de las primeras palabras antes de los 24 meses.
Elemento 10	Edad de las primeras frases antes de los 33

Es necesario estudiar el nivel intelectual (Test psicológicos individuales y la conducta adaptativa social evaluada mediante escalas como Vineland (VABS, Sparow et al 1984)

Alteraciones comunicativas en Autismo y SA muy similares.
Reconocimiento SA mas tardio
Anormalidades sociales menos frecuentes en SA .

Interpretación resultados

4) Resultados mixtos:

Cumplen algunos criterios y otros no.

- a) Puntuación en interacción recíproca por encima pero lenguaje y comportamientos repetitivo no. → Valorar Autismo dado que la prueba puede contener errores de medida.
- b) Se superan los 3 puntos de corte pero edad superior a 3 años. Valorar como muy posible el no diagnóstico de TEA.

Bibliografía

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). **DSM-5**: Manual diagnóstico y e
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales **DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson. estadístico de los trastornos mentales (5a ed.).
- <https://www.youtube.com/watch?v=8X1f0y0JTxs>.
Vídeo “ El laberinto del autismo”.
- <https://www.youtube.com/watch?v=eoyY6MPOZS8>. AFANYA TEA.
https://verne.elpais.com/verne/2017/12/20/articulo/1513792334_779143.html. Explicación Síndrome de Ásperger
- <http://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/persons-with-autism-spectrum-disorders-es-final-3.pdf>. Documento Oficial Comisión Europea sobre detección e intervención en TEA

Bibliografía

- Fernández Martín F, Arce Calvo MT, Moreno Molina JA. “Escuchemos el lenguaje del niño”: normalidad versus signos de alerta. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;(23):101-10.
- <https://www.youtube.com/watch?v=bw8ghRs5jIY> Intención comunicativa.
- http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/glosario_tea.htm. Glosario términos TEA . MEC.

Tres importantes instrumentos especialmente concebidos para la evaluación de los trastornos del espectro autista

SCQ

Breve cuestionario destinado al screening de los trastornos del espectro autista.

Respondido por padres o cuidadores en apenas 10 minutos, el SCQ es un medio efectivo, rápido y económico de determinar la posible presencia de un trastorno del espectro autista. A partir de los puntos de corte que incluye permite determinar el grado de sospecha y la necesidad de realizar una evaluación más completa con pruebas como el ADI-R o el ADOS. También puede ser usado de modo rutinario para descartar la presencia de este tipo de trastornos en el ámbito escolar o clínico. Esta prueba, previamente conocida como ASQ (*Autism Screening Questionnaire*) fue creada por los mismos autores del ADI-R y del ADOS con el objetivo de servir de prueba de cribaje.

ADI-R

Completa entrevista estructurada para el diagnóstico.

El ADI-R es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de sujetos de los que se sospecha que pudieran padecer 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) mediante 93 preguntas que se le hacen a los padres o cuidadores. La información recogida se codifica y se traslada a unos sencillos y útiles algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual.

ADOS-2

Prueba de referencia para la evaluación y diagnóstico de los trastornos del espectro autista.

El ADOS-2 es un completo sistema de observación de la conducta de sujetos de los que se sospecha que pudieran padecer algún trastorno del 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 cinco módulos, cada sujeto es evaluado solo con aquel más adecuado a su edad y nivel de comunicación verbal. El ADOS-2 se puede aplicar a sujetos de muy diferentes edades (desde niños de 12 meses a adultos), niveles de desarrollo y comunicación verbal (desde aquellos sin habla a aquellos con un habla fluida). Incluye puntos de corte para el diagnóstico.

A la **vanguardia** de la
evaluación psicológica ✓

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa

