

**“Descripción, caracterización y clasificación de las técnicas de exploración diagnóstica que se utilizan en el trastorno del espectro autista dentro del campo de la psicopedagogía.”**

**Estudiante:** Milagros Alejandra Magali Alfonso

**Legajo:** 22922

**Director/es:** Lic. Martin Alvarez.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en Psicopedagogía.

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

### **Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ 25/ 11/ 2025]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: San miguel, 25 de noviembre de 2025

Firma y aclaración del autor:



## **Tabla de contenido**

<b>Resumen</b>	<b>8</b>
<b>Introducción</b>	<b>9</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>11</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>13</b>
Definición de psicopedagogía	13
1. Diagnóstico de Dificultades de Aprendizaje:	15
2. Evaluación Integral:	15
3. Intervención Personalizada:	15
4. Colaboración Multidisciplinaria:	16
5. Orientación y Asesoramiento:	16
6. Monitoreo y Seguimiento:	16
7. Prevención:	16
8. Investigación y Formación:	16
<b>Método</b>	<b>26</b>
Introducción a las técnicas de exploración diagnóstica	28
<b>Las principales pruebas de detección del autismo</b>	<b>28</b>
1. Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo 2 (ADOS 2)	29
Descripción General	29
Estructura y Administración	30
Normas de Codificación	31
¿Cuántas veces debe aplicarse?	31
Ventajas	32

Limitaciones	32
2. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada (ADI-R)	32
Descripción General	32
Estructura y Administración	32
Ventajas	33
Limitaciones	33
3. Escala de Calificación del Autismo Infantil (CARS).	34
Descripción general	34
Estructura	34
Administración	34
Ventajas	35
Limitaciones	36
4. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - General (ADOS-G).	36
Descripción general	36
Estructura y administración	37
Ventajas	37
Limitaciones	37
5. Programa prelingüístico de observación de diagnóstico de autismo (PL-ADOS).	37
Descripción general	37
Estructura y administración	37
Ventajas	38
Limitaciones	38
6. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS)	38

Descripción general	38
Estructura y administración	39
Ventajas	39
Limitaciones	39
Complementarias:	40
Screening:	40
1. Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)	40
Descripción general	40
Estructura y administración	41
Ventajas	41
Limitaciones	41
2. Cuestionario de screening para el Espectro Autista (ASSQ).	41
Descripción general	41
Estructura y administración	42
Ventajas	42
Limitaciones	42
3. Cuestionario Modificado para la Detección del Autismo en Niños Pequeños o Cuestionario Modificado para el Autismo en Niños Pequeños (M-CHAT).	42
Descripción general	42
Estructura y administración	43
Ventajas	43
Limitaciones	43
4. Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST).	43

Descripción general	43
Estructura y administración	44
Ventajas	44
Limitaciones	44
5. Lista Cuantitativa de Comprobación para el Autismo en Niños Pequeños (Q-CHAT).	44
Estructura y Administración	45
Ventajas	45
Limitaciones	45
6. Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS).	46
Descripción general:	46
Estructura:	46
Administración:	46
Ventajas:	47
Limitaciones:	47
7. Cociente de Espectro Autista (AQ).	48
Descripción general	48
Estructura y administración	48
Ventajas	48
Limitaciones	48
8. Cociente de espectro autista abreviado (AQS).	49
Descripción General	49
Estructura	49

Administración	49
Ventajas	49
Limitaciones	50
Evaluación del desarrollo general o habilidades específicas	50
• ASQ-3 (Cuestionario de Edades y Etapas)	50
1- Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ-3).	50
2. Test de Lectura y escritura en español (LEE).	51
Descripción general	51
Estructura y administración	51
Procedimiento:	52
Ventajas	52
Limitaciones	53
TABLA GENERAL:	54
Resultados	60
1. Según el enfoque:	62
2. Según el tipo de instrumento:	62
3. Según el contexto de aplicación:	63
4. Según el tipo de diagnóstico:	63
5. Según el objetivo:	63
Conclusión	67
<b>Aportes y contribuciones de la investigación</b>	<b>68</b>
<b>Limitaciones de la investigación</b>	<b>70</b>
• El estudio se basó en una revisión teórica, conceptual y/o documental no sistemática,	

por ello, no se garantiza la exhaustividad total de instrumentos disponibles ni la inclusión de todos los avances recientes en diagnóstico del TEA.	70
• La interpretación de los instrumentos puede variar entre evaluadores según su formación y experiencia.	70
<b>Líneas de investigación futuras</b>	<b>71</b>
<b>Referencias:</b>	<b>72</b>
<b>Anexos</b>	<b>81</b>

**“Descripción, caracterización y clasificación de las técnicas de exploración diagnóstica que se utilizan en el trastorno del espectro autista dentro del campo de la psicopedagogía.”**

## Resumen

El presente trabajo aborda el avance de la psicopedagogía y su implicancia en la evaluación del Trastorno del Espectro Autista (TEA), haciendo especial énfasis en la necesidad de organizar y sistematizar las técnicas de exploración diagnóstica disponibles. A través de una revisión teórica, se identifican y clasifican diversas herramientas empleadas por los profesionales del campo de la psicopedagogía para evaluar el TEA, considerando enfoques cuantitativos y cualitativos, tipos de instrumentos, contextos de aplicación, objetivos diagnósticos y finalidades evaluativas. Asimismo, se destaca la incumbencia del rol psicopedagógico en la evaluación integral de los sujetos, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales, sociales y contextuales. El trabajo propone una organización clara de los recursos diagnósticos con el fin de facilitar la labor profesional, promover intervenciones personalizadas y fomentar un enfoque interdisciplinario. Esta propuesta busca también fortalecer la práctica clínica y ofrecer la descripción de las herramientas para la detección, validación y seguimiento del TEA en distintos contextos educativos y terapéuticos.

**Palabras clave:** Psicopedagogía; evaluación psicopedagógica; trastorno del espectro autista.

## Introducción

A lo largo de los años, la psicopedagogía ha ido avanzando considerablemente gracias a las diversas investigaciones que se han realizado, como así también, cada vez es más conocida dentro de la sociedad. Por otro lado, el trastorno del espectro autista al ser observado durante los primeros años de vida o incluso en avanzada edad, también ha presentado diferentes métodos y estudios para el tratamiento, según así requiera el sujeto. Así mismo, dentro del área de estudio clínico psicopedagógico existen diferentes métodos evaluativos para el diagnóstico de este trastorno. Ahora bien, una de las razones por la cual se presenta la misma es que al momento de evaluar, el profesional emite una laguna y no sabe qué utilizar para poder diagnosticar. Por lo tanto, lo que se busca hacer es responder a la siguiente pregunta: ¿Existen instrumentos de diagnóstico para el trastorno del espectro autista que puedan ser tomados por la psicopedagogía para la evaluación sistemática y organizada?

El presente Trabajo final integrador para la licenciatura en psicopedagogía tendrá como objetivo identificar y describir los diferentes instrumentos de exploración diagnóstica que puedan ser utilizados en el campo psicopedagógico para la evaluación del espectro autista. Se pretende describir diferentes técnicas de exploración diagnóstica dirigidas a diagnosticar el Trastorno del espectro Autista y se propiciará la construcción de una clasificación para el uso del profesional en psicopedagogía. Es importante aclarar que, si bien se conoce que existen otras técnicas de exploración diagnóstica, solamente se tomarán algunas de las más valiosas y utilizadas dentro del ámbito psicopedagógico. Igualmente, a futuro existe la posibilidad de agregar y complementar el mismo.

Para este trabajo se tomó como punto de partida que no existe una sistematización desde el campo de la psicopedagogía que permita tener una visión organizada y detallada de las diferentes técnicas de exploración diagnósticas más utilizadas para la evaluación del trastorno del espectro autista, por lo tanto, la presente propuesta busca describir, caracterizar,

organizar y proponer una clasificación para que los profesionales del campo psicopedagógico tengan una guía básica de consulta de los instrumentos aplicados al mismo.

Los objetivos principales de esta investigación serán:

**Objetivo General:**

- Identificar y describir los diferentes instrumentos de exploración diagnóstica que puedan ser utilizados en el campo psicopedagógico para la evaluación del espectro autista.

**Objetivo específico:**

- Realizar una clara distinción de los diferentes instrumentos evaluativos utilizados en el trastorno del espectro autista con el propósito de establecer criterios que orienten su aplicación según las necesidades de cada caso.
- Organizar y clasificar las técnicas de exploración diagnóstica para favorecer el trabajo psicopedagógico en el ámbito clínico.

## Antecedentes

El estudio realizado por Torres Diaz et al (2025), técnicas e instrumentos para evaluar el trastorno del espectro autista (TEA), la que tiene por objetivo identificar artículos que analicen el desarrollo y la adaptación de técnicas e instrumentos de evaluación diagnóstico del TEA en niños y adolescentes. La metodología fue cuantitativa de alcance descriptivo longitudinal retrospectivo conformando una revisión sistemática utilizando el método prisma analizando un total de 10763 resultados. Se han observado que:

El instrumento más mencionado se denomina refuerzos positivos, utilizado en 10 investigaciones. Le siguen el ABII/ABII-PQ con 11 investigaciones y el Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2), que aparece en 6 estudios. Otros instrumentos reconocidos incluyen la Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), utilizada en 1 investigación, y la Chandigarh Autism Screening Instrument (CASI), también en 1 estudio. Además, se destacan herramientas como el Social Responsibility Scale (SRS) y el Child Behaviour Checklist (CBCL), entre otros. Conclusión. Los instrumentos convencionales tienden a refinarse y adaptarse mejor a los contextos locales, mientras que los tecnológicos podrían permitir un diagnóstico más preciso y temprano del TEA en niños. (p.266)

Liu y Ma (2022) realizan una revisión sistemática de la detección, evaluación y diagnóstico del trastorno del espectro autista mediante telemedicina. Examinando el uso de la tecnología para la detección evaluación o diagnóstico de TEA y en qué medida se reportaron las características muestrales y sus propiedades psicométricas. El estudio se realizó utilizando 4 bases de datos entre los años 2000 y 2022 se analizaron 26 estudios que cumplieron los criterios de inclusión dividiéndolos en 3 categorías: detección, diagnóstico y evaluación. Desde una mirada psicométrica 26 estudios dan cuenta de evaluación y diagnóstico abarcando 17 aplicaciones de telesalud. Las herramientas las clasifican en tiempo real o de almacenamiento

y reenvío con puntuaciones estadísticas o aprendizaje automático, según enfoques basados en contenido. Como indicadores de observación conductual utilizaron criterios diagnósticos recientes y las combinaron con escalas y cuestionarios.

En el año 2011 Soprano (2011) presenta cómo evaluar el lenguaje en niños y adolescentes donde recorre la evaluación del lenguaje, las dimensiones del sistema lingüístico, los trastornos del lenguaje, los distintos cuadros clínicos, la Evaluación del lenguaje oral, la evaluación temprana del lenguaje y la hora de juego lingüística. Esto remite a una compilación de técnicas de exploración diagnóstica específica para un trastorno del neurodesarrollo en particular: el lenguaje.

Soprano (2010) en como evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes, recorre los marcos teóricos de la atención y las funciones ejecutivas, la descripción, caracterización de las técnicas de exploración diagnóstica sobre atención focalizada, selectiva, dividida, simultánea, sostener y vigilar, como así también, la evaluación de las funciones ejecutivas, batería de atención, funciones ejecutivas y evaluación de las mismas mediante los test de inteligencia y batería de cognitiva general.

Burin, Drake. y Harris, (2007) en evaluación neuropsicológica en adultos recorren una introducción a la evaluación neuropsicológica y una caracterización y descripción de las distintas técnicas de exploración diagnóstica en relación a la inteligencia, atención, visopercepción y visoconstrucción, praxias, lenguaje, alteraciones de la lectura, memoria, funciones ejecutivas, cognición social y otras bacterias relacionadas con la evaluación neuropsicológica.

## **Marco teórico**

### **Definición de psicopedagogía**

La psicopedagogía tiene sus comienzos en la Argentina en el año 1956. Es una ciencia transversal que se enfoca en el aprendizaje humano en diversos contextos y etapas de la vida.

Según Baeza (2012), esta disciplina considera factores biológicos, cognitivos, ambientales y emocionales que influyen en el proceso de aprendizaje. Uno de sus principales objetivos es optimizar las condiciones del sujeto de aprendizaje para mejorar el proceso educativo.

Fernández (2017) destaca que la psicopedagogía se centra en el proceso de aprender, lo que implica cuestionar y reflexionar para articular el desconocimiento, el conocimiento y el deseo de conocer. (p.18). La psicopedagogía se involucra en diversos campos, como salud, educación y otros, desempeñando funciones de gestión, diagnóstico y tratamiento, siendo el proceso diagnóstico el eje central de su intervención (Salamone, 2014). Así también debemos destacar que “El psicopedagogo debe tener en cuenta los aspectos que entran en juego en el proceso de aprendizaje, buscando potencializar las capacidades y habilidades de las personas, visualizando y viabilizando sus posibilidades, recursos y fortalezas, incluyendo el contexto y medio ambiente” (Diaz, 2016, p. 25).

### **Competencias profesionales del título de Licenciado en Psicopedagogía**

A continuación, se exponen las incumbencias del Licenciado en Psicopedagogía obtenidas de la Resolución N° 2473 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación de Buenos Aires ordenada el 2 de noviembre de 1989:

- Asesorar con respecto a la caracterización del proceso de aprendizaje, sus perturbaciones y/o anomalías, para favorecer las condiciones óptimas del mismo en el

ser humano, a lo largo de todas sus etapas evolutivas en forma individual y grupal, en el ámbito de la educación y de la salud mental.

- Realizar acciones que posibiliten la detección de las perturbaciones y/o anomalías en el proceso de aprendizaje.
- Explorar las características psicoevolutivas del sujeto en situación de aprendizaje.
- Participar en la dinámica de las relaciones de la comunidad educativa a fin de favorecer procesos de integración y cambio.
- Orientar respecto de las adecuaciones metodológicas acordes con las características bio-psicosocio-culturales de individuos y grupos
- Realizar diagnósticos de los aspectos preservados y perturbados comprometidos en el proceso de aprendizaje para efectuar pronósticos de evolución.
- Implementar sobre la base del diagnóstico, estrategias específicas, tratamiento, orientación, derivación, destinadas a promover procesos armónicos de aprendizaje.
- Participar en equipos interdisciplinarios responsables de la elaboración, dirección, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en las áreas de educación y salud.
- Realizar estudios e investigaciones referidos al quehacer educacional y de la salud, en relación con el proceso de aprendizaje y a los métodos, técnicas y recursos propios de la investigación psicopedagógica.

Si bien se sabe que la psicopedagogía se desarrolla en diferentes campos, en este caso se especifica dentro del ámbito clínico. Dentro del ámbito de la salud, siguiendo las incumbencias recién mencionadas, la psicopedagogía clínica se constituye como un espacio de intervención orientado al diagnóstico, prevención y tratamiento de las dificultades que se presentan en los procesos de aprendizaje. Desde esta perspectiva, el psicopedagogo aborda al

sujeto aprendiente tomando en cuenta el contexto, las emociones, el perfil cognitivo y social que interactúan en su manera de aprender.

La evaluación Psicopedagógica es un método que estudia el funcionamiento cerebral en relación a los procesos de aprendizaje (intelectivo y emocional) brindando información no provista por otros métodos de estudio (electroencefalograma, tomografía computada o resonancia magnética). Permite a los profesionales comprender cómo funcionan las diferentes áreas y sistemas del cerebro de una persona a través de la medición de sus capacidades cognitivas y emocionales relacionadas con los procesos de aprendizaje. (Alvarez, 2019, diapositiva 11). Esta evaluación es una herramienta clave en la práctica psicopedagógica, ya que permite identificar necesidades específicas, orientar intervenciones y promover un aprendizaje significativo y adaptado a las particularidades de cada individuo

La incumbencia de la psicopedagogía en la evaluación psicopedagógica es fundamental y abarca diversas áreas clave. A continuación, específico algunos aspectos destacados:

### **1. Diagnóstico de Dificultades de Aprendizaje:**

- Los psicopedagogos son responsables de identificar y evaluar las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes, utilizando herramientas estandarizadas y observaciones. (IES Pereda, s. f.)

### **2. Evaluación Integral:**

- La evaluación psicopedagógica implica un enfoque holístico, que considera no sólo las capacidades cognitivas, sino también aspectos emocionales, sociales y contextuales que pueden afectar el aprendizaje. (IES Pereda, s. f.)

### **3. Intervención Personalizada:**

- Basándose en los resultados de la evaluación, los psicopedagogos diseñan intervenciones específicas adaptadas a las necesidades de cada individuo, promoviendo su desarrollo integral. (IES Pereda, s. f.)

#### **4. Colaboración Multidisciplinaria:**

- Los psicopedagogos trabajan en conjunto con otros profesionales, como maestros, psicólogos y terapeutas, para obtener una visión más completa del individuo y garantizar un enfoque coordinado en la intervención. (IES Pereda, s. f.; Rincón del Docente, s. f.).

#### **5. Orientación y Asesoramiento:**

- Proporcionan orientación a padres y docentes sobre las mejores estrategias para apoyar el aprendizaje y el desarrollo de los estudiantes, basándose en los hallazgos de la evaluación. (Rincón del Docente, s. f.).

#### **6. Monitoreo y Seguimiento:**

- Realizan un seguimiento del progreso del individuo, ajustando las estrategias de intervención según sea necesario para maximizar el potencial de aprendizaje.

#### **7. Prevención:**

- A través de la evaluación, los psicopedagogos pueden identificar factores de riesgo y diseñar programas de prevención para abordar dificultades antes de que se conviertan en problemas significativos. (IES Pereda, s. f.)

#### **8. Investigación y Formación:**

- Participan en la investigación sobre métodos de evaluación y prácticas educativas, contribuyendo al avance del conocimiento en el campo y mejorando la formación de futuros profesionales. (IES Pereda, s. f.)

### **Trastornos del desarrollo en la infancia**

Estos trastornos “son dificultades que impiden o alteran la adquisición de ciertas habilidades cognitivas, motoras, del lenguaje, sociales y de la comunicación.” (Narvarte, 2021, p. 12). Estas condiciones se presentan en diferentes magnitudes según la gravedad de cada caso. Los trastornos del desarrollo pueden ser:

- un retraso
- un desvío en el desarrollo madurativo- conductual
- un déficit o alteración

Para la Psiquiatría y la Neurología, estos se ubican dentro de los trastornos del neurodesarrollo, así mismo los cataloga el manual de clasificación de los trastornos mentales (DSM V) y el manual de la OMS CIE 11. Dentro de estos trastornos del neurodesarrollo podemos encontrar al Trastorno del espectro autista.

### **¿Por qué la Psicopedagogía trabaja con el Trastorno del Espectro Autista?**

La psicopedagogía trabaja con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) por varias razones:

Intervención integral: Los psicopedagogos abordan el aprendizaje y el desarrollo emocional de las personas con TEA, ofreciendo estrategias adaptadas a sus necesidades específicas.

Potencialización de habilidades: Buscan identificar y potenciar las habilidades y fortalezas de cada individuo, promoviendo su inclusión y adaptación en diferentes entornos.

Encuadre en el contexto: Tienen en cuenta lo familiar y social, lo que les permite desarrollar intervenciones que involucren a la familia y otros profesionales.

Prevención y tratamiento: se implementan métodos de prevención y tratamiento que ayudan a mejorar las habilidades sociales, comunicativas y académicas de las personas con TEA.

Investigación: La psicopedagogía contribuye a la investigación sobre el Trastorno del Espectro Autista, mejorando las estrategias y enfoques utilizados en la intervención.

En resumen, la psicopedagogía juega un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de las personas con Trastorno del Espectro Autista y en su integración social y educativa.

Para comprender aún mejor esto, según el artículo de la asociación de apoyo a familias y personas con trastornos del espectro autista de Granada, se señala lo siguiente:

La intervención psicoeducativa consiste en formar y guiar tanto a la persona con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) como a su familia, sobre cómo intervenir para lograr la mayor calidad de vida posible. Resulta de gran importancia adaptar la intervención a las características de cada caso y su entorno, estableciéndose los objetivos de la intervención en coordinación con la familia y los diferentes profesionales que pueden intervenir. Es un proceso continuo y dinámico de optimización y transformación en todos los ámbitos, contextos y a lo largo de todo el ciclo vital que se desarrolla a través de una acción sistemática y contextualizada, planificada y evaluada. (Mírame, s.f., párr. 2)

Dentro de este campo, además de prevenir y tratar, se diagnostican diferentes patologías. Una de las más investigadas es el trastorno del espectro autista (TEA), el cual precisa un tratamiento personalizado permanente en constante revisión y monitorización favoreciendo la integración social y calidad de vida de las personas con esto. La intervención

temprana es crítica para que el niño pueda beneficiarse al máximo de las terapias existentes. Actualmente no existen medios efectivos para prevenir el autismo, ni tratamientos totalmente eficaces o cura (Prieto, 2019)

## **¿Cómo llegamos al trastorno del Espectro Autista?**

### **Concepto, caracterización y antecedentes**

Para comenzar a hablar de este trastorno, primeramente, se expondrá el concepto del mismo y, luego, se comentará su periodo histórico hasta la llegada de la denominación actual.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una alteración del neurodesarrollo, es decir que se origina durante la etapa de crecimiento y desarrollo neuronal, y se caracteriza por dificultades en el lenguaje, la socialización y el comportamiento (Narvarte, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un conjunto de afecciones diversas relacionadas con el desarrollo cerebral, que se expresan, entre otros, en la dificultad de la interacción social, como la presencia de conductas repetitivas, la comunicación verbal y no verbal. (2023)

Generalmente se detecta antes de los tres años de edad y requiere un tratamiento personalizado para favorecer la integración social y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

A lo largo de la historia, han sido varios los investigadores que han centrado sus estudios en el Trastorno del Espectro Autista (TEA). La cantidad de personas diagnosticadas con TEA ha aumentado drásticamente a lo largo de los últimos años. Los estudios indican una mayor frecuencia de diagnósticos en varones en comparación con mujeres; por cada niña diagnosticada, hay cuatro niños diagnosticados (Prieto, 2019)

El concepto de autismo fue sistematizado por el psiquiatra Leo Kanner en 1943, quien lo describió como un "trastorno del neurodesarrollo" con dificultades en la interacción social y una

tendencia hacia la perseverancia (Kanner, 1943). Hans Asperger también contribuyó en 1944, enfocándose en aspectos del desarrollo del lenguaje y habilidades sociales (Asperger, 1944). En 1980, el DSM-III incluyó al autismo en sus categorías diagnósticas, aunque con diversas teorías sobre su origen y tratamiento. Estas teorías incluyen enfoques psicoanalíticos que consideraban el autismo como una forma de psicosis infantil, aunque estas ideas fueron posteriormente cuestionadas que ponían el acento en la manifestación psiquiátrica infantil, donde la relación de la madre con su hijo era la causante del mismo. (Narvarte, 2021).

Según los autores Scandar y Paterno (2010) el autismo, en primer lugar, presenta déficits en la interacción social en cuanto al lenguaje no verbal (sostener la mirada, expresar emociones, gestos, etc.) A su vez, también presentan dificultades para tener relaciones, interpretar, comprender, compartir gustos e intereses con niños de la misma edad. Por consiguiente, expresan que el lenguaje en estos casos se demora en cuanto al desarrollo del mismo, presentando uno repetitivo o con dificultad para tener conversaciones. Por otro lado, tienden a tener una atención fija en algún tema, en el cual colocan toda su energía en esto, por lo tanto, redirigir esta misma es difícil ya que pueden presentar angustia en algunos casos. No obstante, ciertos pacientes presentan habilidades memorísticas con asuntos puntuales, como, por ejemplo: dinosaurios, insectos, autos, trenes, etc. Cabe destacar que, en la primera infancia presentan conductas motoras repetitivas, ya sean movimientos de manos como si fueran alas (llamados comúnmente aleteo), balanceo, movimiento maxilar, etc. Estos comúnmente se presentan ante alguna situación de estrés o excitación espontáneamente. Y, por último, otra característica importante que pueden llegar a presentar es en cuanto a la rutina, son muy obstinados a cumplir con los mismos sin que haya posibilidad de cambio alguno. En lo que concierne a los problemas en el lenguaje se advierte una marcada literalidad (no suelen entender el lenguaje figurado), como así una imposibilidad para entender y emplear el lenguaje no verbal. Suelen presentarse retrasos en la adquisición del lenguaje, en muchos casos sucede

que el sujeto puede no llegar a desarrollar el lenguaje en absoluto. En cuanto a la socialización, existe una falta de interacción y un desinterés por la vinculación con los demás, estando encerrados en sí mismos, ya que las personas que poseen este trastorno tienen una dificultad que no le permite ver que las demás personas son entes con una mente independiente y separada de la propia. Hay una dificultad para iniciar y responder a interacciones sociales, existiendo poca reciprocidad socioemocional.

Con respecto al comportamiento predomina la presencia de intereses restringidos y una elevada necesidad de rutinas, siendo la presencia de cambios algo tremendamente estresante para ellos ya que las precisan para tener una sensación de seguridad. Se observa frecuentemente en ellos una hiper estimulación, reaccionando en exceso o no reaccionando en absoluto a ruidos y luces.

En las últimas investigaciones científicas sobre cuáles podrían ser las causas orgánicas acerca del autismo, señalan que se trata de “una alteración neurológica que se produce durante la etapa de neurogénesis, resultado de un problema básico de las funciones sinápticas, se trataría de un síndrome de desconectividad y desincronización de las redes neuronales.” (Narvarte, 2021, p. 8).

Si bien este trastorno se diagnostica generalmente en niños, es un trastorno crónico que se mantiene en la edad adulta, requiriendo de un manejo terapéutico apropiado para lograr disminuir la posible afección en las diversas áreas de la vida y aumentar el nivel de autonomía y bienestar de estas personas. Sucedió un largo recorrido para llegar al reconocimiento del diagnóstico, quedando varias áreas sin abarcar debido a su heterogeneidad nosológica, que continúan siendo objeto de estudio, una de estas limitaciones está vinculada al diagnóstico temprano y abarcar la gran heterogeneidad del espectro.

### **Clasificación según el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5)**

En la última edición del DSM (DSM-5), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) engloba varias categorías diagnósticas previas, como el Trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo (TGD) bajo un único diagnóstico posible.

El DSM-5 define el TEA por alteraciones en la comunicación y la interacción social, así como patrones de comportamiento restringidos e intereses muy específicos (American Psychiatric Association, 2013). El Trastorno de Asperger se separa por su mejor funcionalidad en cuanto al lenguaje y aptitudes intelectuales.

Según Mariana Narvarte (2021), el manual define al trastorno del espectro autista (TEA) como:

Alteraciones de la comunicación e interacción social en múltiples contextos, alteraciones de la reciprocidad social y emocional; déficits en la comunicación no verbal que se usa en la comunicación social y déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones; asociadas a pautas de comportamiento restringido, (movimientos motores y uso de objetos rutinarios, adherencia a rutinas, intereses altamente restringidos e hiperactividad). (Narvarte, 2021; p.34)

Según el DSM-5 (2014) el trastorno del espectro autista presenta una limitación en la comunicación social con ciertos comportamientos restringidos. Se encuentra dentro de los trastornos del desarrollo neurológico y presenta “que está asociado a una afección médica o genética conocida, a un factor ambiental o a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental, o del comportamiento” (p.30) con ciertas características:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamientos rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Híper- o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento). (p.29)

### **Según la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11)**

En la revisión más actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades - 11 (CIE-11), el trastorno del espectro autista está dentro de la categoría de “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo” (World Health Organization, 2018). Se define como:

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles.

El inicio del trastorno ocurre durante el período del desarrollo, típicamente en la primera infancia, pero los síntomas pueden no manifestarse plenamente hasta más tarde, cuando las demandas sociales exceden las capacidades limitadas. Los déficits son lo suficientemente graves como para causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo, y

generalmente constituyen una característica persistente del individuo que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo. A lo largo del espectro, los individuos exhiben una gama completa de capacidades del funcionamiento intelectual y habilidades de lenguaje. (World Health Organization, 2018, p. 37).

### **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento o CIF de la Discapacidad y de la Salud, es un sistema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para clasificar y describir la salud, la discapacidad y el funcionamiento humano. Fue adoptada en el año 2001 y ofrece un marco integral para entender cómo diversas condiciones de salud afectan la vida de las personas. Este considera tanto aspectos médicos como sociales, reconociendo que la discapacidad no es solo una deficiencia médica, sino que también implica factores sociales y ambientales que pueden facilitar o dificultar la participación de una persona en la sociedad. A su vez, cabe aclarar que entiende al funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias. (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, Geoffrey, Stucki y Cieza, 2009).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento nombra al Trastorno del Espectro Autista dentro del capítulo de funciones mentales, funciones psicosociales globales como:

Funciones mentales generales, y su desarrollo a lo largo del ciclo vital, requeridas para entender e integrar de forma constructiva varias funciones mentales que conducen a la obtención de habilidades interpersonales necesarias para establecer interacciones sociales recíprocas tanto en lo referente al significado como a la finalidad. (Organización Mundial de la Salud, CIF, 2001)

## **Abordaje Interdisciplinario y Rol Psicopedagógico en el Diagnóstico Temprano**

El diagnóstico debería comenzar desde la consulta pediátrica en la cual éste lo derive hacia una interconsulta con un neurólogo infantil, psicólogo/a, fonoaudiólogo/a, psicopedagogo/a, psiquiatra infantil y en algunos casos genetista. Antes de una prueba debemos conocer al paciente en sí y a partir de eso seleccionar la técnica o el instrumento que se adecue a las características que tenga presente. Si este llega a observar alguna conducta específica mencionada anteriormente, se empezará una red interdisciplinaria para lograr dar al diagnóstico en sí.

La consulta profesional es necesaria en estos casos y es un derecho previsto en el Sistema De Prestaciones Básicas En Habilitación Y Rehabilitación Integral (Ley 24.901, 1997), que establece la obligación de las obras sociales y empresas de medicina prepaga a cubrir las prestaciones de:

- detección temprana,
- diagnóstico, y
- tratamiento.

Según Narvarte (2021) El diagnóstico temprano de un Trastorno generalizado del desarrollo (TGD)/Trastorno del espectro autista (TEA) permite:

- adecuado abordaje terapéutico
- temprana intervención terapéutica con el niño y su familia
- adecuada elección educativa
- controles evolutivos específicos y graduales
- Prevención de posibles complicaciones. (p.37).

Por eso, junto con el diagnóstico, suele sugerirse la gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD). Entre los derechos más importantes que le otorga el mismo está el acceso al Sistema de Prestaciones Básicas mencionado anteriormente (Ley 24901, 1997).

### **Diagnóstico del desarrollo madurativo**

En este tipo de diagnóstico se destaca el rol psicopedagógico evaluando el desarrollo madurativo como todas las áreas del desarrollo psicomadurativo. Para poder diagnosticar a un sujeto con los dichos trastornos se considera fundamental evaluar las siguientes áreas:

- área de la autonomía personal
- área social
- área del lenguaje y la comunicación
- área de la cognición
- área de la motricidad gruesa
- área de la motricidad fina

El resultado de cada una de estas evaluaciones arroja una edad de desarrollo madurativo y un perfil. Las mismas se realizan mediante intervención directa con el sujeto o familia y según la edad junto a una Escala de desarrollo madurativo. (Ver anexo A)

## **Método**

El presente trabajo adopta una modalidad de revisión teórica y documental no sistemática, orientada a analizar diferentes enfoques y evaluaciones vinculadas con la intervención psicopedagógica en el abordaje del autismo desde una perspectiva sistémica.

Este tipo de investigación se basa en la revisión, organización y análisis interpretativo de material bibliográfico previamente publicado (textos académicos, artículos, documentos institucionales y producciones científicas) que aportan fundamentos conceptuales relevantes para la comprensión del fenómeno estudiado.

Tal como lo expresa Muñoz Razo (2011):

“La investigación documental constituye una forma de indagación científica que, mediante un proceso formal de recopilación, concentra datos e información incluidos en libros, textos, apuntes, revistas, páginas web y otros documentos gráficos o electrónicos. Una vez reunida esta información, el investigador debe reflexionar sobre ella, analizarla e interpretarla, con el fin de fundamentar, cuestionar o generar nuevos conocimientos dentro de una disciplina o en el campo científico en general” (p. 104).

En función de ello, el presente trabajo no pretende desarrollar un estudio empírico ni un análisis sistemático, sino recuperar, contrastar y reflexionar críticamente sobre diversos aportes teóricos y evaluaciones existentes. El objetivo es comprender el rol de la intervención psicopedagógica en los procesos de diagnóstico y acompañamiento del autismo desde una mirada integradora, contribuyendo a la consolidación de marcos de referencia teóricos y prácticos para el campo disciplinar ofreciendo una clasificación y organización clara sobre las técnicas de exploración diagnóstica que existen o que puedan complementar el análisis del trastorno del espectro autista.

## **Técnicas de exploración Diagnóstica**

Para el diagnóstico en sí existen una serie de evaluaciones estructuradas o no estructuradas que junto con la intervención de un equipo interdisciplinario permiten evaluar todas las variables del espectro de una manera integrada. En esta ocasión, se profundizará en aquellas que son parte del quehacer psicopedagógico por su formación e incumbencia interdisciplinar.

Las pruebas de diagnóstico permiten acercarnos a un determinado resultado adecuado a la condición clínica de un paciente para, generalmente, determinar si tiene o no una patología o enfermedad y por ende llegan a facilitar la toma de decisiones a beneficio del paciente (Rendón-Macías y Villasís-Keever. 2021)

## **Introducción a las técnicas de exploración diagnóstica**

- La importancia de los instrumentos en la evaluación del trastorno del espectro autista se basa en que ante una detección y tratamiento temprano puede ayudar a disminuir las secuelas del mismo y poder mejorar la calidad de vida del sujeto.
- Objetivo de esta sección: presentar y comparar los principales instrumentos evaluadores utilizados.

## **Las principales pruebas de detección del autismo**

Un aspecto básico para poder intervenir en este trastorno es el hecho de detectarlo. En este sentido, se han elaborado numerosas pruebas a lo largo de los años con el fin de poder detectar la presencia de un trastorno del espectro autista y los aspectos que en cada caso aparecen alterados. Estas pruebas pueden pasarse a diferentes agentes, sea al propio menor o más habitualmente a los padres y profesores.

A continuación, se presentan algunas de las pruebas más conocidas que se suelen emplear en la detección del autismo. Se procederá a explicarlas, definir las y delimitarlas en **principales** (sirven directamente para el diagnóstico del trastorno del espectro autista TEA y son reconocidas por su alto valor clínico y validación internacional) y en **complementarias** (no son suficientes para un diagnóstico por sí solas, pero son útiles para detectar señales tempranas, orientar intervenciones o complementar el diagnóstico)

Es importante tener en cuenta que las que se van a mencionar no son todas las que existen, sino solo algunas de las más representativas. También hay que remarcar que, tanto en este como en otros trastornos, los resultados de un test no son determinantes ni condición suficiente para el diagnóstico, habiéndose de valorar también otras informaciones tales como las obtenidas en entrevista, con la observación del sujeto o con los informes de otros profesionales.

### **Principales:**

- ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo 2)
- ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada)
- CARS (Escala de Calificación del Autismo Infantil)
- ADOS-G (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – General)
- PL-ADOS (Programa prelingüístico de observación de diagnóstico de autismo)
- ABAS (Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa)

## **1. Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo 2 (ADOS 2)**

### **Descripción General**

La Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo, Segunda Edición (ADOS-2) Fue desarrollado por la doctora Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. DiLavore y Susan Risi en 1989 y en mayo de 2012 se publicó una revisión o segunda edición del test ADOS. El ADOS 2 es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social, el juego y las conductas restrictivas en niños, jóvenes y adultos con sospecha de trastorno del espectro autista (TEA) (Lord et al., 2015). Este instrumento permite observar al paciente en diversos contextos y situaciones, facilitando una valoración exhaustiva del comportamiento y las interacciones sociales.

### **Estructura y Administración**

La evaluación se compone de situaciones estructuradas y no estructuradas, diseñadas para observar conductas sociales, comunicativas y de juego. La administración de la batería puede ser utilizada desde los 12 meses hasta adultos con lenguaje fluido. Se realiza en un tiempo estimado de 40 a 60 minutos y requiere el uso de un kit de materiales interactivos y manipulativos, seleccionados específicamente para atraer la atención del individuo evaluado. El requisito para aplicar la escala ADOS-2 es que la persona no tenga algún impedimento sensorial o motor significativo, por ejemplo, ceguera, sordera o utilizar sillas de ruedas, etc.

El ADOS 2 está compuesto por cinco módulos:

- **Módulo T:** Para niños de 18 a 30 meses sin lenguaje o con palabras sueltas.
- **Módulo 1:** Para niños a partir de 31 meses con ausencia de lenguaje o habilidades lingüísticas limitadas.
- **Módulo 2:** Dirigido a niños con lenguaje de frases y algunos menores con fluidez verbal.
- **Módulo 3:** Para niños y adolescentes con lenguaje fluido en edad de jugar.
- **Módulo 4:** Dirigido a adolescentes y adultos con independencia en relaciones y metas, a partir de 16 años.

La selección del módulo adecuado depende del nivel de lenguaje expresivo y la edad del individuo. Un evaluador debe tener experiencia y conocimiento sobre las características del TEA y desarrollo infantil para codificar correctamente el comportamiento, evitando así errores diagnósticos.

### **Normas de Codificación**

Las observaciones se trasladan a un protocolo de respuestas, donde se asigna una puntuación o código a cada ítem evaluado. Los ítems, agrupados por categorías (lenguaje y comunicación, interacción social, juego, comportamientos estereotipados e intereses restringidos), tienen descripciones precisas que permiten al evaluador asignar códigos basados en evidencias observadas.

Los códigos varían entre:

- **0:** Ausencia de anomalía.
- **2 y 3:** Anomalía claramente presente.
- **8 y 9:** No aplicable o no codificable. (Anexo B)

Una vez obtenidos los códigos, se convierten en puntuaciones algorítmicas que permiten completar el diagnóstico. La fórmula del algoritmo se encuentra en cada protocolo y se basa en la suma de determinados ítems, que se comparan con puntos de corte predeterminados. Los resultados del algoritmo pueden ser utilizados junto con otra información para formular un diagnóstico clínico.

### **¿Cuántas veces debe aplicarse?**

La aplicación del test sirve como un punto de partida para observar la evolución del niño o joven a partir del diagnóstico y puntaje. El examen mostrará como resultado un determinado

grado de autismo y es recomendable en algunos casos volver a aplicarlo cada cierto tiempo dependiendo del caso.

La evaluación periódica permite al equipo de profesionales que está tratando al paciente cierto grado de confiabilidad en la estrategia de intervención del paciente. También, da seguridad a los padres de que realmente las intervenciones están haciendo efecto.

### **Ventajas**

El ADOS 2 es considerado altamente válido y confiable para la identificación del autismo. Su estructura permite un diagnóstico basado en observaciones directas y no solo en informes de padres o cuidadores.

### **Limitaciones**

La correcta aplicación del ADOS 2 requiere un evaluador capacitado; de lo contrario, se corre el riesgo de seleccionar el módulo inapropiado y, por ende, de cometer errores diagnósticos.

## **2. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada (ADI-R)**

### **Descripción General**

La Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), desarrollada por Rutter, Le Couteur y Lord (2008), es considerada la entrevista semiestructurada más eficaz para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista (TEA). Esta entrevista explora las tres áreas clave de alteración del TEA: la comunicación, la interacción social y el comportamiento, proporcionando una visión integral del perfil del paciente.

### **Estructura y Administración**

La ADI-R se realiza a la familia o cuidador del paciente con sospecha de TEA. Es un proceso que implica la recopilación de información detallada sobre el desarrollo del niño, sus comportamientos, y la historia familiar. La duración y la preparación necesarias para su aplicación la convierten en una herramienta más adecuada para evaluaciones exhaustivas, especialmente en casos donde existe un nivel elevado de preocupación sobre la posibilidad de autismo.

Dado que la ADI-R y el ADOS se complementan, la administración conjunta de ambos instrumentos permite un diagnóstico más preciso y fundamentado. Sin embargo, ambos requieren una formación específica para su correcta aplicación, dada su complejidad y la importancia de la interpretación adecuada de los resultados.

### **Ventajas**

La ADI-R ha demostrado una buena precisión en la identificación de niños pequeños con autismo. Al centrarse en las experiencias y observaciones de quienes mejor conocen al niño, proporciona información valiosa que puede no ser evidente en la observación directa. Esto la hace particularmente útil en la fase inicial de evaluación, donde las características del TEA pueden ser menos evidentes.

### **Limitaciones**

A pesar de sus ventajas, la ADI-R presenta ciertas limitaciones. Requiere un tiempo considerable y preparación por parte del evaluador, lo que puede limitar su uso en situaciones clínicas de rutina. Es más útil como parte de una evaluación más detallada y completa en contextos donde se sospecha un alto riesgo de autismo.

### 3. Escala de Calificación del Autismo Infantil (CARS).

#### Descripción general

La Escala de Calificación del Autismo Infantil (CARS) es un instrumento de evaluación conductual diseñado específicamente para diagnosticar y planificar tratamientos en personas con autismo desarrollada por Eric Schopler, Robert J. Reichler y Barbara Rothen Renner. Esta prueba es sencilla y puede realizarse en casa o en la escuela, y está indicada para niños a partir de los 2 años. Se basa en una observación detallada de 15 conductas típicas del trastorno autista, como dificultades en las relaciones sociales, imitación y flexibilidad a los cambios. La CARS fue desarrollada a principios de la década de 1970 por Eric Schopler y sus colegas de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Hoy en día, sigue siendo uno de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico del autismo

#### Estructura

La escala consta de 15 ítems (Ver anexo C), cada uno de los cuales evalúa un aspecto específico del comportamiento autista. Cada ítem aborda características comunes asociadas con el autismo, tales como la interacción con otras personas, la respuesta emocional, el uso del cuerpo y los objetos, el nivel de actividad, y las respuestas sensoriales. Se puntúa en una escala de 1 a 4, donde 1 indica un comportamiento normal y 4 un comportamiento severamente anormal. La puntuación total puede variar entre **15 y 60 puntos**, y se interpreta de la siguiente manera:

- **36 o más puntos:** Autismo severo
- **Entre 30 y 36 puntos:** Autismo moderado
- **Entre 15 y 30 puntos:** Ausencia de autismo

#### Administración

La administración de la CARS involucra varias etapas:

1. **Observación:** El profesional que evalúa (médico, psicólogo, psicopedagogo) observa al niño en diferentes entornos (como en casa o en un entorno clínico).
2. **Entrevistas:** Los padres o cuidadores proporcionan información sobre el historial de desarrollo y el comportamiento del niño.
3. **Puntuación:** El profesional califica los 15 ítems basándose en las observaciones y entrevistas. Se permite el uso de puntuaciones intermedias (por ejemplo, 2.5) cuando el comportamiento se encuentra entre dos categorías.
4. **Interpretación:** Se calcula la puntuación total y se interpreta para determinar la probabilidad y la gravedad del autismo.

## Ventajas

- **Especificidad:** La escala está diseñada específicamente para evaluar el autismo, lo que la hace altamente relevante para este trastorno.
- **Facilidad de uso:** La escala es relativamente fácil de administrar y puntuar, lo que la hace accesible para diferentes profesionales.
- **Amplio rango de evaluación:** Los 15 ítems permiten evaluar una amplia gama de conductas asociadas al autismo.
- **Clasificación de la gravedad:** La escala permite clasificar a los individuos con autismo en diferentes grados de severidad.
- **Consistencia:** Tiene una alta confiabilidad y validez, lo que la convierte en una herramienta confiable para los médicos.
- **Identificación temprana:** El diagnóstico temprano a través de la CARS puede facilitar una intervención oportuna, lo cual es crucial para mejorar los resultados en los niños con autismo.

## Limitaciones

Aunque la CARS es una herramienta valiosa, tiene algunas limitaciones:

- **Subjetividad:** La puntuación de algunos ítems puede ser subjetiva y depender de la interpretación del evaluador.
- **Falta de estandarización:** No se mencionan normas de estandarización para la escala, lo que dificulta la comparación de resultados entre diferentes estudios o poblaciones.
- **Enfoque unidimensional:** La escala se centra principalmente en los aspectos conductuales del autismo y no evalúa otros aspectos como las habilidades cognitivas o las comorbilidades.
- **Falta de validez y fiabilidad:** No se proporcionan datos sobre la validez y fiabilidad de la escala, lo que es fundamental para garantizar su precisión
- **Requiere experiencia:** La administración y la interpretación adecuada de la CARS requieren la capacitación de profesionales con experiencia en diagnóstico de trastornos del espectro autista (TEA).

## 4. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - General (ADOS-G).

### Descripción general

El Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) es una evaluación estandarizada y semiestructurada que mide la interacción social, la comunicación y el juego en individuos con sospecha de TEA. La misma fue desarrollada por Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. DiLavore y Susan Risi.

## **Estructura y administración**

Consta de cuatro módulos de 30 minutos cada uno, diseñados para ser administrados según el nivel de lenguaje del individuo. Es considerado el estándar mundial para la valoración de síntomas de TEA.

## **Ventajas**

- **Amplio rango de aplicación:** Desde niños no verbales hasta adultos verbales.

## **Limitaciones**

- **Complejidad:** Requiere formación para su administración y puede ser intensivo en tiempo.

## **5. Programa prelingüístico de observación de diagnóstico de autismo (PL-ADOS).**

### **Descripción general**

Esta evaluación fue realizada por Catherine Lord, Pamela C. Dilavore y Michael Rutter. El Programa prelingüístico de observación de diagnóstico de autismo o Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS) se basa en la observación directa del comportamiento del niño por parte del examinador.

### **Estructura y administración**

Este método puede no ser práctico en todas las situaciones clínicas debido a la preparación necesaria, pero es útil en evaluaciones multidisciplinarias.

Es una adaptación de la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS) destinada a niños pequeños que aún no utilizan lenguaje verbal o lo hacen de forma muy limitada. Esta herramienta semiestructurada se enfoca en la observación de conductas

sociales, comunicativas y de juego a través de tareas interactivas, estructuradas y no estructuradas, diseñadas para generar respuestas espontáneas en contextos naturales. El entorno de aplicación incluye juguetes seleccionados cuidadosamente para captar la atención del niño y facilitar la observación de comportamientos relevantes. (Lord et al., 1989)

La administración del PL-ADOS tiene una duración aproximada de 30 minutos. Puede realizarse en tiempo real o mediante grabaciones en vídeo, lo cual permite su análisis posterior por parte de distintos evaluadores. Su diseño está orientado a diferenciar conductas típicas de desarrollo frente a aquellas asociadas al trastorno del espectro autista (TEA), utilizando un algoritmo de puntuación que se vincula a criterios diagnósticos internacionales como el DSM o la CIE. (Lord et al., 1989).

### **Ventajas**

- **Precisión:** Adecuada para identificar niños con autismo.

### **Limitaciones**

- **Preparación intensa:** Puede no ser práctico en todos los contextos clínicos.

## **6. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS)**

### **Descripción general**

El Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS) es un instrumento diseñado por Patti L. Harrison y Thomas Oakland para evaluar la conducta adaptativa de individuos desde el nacimiento hasta los 89 años. Este sistema abarca una amplia gama de áreas que son cruciales para el desarrollo funcional del individuo, incluyendo la comunicación, utilización de recursos comunitarios, habilidades académicas funcionales, vida en el hogar, vida

en la escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección, habilidades sociales, motricidad y empleo.

La segunda versión del sistema, conocida como ABAS-II, se amplía al incluir índices globales en tres áreas: conceptual, social y práctica. Aunque el ABAS no está limitado al diagnóstico de autismo, es especialmente útil para evaluar las áreas más afectadas por este trastorno.

### **Estructura y administración**

El ABAS se estructura en forma de cuestionarios que pueden ser completados por los padres, profesores o personas cercanas al evaluado. También existe la opción de que el propio individuo responda a las preguntas, lo que permite obtener una visión más integral de su comportamiento adaptativo. Esta flexibilidad en la administración facilita la obtención de información desde diferentes perspectivas, aumentando así la validez de los resultados.

### **Ventajas**

- **Amplio rango de edad:** Puede ser utilizado desde el nacimiento hasta los 89 años, lo que lo convierte en una herramienta versátil para evaluar a personas en distintas etapas de la vida.
- **Cobertura integral:** Evalúa múltiples áreas de la conducta adaptativa, permitiendo un enfoque holístico en la evaluación del desarrollo y las necesidades del individuo.
- **Flexibilidad en la administración:** Permite que diferentes informantes completen la evaluación, lo que enriquece la información recopilada y facilita su aplicación en diversos contextos.

### **Limitaciones**

- **No específico para el autismo:** Aunque es útil para evaluar áreas afectadas por el autismo, no es una herramienta diagnóstica exclusiva para este trastorno.
- **Dependencia de informantes:** Los resultados pueden estar influenciados por la percepción de quienes completan el test, lo que puede introducir sesgos en la evaluación.
- **Requiere formación:** Para interpretar adecuadamente los resultados y aplicar el instrumento de manera efectiva, es necesario contar con formación especializada.

### **Complementarias:**

### **Screening:**

- SCQ (Cuestionario de Comunicación Social)
- ASSQ (Cuestionario de screening para el Espectro Autista)
- M-CHAT (Cuestionario Modificado para la Detección del Autismo en Niños Pequeños)
- CAST (Test Infantil del Síndrome de Asperger)
- Q-CHAT (Lista Cuantitativa de Comprobación para el Autismo en Niños Pequeños)
- ASAS (Escala Australiana para el Síndrome de Asperger)
- AQ (Cociente de Espectro Autista)
- AQS (Cociente de Espectro Autista Abreviado)

### **1. Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)**

#### **Descripción general**

El Cuestionario de Comunicación Social o Social Communication Questionnaire (SCQ) desarrollada por Michael Rutter, Anthony Bailey y Catherine Lord es un instrumento de rápida aplicación que debe ser completado por los cuidadores del sujeto. Consta de 40 ítems que evalúan problemas de interacción social, problemas de comunicación y conductas restringidas

y estereotipadas. Ofrece una forma rápida y económica de detectar trastornos del espectro autista.

### **Estructura y administración**

El SCQ tiene dos formas: la forma A evalúa toda la vida del sujeto, mientras que la forma B se centra en la situación de los últimos tres meses. Los resultados pueden indicar la necesidad de realizar pruebas con otros instrumentos como: la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS) o la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo (ADI). Evalúa habilidades comunicativas e interacciones sociales, y proporciona una descripción de la gravedad de los síntomas. Se utiliza comúnmente como un filtro para el diagnóstico.

### **Ventajas**

- **Rápida aplicación:** Ideal para evaluaciones preliminares y facilidad para los cuidadores.
- **Facilidad de uso:** Rápido
- **Enfoque integral:** Aborda múltiples áreas relacionadas con la comunicación y la interacción.

### **Limitaciones**

- **No diagnóstico definitivo:** Requiere seguimiento con evaluaciones más completas si es necesario.
- **Dependencia de informantes:** La precisión depende de la observación y el conocimiento del cuidador.

## **2. Cuestionario de screening para el Espectro Autista (ASSQ).**

### **Descripción general**

El Cuestionario de screening para el Espectro Autista (ASSQ) fue realizado por Ehlers, Gillberg y Wing, la misma está diseñada para niños de entre seis y dieciséis años. Consta de 27 preguntas que deben ser respondidas con opciones de Sí/No/Algo/A veces. Se utiliza principalmente como un screening y se centra en rasgos asociados al antiguo síndrome de Asperger.

### **Estructura y administración**

El ASSQ debe ser completado por padres y docentes y permite identificar diferentes rasgos en menores que presentan problemas de interacción social y comportamiento. Existe una versión revisada extendida (ASSQ-REV) que ofrece una evaluación más completa.

### **Ventajas**

- **Focalización en el Asperger:** Especialmente útil para identificar características de este perfil.
- **Facilidad de uso:** Preguntas sencillas que permiten una rápida evaluación.

### **Limitaciones**

- **Screening limitado:** No proporciona un diagnóstico definitivo, sólo una indicación de rasgos.
- **Dependencia de informantes:** Al igual que otros cuestionarios, su precisión puede depender de la observación de quienes lo completan.

## **3. Cuestionario Modificado para la Detección del Autismo en Niños Pequeños o Cuestionario Modificado para el Autismo en Niños Pequeños (M-CHAT).**

### **Descripción general**

El Cuestionario Modificado para la Detección del Autismo en Niños Pequeños o Cuestionario Modificado para el Autismo en Niños Pequeños (M-CHAT) es un test de screening diseñado por Diana Robins, Deborah Fein y Marianne Barton para ser completado por los padres de niños pequeños. Está orientado a evaluar a menores de aproximadamente dos años.

### **Estructura y administración**

El M-CHAT consiste en preguntas de respuesta binaria (Sí/No). Es aplicable a niños de entre 16 y 30 meses de edad y se completa en menos de 10 minutos. Si un niño falla en más de tres ítems, se recomienda realizar una evaluación más detallada para valorar la presencia de Trastorno del Espectro Autista (TEA).

### **Ventajas**

- **Enfoque en la infancia temprana:** Especialmente útil para la detección temprana de TEA.
- **Simplicidad:** Preguntas directas que facilitan la respuesta por parte de los padres.

### **Limitaciones**

- **Limitaciones en el rango de edad:** Solo aplicable a niños menores de dos años.
- **Screening inicial:** No sustituye una evaluación diagnóstica completa.
- **No diagnóstico definitivo:** Sólo indica la necesidad de una evaluación adicional.

## **4. Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST).**

### **Descripción general**

El Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST) es un cuestionario desarrollado por Simon Baron-Cohen que consta de 37 preguntas, diseñado para detectar características propias de los niños con Asperger.

### **Estructura y administración**

Este test es completado por los padres de niños de entre cuatro y once años y se centra en evaluar comportamientos y rasgos asociados al síndrome.

### **Ventajas**

- **Detección temprana:** Ayuda a identificar características de Asperger en etapas tempranas.
- **Enfoque específico:** Centrado en un perfil específico dentro del espectro autista.

### **Limitaciones**

- **Rango de edad restringido:** Sólo es útil para niños dentro de un grupo de edad limitado.
- **No diagnóstico definitivo:** Actúa como un screening inicial y no sustituye una evaluación clínica completa.

## **5. Lista Cuantitativa de Comprobación para el Autismo en Niños Pequeños (Q-CHAT).**

La Lista Cuantitativa de Comprobación para el Autismo en Niños Pequeños o Quantitative Checklist for Autism in Toddlers (Q-CHAT) es un instrumento diseñado por Carrie Allison y Simon Baron-Cohen para identificar niños de 18 a 48 meses que puedan estar en riesgo de desarrollar una condición del espectro autista. Creado por un equipo de expertos en 2008, este cuestionario consta de 25 preguntas ilustradas, que permiten a padres o cuidadores evaluar el desarrollo social y comunicativo del niño.

## Estructura y Administración

- **Estructura:**
  - 25 preguntas con opciones de respuesta (5 alternativas por pregunta).
  - Las preguntas están acompañadas de dibujos para facilitar la comprensión.
- **Administración:**
  - Completado por padres, cuidadores u otros adultos que conozcan al niño.
  - Los resultados se muestran en pantalla y se envían por correo electrónico al tutor.

## Ventajas

1. **Accesibilidad:** Puede ser completado por personas que conocen bien al niño, lo que puede ofrecer una perspectiva más completa.
2. **Enfoque Cuantitativo:** Utiliza un formato estructurado que facilita la evaluación del riesgo de autismo de manera sistemática.
3. **Recomendaciones:** Proporciona resultados y recomendaciones para una posible consulta con un profesional, lo que puede ayudar a guiar a los padres hacia los siguientes pasos.

## Limitaciones

1. **No diagnóstico:** Un resultado positivo no garantiza un diagnóstico, lo que puede generar incertidumbre en los padres.
2. **Dependencia del observador:** La precisión de los resultados depende de la interpretación y observaciones del adulto que complete el cuestionario.
3. **Rango de edad limitado:** Solo es aplicable a niños de 18 a 48 meses, lo que limita su uso en otras etapas del desarrollo.

Este cuestionario representa una herramienta útil para la detección temprana de posibles signos de autismo, pero debe ser complementada con otros instrumentos de exploración diagnóstica.

## **6. Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS).**

### **Descripción general:**

La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger es una herramienta diseñada por Garnett y Attwood para identificar comportamientos y habilidades que podrían ser indicativos del Síndrome de Asperger en niños, especialmente en su etapa escolar primaria. Durante esta fase, se hace más evidente la presencia de habilidades inusuales o comportamientos atípicos. La escala permite observar cómo se alejan estos comportamientos de lo que es considerado "normal" para un niño de la misma edad.

### **Estructura:**

La escala se compone de una serie de preguntas o afirmaciones relacionadas con comportamientos y habilidades del niño. Cada pregunta tiene una escala de clasificación que va desde 0 hasta 6, donde el 0 representa el nivel considerado normal o esperado para un niño de esa edad. A medida que la puntuación aumenta, se observa un alejamiento de la normalidad, lo que podría sugerir la presencia de características asociadas al Síndrome de Asperger.

### **Administración:**

La administración de la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger debe ser realizada por profesionales de la salud entre los que pueden ser psicopedagogos. El proceso consiste en evaluar las respuestas a cada pregunta (ver anexo D), teniendo en cuenta el

comportamiento del niño en comparación con otros niños de su misma edad. No se debe considerar como una herramienta diagnóstica definitiva, sino como un medio para identificar posibles indicios de que el niño podría presentar el síndrome.

### **Ventajas:**

**Facilidad de uso:** La escala es sencilla de administrar y permite obtener resultados rápidamente.

**Objetividad:** Las puntuaciones son claras y proporcionan un marco de referencia para evaluar los comportamientos del niño en comparación con la norma.

**Identificación temprana:** Puede ayudar a identificar signos tempranos del Síndrome de Asperger en niños en edad escolar primaria, facilitando la intervención oportuna.

### **Limitaciones:**

**No es diagnóstica por sí sola:** Aunque puede indicar la posibilidad de un diagnóstico de Síndrome de Asperger, no debe tomarse como una confirmación definitiva. Se requiere una evaluación con otras técnicas de exploración diagnóstica o la interconsulta con otros profesionales especializados.

**Posibilidad de falsos positivos:** Una puntuación elevada no garantiza que el niño tenga el síndrome, ya que los comportamientos atípicos pueden estar asociados a otras condiciones o factores contextuales.

**Enfoque limitado:** La escala se centra principalmente en aspectos del comportamiento observables en la escuela primaria, por lo que puede no capturar otros aspectos del Síndrome de Asperger que se manifiestan en otras edades o contextos.

## 7. Cociente de Espectro Autista (AQ).

### Descripción general

El Cociente de Espectro Autista (AQ) es un cuestionario desarrollado por Simon Baron-Cohen que consta de 50 preguntas. Está diseñado para ser respondido por el propio sujeto, con el objetivo de evaluar el grado de acuerdo con cada afirmación en una escala que va desde acuerdo total hasta desacuerdo total, ofreciendo cuatro posibles respuestas. Existen versiones específicas del cuestionario para diferentes perfiles: el Cociente de Espectro Autista para Niños (AQC), para Adolescentes (AQA) y una versión Abreviada (AQS). Además, los allegados o docentes también pueden completarlo.

### Estructura y administración

El AQ se compone de preguntas que evalúan diversas áreas relacionadas con el espectro autista. Los resultados permiten establecer puntos de corte que ayudan a diferenciar entre el antiguo autismo tipo Kanner y el síndrome de Asperger, así como a identificar diferentes fenotipos.

### Ventajas

- **Versatilidad:** Adaptaciones para diferentes edades y contextos (niños, adolescentes y versiones abreviadas).
- **Autoevaluación:** Permite que el propio sujeto reflexione sobre su comportamiento.
- **Identificación de fenotipos:** Facilita la diferenciación entre distintos tipos de autismo.

### Limitaciones

- **Autoinformes:** La precisión de las respuestas puede verse afectada por la autoevaluación.

- **No diagnóstico:** No sustituye una evaluación profesional, sino que actúa como una herramienta preliminar.

## **8. Cociente de espectro autista abreviado (AQS).**

### **Descripción General**

El Cociente de Espectro Autista Abreviado es una versión condensada del Cociente de Espectro Autista original desarrollada por Hoekstra, Vinkhuyzen, Wheelwright, Bartels, Boomsma, Baron-Cohen, Posthuma y van der Sluis. Con el objetivo de mantener la validez alta, esta nueva versión ofrece una administración más breve y rápida, sin sacrificar precisión.

### **Estructura**

El test está diseñado para ser más ágil que su versión original, permitiendo una evaluación rápida de los rasgos autistas. Aunque más corto, sigue manteniendo su capacidad para medir características relacionadas con el espectro autista.

### **Administración**

El Cociente de Espectro Autista Abreviado está pensado para una administración rápida, ideal para realizar una evaluación preliminar. Es adecuado para aquellos que necesitan una rápida discriminación de rasgos autistas.

### **Ventajas**

- Mayor rapidez en la administración.
- Alta validez similar a la del test original.
- Prueba apropiada para una evaluación inicial y ágil.

## Limitaciones

- Su brevedad puede limitar la profundidad de la evaluación en comparación con el test original.
- El punto de corte propuesto de >65 es específico para una primera discriminación, por lo que puede no ser suficiente para un diagnóstico definitivo.

## Evaluación del desarrollo general o habilidades específicas

Evalúan el desarrollo temprano en distintas áreas, útil para identificar retrasos generales. (No específicos para TEA.)

- ASQ-3 (Cuestionario de Edades y Etapas)

### 1- Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ-3).

El cuestionario de edades y etapas (ASQ-3) diseñado por Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly, es un conjunto de cuestionarios sencillos que se han utilizado durante más de 20 años para verificar el desarrollo de niños y niñas. Existen 21 cuestionarios ASQ-3 para niños y niñas desde 1 mes hasta 66 meses de edad (un cuestionario para cada etapa). Estas son las 5 áreas importantes de desarrollo que cada cuestionario evalúa:

1. **Comunicación:** Las habilidades lingüísticas de su niño/a, tanto lo que él/ella entiende como lo que puede decir.
2. **Motora gruesa:** La manera en que su niño/a usa brazos y piernas y otros músculos mayores para sentarse, gatear, caminar, correr y realizar otras actividades.
3. **Motora fina:** El movimiento y coordinación de las manos y dedos de su niño/a.
4. **Resolución de problemas:** La manera en que su niño/a juega con juguetes y resuelve problemas.

5. **Socio-individual:** Las habilidades que tiene su niño/a para ayudarse a sí mismo/a y la interacción con los demás.

La sección de “Observaciones generales” hace preguntas abiertas sobre el desarrollo de su hijo/a y le permite anotar cualquier preocupación que tenga.

## **2. Test de Lectura y escritura en español (LEE).**

### **Descripción general**

El Test de Lectura y escritura en español (LEE) es un instrumento pensado por la Dra. Sylvia Defior Citoler, Liliana E. Fonseca, Bárbara Gottheil, Adriana Aldrey, María Pujals, Graciela Rosa, Gracia Jiménez Fernández y Francisca Serrano para evaluar las habilidades de lectura y comprensión lectora, generalmente aplicada en el ámbito escolar o psicopedagógico. Aunque no fue desarrollado específicamente para diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el LEE puede ser útil en la evaluación de niños con autismo para medir sus habilidades de decodificación de palabras y comprensión lectora. Este test evalúa el nivel de fluidez en la lectura, pero también proporciona información valiosa sobre las dificultades de los niños con autismo en áreas como la comprensión del texto y el procesamiento de información.

El autismo se caracteriza por dificultades en la comunicación y la interacción social, lo que puede influir en la manera en que los niños con TEA procesan la información escrita. En este contexto, el LEE puede ser útil para identificar discrepancias entre la habilidad para leer palabras y la capacidad para comprender lo leído, lo que puede reflejar dificultades en áreas como la comprensión social o la comunicación pragmática.

### **Estructura y administración**

El Test LEE está compuesto por una serie de palabras o frases que el niño debe leer en voz alta, evaluando tanto la fluidez en la decodificación como la capacidad de pronunciar correctamente las palabras. La prueba generalmente se aplica de forma individualizada y en un ambiente controlado para asegurar que el niño pueda concentrarse sin distracciones.

### **Procedimiento:**

1. **Preparación:** El evaluador se asegura de que el niño esté en un entorno tranquilo, sin ruidos ni distracciones, para garantizar una evaluación precisa.
2. **Aplicación:** Se le presenta al niño una lista de palabras que debe leer en voz alta. La lectura se evalúa en términos de **precisión, fluidez y corrección fonológica**.
3. **Evaluación de comprensión:** Aunque el LEE se enfoca en la lectura, se pueden incluir preguntas adicionales para evaluar la **comprensión** del texto, lo cual es crucial en niños con TEA, ya que algunos pueden tener dificultades para procesar la información que leen.

El test se administra en un solo período, y los resultados se interpretan en función de la **precisión lectora** y el **nivel de fluidez** del niño.

### **Ventajas**

1. **Evaluación rápida y sencilla:** El LEE es relativamente fácil de administrar, lo que permite obtener resultados rápidos sobre las habilidades lectoras del niño.
2. **Medición de habilidades específicas:** Permite una medición específica de la **decodificación fonológica** y la **fluidez lectora**, lo que puede ayudar a identificar áreas de intervención.

3. **Relevancia para el autismo:** Aunque no está diseñado específicamente para ello, el LEE puede ayudar a identificar **discrepancias** entre la habilidad de decodificación y la **comprensión lectora**, lo cual es común en niños con autismo.
4. **Facilita el seguimiento de intervenciones:** El LEE puede utilizarse periódicamente para monitorear el progreso en habilidades lectoras de los niños con TEA, lo que facilita la **evaluación de la efectividad de las intervenciones educativas**.

### Limitaciones

1. **No específico para autismo:** El LEE no fue desarrollado para evaluar el autismo en particular, por lo que no ofrece información directa sobre las características diagnósticas del TEA, como las dificultades en la **interacción social** o la **comunicación pragmática**.
2. **Enfoque limitado:** Se centra principalmente en la **decodificación de palabras** y la **fluidez lectora**, por lo que no evalúa otras áreas clave del desarrollo, como las habilidades de **escritura** o el **lenguaje expresivo**.
3. **Puede no reflejar la comprensión profunda:** Los niños con autismo pueden ser capaces de leer palabras correctamente, pero tienen dificultades para **interpretar el significado** de los textos debido a deficiencias en la **comprensión emocional** o **social**, que no se evalúan directamente en este test.
4. **Influencia de factores emocionales o sensoriales:** Los niños con autismo a menudo presentan **sensibilidades sensoriales** o **dificultades emocionales**, lo que podría interferir en su rendimiento durante la evaluación, afectando la **precisión** o **fluidez** de la lectura.

**TABLA GENERAL:**

<b>Nombre de la técnica y sigla</b>	<b>nombre en inglés</b>	<b>año</b>	<b>baremada para argentina</b>	<b>tipo</b>	<b>edad que evalúa</b>	<b>estructura</b>
<b>ADOS 2</b> Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo 2	Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition.	2015	no proporciona baremos como tales.	screening	desde 12 meses hasta adultos	módulos según edad y puntuación. se complementa con el test ADI-R
<b>ADI-R</b> Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada	Autism Diagnosis Interview, Revised	1994	baremada en Estados Unidos.	screening	Cualquier persona mayor a 2 años	recopilar información por parte de los cuidadores o padres del paciente a través de preguntas
<b>ASQ-3</b> El Cuestionario de Edades y Etapas, tercera edición	Ages and Stages Questionnaire	2009	mostrò la especificidad más alta.	cuestionario- screening	desde 1 mes hasta 66 meses de edad	30 preguntas para cinco áreas: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y área personal-social
<b>ABAS</b> Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa	Adaptive Behavior Assessment System	2000	disponible España y Chile	screening	de 0 a 89 años	Formulario para padres (232 ítems), Formulario para profesores (193 ítems) y Formulario para adultos (239 ítems).
<b>AQ</b> cociente de espectro autista	autism-spectrum quotient	2001	no tiene una versión específicamente <i>baremada</i> para Argentina	screening	adultos y niños a partir de los 12 años. Para los niños de 12	cuestionario con 50 preguntas

					a 16 años, la versión estándar del AQ es adecuada	
<b>SCQ</b> Cuestionario de Comunicación Social	The Social Communication Questionnaire	2019	Estudios disponibles con diversas muestras clínicas en Estados Unidos que establecen puntos de corte para la práctica clínica	screening	A partir de 4 años.	Compuesto por 40 elementos, proporciona una puntuación total y tres posibles puntuaciones adicionales (Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada). El cuestionario se presenta en dos formas: La forma A se refiere a toda la vida pasada del sujeto y la forma B se debe contestar a la vista de la conducta durante los últimos 3 meses.
<b>ASSQ</b> Cuestionario de Screening del Espectro Autista	Autism Spectrum Screening Questionnaire	2001	no tiene una versión específicamente e baremada para Argentina	screening	6 a 16 años	Este cuestionario incluye preguntas sobre el comportamiento social, intereses y actividades restringidas, que son características comunes en los trastornos del

						espectro autista.
<b>M-CHAT</b> Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado, Cuestionario Modificado para la Detección del Autismo en Niños Pequeños o Cuestionario Modificado para el Autismo en Niños Pequeños	Modified Checklist for Autism in Toddlers	1999	no tiene una baremación específica para Argentina	screening	Para ser administrado a niños de entre 16 y 30 meses de edad	Para ser administrado a padres o cuidadores de niños entre los 18 y 24 meses de edad.
<b>CAST</b> Prueba del Síndrome de Asperger en la Infancia	childhood Asperger Syndrome Test	2006	no tiene una baremación específica para Argentina	screening	para ser administrado a padres o cuidadores de niños entre 4 y 11 años	37 preguntas que se enfocan en los comportamientos sociales, las habilidades de comunicación y las actividades repetitivas, que son características comunes de los trastornos del espectro autista.
<b>ADOS-G</b> Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - Versión Genérica	Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic	2000	ha sido utilizado en Argentina, pero no existe una baremación específica nacional	instrumento diagnóstico o estructurado	personas de todas las edades, desde niños pequeños hasta adultos. La herramienta tiene varios módulos que se seleccionan	El ADOS-G se compone de una serie de actividades y juegos estructurados que permiten observar cómo la persona se comporta en situaciones sociales y comunicativas

					según la edad y el nivel de desarrollo de la persona evaluada.	
<b>PL-ADOS</b> Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo Pediátrico	Pediatric Autism Diagnostic Observation Schedule	2008	No existe una baremación específica en Argentina que haya sido formalmente documentada	instrumento diagnóstico o estructurado	niños de edad temprana, generalmente entre 12 y 30 meses	El PL-ADOS tiene un único módulo que está diseñado específicamente para niños pequeños. Este módulo tiene actividades adaptadas a la edad temprana y se enfoca en señales tempranas del autismo
<b>Q-CHAT</b> Lista Cuantitativa de Comprobación para el Autismo en Niños Pequeños	Quantitative Checklist for Autism in Toddlers	2003	no existe una baremación para Argentina formalmente documentada.	screening	18 y 24 meses de edad	Es un cuestionario de autoinforme dirigido a los padres o cuidadores del niño. Consiste en 25 preguntas que cubren áreas clave del desarrollo, como la comunicación, interacción social, juego simbólico y comportamientos repetitivos
<b>CARS</b> Escala de Calificación del Autismo en la Infancia	Childhood Autism Rating Scale	1980	sin una baremación local específica documentada para Argentina.  Sin embargo,	instrumento diagnóstico o estructurado	desde los 2 años en adelante	Se basa en una serie de 15 ítems que evalúan diferentes aspectos del comportamiento

			es importante resaltar que el CARS ha sido ampliamente validado a nivel internacional y se utiliza en Argentina en el contexto de la evaluación clínica del trastorno del espectro autista (TEA).			y las características de desarrollo en niños, con el objetivo de identificar el grado de severidad del trastorno del espectro autista (TEA).
<b>LEE</b> Test de Lectura y Escritura en Español	Test of Reading and Writing in Spanish	2006	La batería cuenta con baremos argentinos y españoles	batería	Niños de 1° a 4° grado de educación primaria	Evalúa habilidades de lectura y escritura mediante diferentes pruebas, como reconocimiento de palabras, comprensión lectora y producción escrita.
<b>ASAS</b> Escala Australiana para el Síndrome de Asperger	Australian Scale for Asperger's Syndrome	1992	No específicamente, pero se utiliza en diversos países de habla hispana.	cuestionario de detección y evaluación	Niños de 6 a 12 años.	Consiste en 24 ítems que evalúan características conductuales y sociales asociadas con el Síndrome de Asperger, basado en la observación de docentes y padres.
<b>AQS</b> cociente de espectro autista abreviado	autism-spectrum quotient Shortened Version of AQ Shortened Version.	2012	no tiene una versión específicamente <i>baremada</i> para Argentina	screening	utilizado en adultos y adolescentes, generalmente a partir de los 16	Cuestionario de 10 ítems que evalúa rasgos autistas en cinco áreas: habilidades sociales,

					años.	comunicación, imaginación, atención al detalle y tolerancia al cambio.
--	--	--	--	--	-------	---

## Resultados

En el presente estudio se analizaron diversas técnicas de exploración diagnóstica, evidenciándose que la psicopedagogía desempeña un papel esencial en los procesos de evaluación y diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo, específicamente del trastorno del espectro autista (TEA).

Para dicho análisis se consideraron instrumentos representativos de distintas etapas históricas y enfoques metodológicos, entre los cuales se incluyen: CARS (1971), ADI-R (1989), ADOS-G (1999), AQ (1999), ASSQ (2000), SCQ (2002), CAST (2002), M-CHAT (2003), ABAS (2003), ASQ-3 (2004), PL-ADOS (2005), Q-CHAT (2006), ADOS-2 (2012), AQS (2014), LEE (2017) y ASAS (2020).

El análisis de estos instrumentos permitió identificar la evolución de las herramientas diagnósticas en función de sus objetivos, niveles de aplicación y grado de especificidad, así como la relevancia del enfoque psicopedagógico para promover una comprensión contextualizada y colaborativa del proceso de aprendizaje y desarrollo en personas con TEA.

A partir de esto, se identificaron:

categoria	cantidad	intrumentos
Screening	7	ASSQ, SCQ, CAST, M-CHAT, Q-CHAT, ASQ-3, ASAS
Bateria	5	ADI-R, ADOS-G, ADOS-2, PL-ADOS, ABAS

Cuestionario	10	AQ, ASSQ, SCQ, CAST, M-CHAT, Q-CHAT, ASQ-3, AQS, ASAS, LEE
Test	4	AQ, AQS, ABAS, LEE
Escala	4	CARS, ADOS-2, ABAS, AQS

A partir del análisis se permitió reconocer que el diagnóstico psicopedagógico no puede comprenderse de manera aislada del entramado relacional y contextual en el que el sujeto se desarrolla, es decir, que cada evaluación adquiere sentido en relación con los vínculos familiares, escolares y sociales que experimenta cada niño o niña.

Otro hallazgo relevante de la revisión teórica realizada es que el diagnóstico se transforma en un proceso abierto y dinámico. Más que un punto de llegada, se concibe como una construcción compartida que involucra a los distintos actores que intervienen en la vida del sujeto. Esto implica considerar las evaluaciones como herramientas de diálogo entre los profesionales, la familia y la institución educativa, promoviendo una mirada e interpretación colaborativa del proceso de aprendizaje y desarrollo.

En psicopedagogía, las técnicas de exploración diagnóstica se utilizan para evaluar las habilidades, dificultades y necesidades de aprendizaje de los individuos. Antes de proseguir voy a definir ciertos aspectos para tener en cuenta:

- **Baterías:** “conjunto de instrumentos mayormente psicométricos sistemáticos que evalúan de manera integral un área psicológica compleja. Evalúan procesos cognitivos, emotivos, volitivos, conativos, sensoriales, perceptuales y/o motores” (Pereyra, Grajeda Montalvo y Cuya Chamilco, 2022, p. 38)

- **Test:** “es un instrumento psicométrico que evalúa principalmente procesos cognitivos. (...) referido a inteligencia, aptitudes, habilidades, conocimientos, y competencias.” (Pereyra, Grajeda Montalvo y Cuya Chamilco, 2022, p. 37). Además, se ha destacado que también evalúa aspectos del procesamiento emocional (CONICET, 2024).
- **Cuestionario:** El cuestionario es una herramienta que permite recolectar de forma sistemática información sobre variables clave (INEE, 2019).
- **Escala:** “es un instrumento psicométrico que evalúa principalmente procesos emotivos, volitivos y conativos de la conducta cotidiana o normal (que están asociadas al campo de psicología positiva).” (Pereyra, Grajeda Montalvo y Cuya Chamilco, 2022, p. 37)
- **Screening:** Al elegir un instrumento de screening, es fundamental priorizar una alta sensibilidad para reducir los falsos negativos y garantizar una adecuada discriminación entre casos y no casos (De la Iglesia, Fernández Liporace y Castro Solano, 2017).

Estas técnicas se pueden clasificar de la siguiente manera:

### 1. Según el enfoque:

- **Cuantitativas:** Utilizan pruebas estandarizadas para obtener medidas numéricas de rendimiento (por ejemplo, tests de cociente intelectual, pruebas de habilidades específicas). (Escritos de Psicología, s. f.).
- **Cualitativas:** Se centran en la observación y el análisis de comportamientos, interacciones y contextos (por ejemplo, entrevistas, hora de juego, etc). (Escritos de Psicología, s. f.).

### 2. Según el tipo de instrumento:

- **Pruebas psicopedagógicas/psicológicas:** Evaluaciones que miden aspectos cognitivos, emocionales y de personalidad (por ejemplo, tests de inteligencia).

- **Pruebas educativas:** Evaluaciones centradas en el rendimiento académico y habilidades específicas (por ejemplo, pruebas de lectura, matemáticas, etc).
- **Instrumentos de observación:** Herramientas que permiten evaluar el comportamiento y la interacción en entornos naturales (por ejemplo, observaciones en el aula, sesiones). (UniNotas, s. f.).

### 3. Según el contexto de aplicación:

- **Entrevistas:** Conversaciones estructuradas o semiestructuradas con el individuo y/o su familia para obtener información sobre el desarrollo, el contexto familiar y educativo. (UniNotas, s. f.).
- **Escalas de evaluación:** Cuestionarios que permiten a padres, maestros o el propio individuo valorar habilidades, conductas o dificultades en diferentes áreas. (UniNotas, s. f.).

### 4. Según el tipo de diagnóstico:

- **Diagnóstico psicopedagógico:** Evaluaciones orientadas a identificar dificultades específicas de aprendizaje, trastornos del desarrollo y otros problemas educativos.
- **Diagnóstico emocional:** Técnicas que buscan entender el bienestar emocional y social del individuo, incluyendo su motivación y autoeficacia.

### 5. Según el objetivo:

- **Evaluación inicial:** Herramientas utilizadas para determinar el punto de partida del aprendizaje y las necesidades de intervención. (UniNotas, s. f.).
- **Evaluación continua:** Métodos que permiten monitorear el progreso a lo largo del tiempo y ajustar las estrategias de intervención según sea necesario. (UniNotas, s. f.).

Estas técnicas son fundamentales en psicopedagogía, ya que permiten personalizar la intervención educativa y diseñar estrategias adecuadas para cada individuo, teniendo en cuenta sus fortalezas y necesidades específicas.

No se ha encontrado una forma de clasificación y organización para el ámbito, por ende, se propuso una clasificación de las mismas. Luego de este análisis, se observaron algunas características de las mismas, por lo tanto, se elaboró un cuadro propio con base en Baron-Cohen et al. (2001); Lord et al. (2012); Rutter et al. (2003); Robins et al. (2009); Sparrow et al. (2015); y demás investigaciones acerca de los instrumentos en contextos psicopedagógicos.

Instrumento	Segun el enfoque	Segun el tipo	Contexto de aplicación	Segun el objetivo
ADOS-2	Cualitativa y cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Observación, estructurada	Diagnostico psicopedagogico
ADI-R	cualitativa	psicologica/psico pedagogica	Entrevista, semiestructurada	Diagnostico psicopedagogico
ASQ-3	cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Cuestionario a padres	Evaluacion inicial
ABAS	cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Escala de observación	Diagnostico adaptativo
AQ	cuantitativa	psicologica	escala	Evaluación

				diagnóstica
SCQ	cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Cuestionario a padres	Evaluacion inicial
ASSQ	cuantitativa	psicologica	Escala de observación	Evaluación inicial/continua
M-CHAT	cuantitativa	psicologica	Cuestionario a padres	Evaluacion inicial
CAST	cuantitativa	psicologica	Cuestionario, escala	Evaluacion inicial
ADOS-G	Cualitativa y cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Observación, estructurada	Diagnostico psicopedagogico
PL-ADOS	Cualitativa y cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	observación , estructurada	Diagnóstico temprano
Q-CHAT	cuantitativa	psicologica	Cuestionario a padres	Evaluacion inicial
CARS	Cualitativa y cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Escala de observación	Diagnostico psicopedagogico
LEE	Cualitativa y cuantitativa	psicologica/psico pedagogica	Observación y cuestionario	Evaluacion continua
ASAS	cuantitativa	psicologica/psico	Escala de	Evaluación

		pedagógica	observación	diagnóstica, continua
AQS	Cualitativa y cuantitativa	Psicológica	Observación y clasificación	Evaluación emocional

Finalmente, los resultados evidencian el rol del psicopedagogo, quien deja de ser un mero evaluador para convertirse en un mediador de significados, el profesional no solo interpreta los datos obtenidos en las distintas evaluaciones, sino que las integra en una red de relaciones y contextos favoreciendo la construcción de intervenciones más pertinentes y respetuosas de la singularidad de cada sujeto. Esta integración permite desplazar el foco del déficit hacia la identificación de recursos, potencialidades y modos de comunicación propios de cada niño o niña reconociendo el valor de la diversidad en el proceso de aprendizaje.

## **Conclusión**

La presente investigación permitió reconocer la relevancia del rol psicopedagógico en los procesos de evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA), destacando la necesidad de contar con criterios sistemáticos y organizados para la selección y aplicación de técnicas de exploración diagnóstica. A partir del análisis realizado, se observó que, si bien existe una amplia variedad de instrumentos desarrollados en distintas etapas y con enfoques metodológicos diversos, no se disponía hasta el momento de una clasificación específica pensada desde la perspectiva psicopedagógica.

Los resultados obtenidos evidenciaron que las herramientas diagnósticas utilizadas para la evaluación del TEA no pueden ser comprendidas de manera aislada, sino en diálogo con el entramado vincular, contextual y social del sujeto. De este modo, el diagnóstico se concibe como un proceso dinámico y no como un evento puntual, de carácter colaborativo y orientado a comprender la singularidad del niño o niña más allá de sus dificultades.

Asimismo, el estudio permitió demostrar que la psicopedagogía aporta una mirada integradora que combina enfoques cualitativos y cuantitativos, favoreciendo intervenciones personalizadas basadas en la comprensión global del desarrollo. La sistematización y clasificación propuestas constituyen un aporte significativo para la práctica clínica, ofreciendo una guía organizada que puede facilitar la toma de decisiones diagnósticas e interdisciplinarias.

En síntesis, este trabajo reafirma que la psicopedagogía desempeña un papel esencial en la evaluación del TEA, al promover una comprensión amplia y contextualizada de la diversidad en el proceso de aprendizaje, fortaleciendo la calidad del abordaje clínico y educativo.

## **Aportes y contribuciones de la investigación**

La presente investigación ofrece diversos aportes relevantes para el campo psicopedagógico, se elaboró una clasificación propia de las técnicas de exploración diagnóstica vinculadas al TEA, organizada según:

- Enfoque
- Tipo de instrumento
- Contexto de aplicación
- Objetivo

Este cuadro integrador propuesto constituye un aporte original, ya que no se identificaron antecedentes que ordenen los instrumentos desde una perspectiva disciplinar psicopedagógica.

La investigación evidencia cómo los instrumentos clásicos del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista pueden articularse con métodos cualitativos propios de la psicopedagogía, tales como la observación clínica, la entrevista y el análisis contextual, enriqueciendo el proceso evaluativo.

El estudio ofrece una guía de consulta para psicopedagogos que intervienen en el ámbito clínico, facilitando la selección de instrumentos adecuados según necesidades del caso, nivel de desarrollo, características del lenguaje, edad y contexto familiar y escolar.

El análisis reafirma el valor del trabajo interdisciplinario, ya que los instrumentos revisados requieren la articulación entre psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos, pediatras y otros profesionales para garantizar una evaluación integral y precisa. Se visibiliza al psicopedagogo como un mediador de significados y no únicamente como aplicador de pruebas.

Esto contribuye a una comprensión más profunda del proceso diagnóstico como construcción compartida.

A partir de la clasificación propuesta y del análisis de los instrumentos diagnósticos utilizados en el trastorno del espectro autista (TEA) se considera relevante poder generar espacios de reflexión dentro del campo psicopedagógico realizando encuentros para poder revisar criterios de elección de los instrumentos según el perfil, edad y contextos del sujeto, sabiendo las limitaciones que se podrían presentar analizando casos reales para abordarlos generando una mirada crítica.

El mismo trabajo podría difundirse en distintos ámbitos profesionales y académicos, como, por ejemplo:

- Presentación en jornadas, congresos y seminarios de psicopedagogía, neurodesarrollo y autismo.
- Elaboración de guías prácticas para estudiantes y profesionales.
- Publicación en revistas o repositorios institucionales.

Además de esto, el cuadro realizado puede convertirse en un instrumento de consulta para los profesionales en cuanto a poder orientar la elección del instrumento según el objetivo que plantee.

## Limitaciones de la investigación

A pesar de los aportes logrados, la investigación presenta ciertas limitaciones:

- El estudio se basó en una revisión teórica, conceptual y/o documental no sistemático, por ello, no se garantiza la exhaustividad total de instrumentos disponibles ni la inclusión de todos los avances recientes en diagnóstico del TEA.
- No se realizaron estudios directos entre instrumentos, lo que limita la posibilidad de contrastar los resultados con población real o analizar la aplicación práctica de cada prueba en distintos contextos.
- La interpretación de los instrumentos puede variar entre evaluadores según su formación y experiencia.
- Si bien se presenta una clasificación útil para la práctica, aún no ha sido utilizada, por lo tanto, sería necesario realizar pruebas previas para consolidar su aplicación en contextos profesionales.
- La calidad del análisis depende de la precisión y actualización de las fuentes consultadas, algunos instrumentos cuentan con escasa bibliografía en español, lo cual limita el desarrollo de un análisis más profundo.

## **Líneas de investigación futuras**

Para agregar, sería importante realizar estudios de campo que permitan evaluar la utilidad y consistencia de la clasificación elaborada, contrastándola con prácticas clínicas reales. Futuros estudios podrían profundizar en la sensibilidad, especificidad y utilidad de cada instrumento para distintos niveles del espectro autista, edades y perfiles cognitivos. Se podría sugerir explorar el uso de herramientas tecnológicas, como aplicaciones móviles, plataformas y sistemas basados en inteligencia artificial, que ya comienzan a utilizarse para mejorar la detección temprana del TEA y poder mantenerse actualizados.

Resulta necesario desarrollar pruebas diagnósticas que atiendan específicamente las necesidades del campo psicopedagógico. Se podría examinar cómo la construcción del diagnóstico desde diferentes disciplinas se integra en la práctica clínica y cómo la psicopedagogía puede potenciar esa articulación.

## Referencias:

- American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Author.
- Argentina.gob.ar.** (s.f.). Autismo: Tus derechos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina. Recuperado el 2 de febrero de 2025, de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/autismo>
- Alvarez, M. (2019).** Tecnicas de exploración diagnostica. [Diapositiva de PowerPoint]. Repositorio material Facultad de psicología y ciencias sociales.
- Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación.** (s.f.). Escala de Autismo Infantil (C.A.R.S.). Recuperado de <https://www.psicoedu.org/escala-de-autismo/>
- Asperger, H.** (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117(1), 76–136.
- Autismo Madrid.** (s.f.). DSM-5 y CIE-11: ¿Qué son y qué aportan al diagnóstico del TEA? Recuperado el [5 de julio de 2025], de <https://autismomadrid.es/noticias/dsm-5-y-cie-11-que-son-y-que-aportan-al-diagnostico-del-tea/>
- Autism Speaks.** (s.f.). Detección temprana. Recuperado de <https://www.autismspeaks.org/deteccion-temprana>
- Baeza, S.** (2012). *La psicopedagogía en la educación* (2nd ed.). Editorial Aprender.
- Burin, D. Drake, M. y Harris, P.** (2007) *evaluación neuropsicológica en adultos*. Paidós.

**Carrasco Orihuela, R.** (s.f.). Intervención Psicopedagógica para personas con TEA.

Asociación Mírame. Recuperado de

<https://www.mirame.org/main/articulos/intervencion-psicopedagogica-tea/>

**Carrera, E.** (2022). *Autismo, el diagnóstico durante la etapa del desarrollo temprano*

(Hospital Italiano de Buenos Aires). [tesis de grado]

<https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/tesisyr/index/assoc/D1640.dir/tesis-carrera-emilia.pdf>

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** (s.f.). Detección del autismo.

Recuperado el 25 de enero de 2025, de

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/screening.html>

**Chicago ABA Therapy.** (s.f.). Childhood Autism Rating Scale (CARS). Recuperado de

<https://chicagoabatherapy.com/resources/glossary/childhood-autism-rating-scale-cars/>

**Díaz, A.** (2016). *Sujeto, realidad y aprendizaje, en la resignificación de la*

*neuropsicopedagogía* (Universidad de Flores Buenos Aires). [tesis de grado]

**Escritos de Psicología.** (s. f.). Instrumentos de evaluación psicológica.

<https://www.escritosdepsicologia.es/instrumentos-de-evaluacion/>

**Espacio Autismo.** (s.f.). Realizar test de autismo online. Recuperado el 25 de enero de

2025, de <https://www.espacioautismo.com/realizar-test-autismo-online/>

**EspectroAutista.Info.** (s.f.). Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS).

Recuperado de <https://espectroautista.info/ASAS-es.html>

**Fernández, A.** (2017). *El aprendizaje: Preguntar y aprender*. Editorial Aprender.

**Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Reed, G., Stucki, G., y Cieza, A.**

(2009). Funcionamiento y discapacidad: La clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 775–783.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000600002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002)

**Garrabé de Lara, J.** (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 13(3), 158–164.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000300010](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010)

**Gobierno de Argentina.** (s.f.). Autismo: Tus derechos. Recuperado el 25 de enero de 2025, de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/autismo-tus-derechos>

**Harrison, P., y Oakland, T.** (2000). The Adaptive Behavior Assessment System (ABAS). Recuperado de <https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-survey-instruments/the-adaptive-behavior-assessment-system-abas/>

**Help Me Grow Marin.** (n.d.). ASQ-3 Español: Cuestionarios de edades y etapas de desarrollo. <https://helpmegrowmarin.org/resources/asq-3-espanol-cuestionarios-de-edades-y-etapas-desarrollo-2/?lang=es>

**IES Pereda.** (s. f.). Funciones del psicopedagogo. Recuperado de <https://iespereda.es/funciones-del-psicopedagogo/>

**Iglesia de la, G., Fernández Liporace, M., y Castro Solano, A.** (2017). Screening de síntomas psicológicos en adolescentes argentinos. *PSIENCIA. Revista*

Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 9(3), 1- 20.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333153776002>

**Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE].** (2019). Cuadernillo Técnico de Evaluación Educativa 5: Desarrollo de instrumentos de evaluación: cuestionarios (p. 3). INEE. Recuperado de <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/08/P2A355.pdf>

**Kanijoman, K.** (2011, 29 de septiembre). Virus VIH [Imagen]. Flickr.

<https://flic.kr/p/aronSf>

**Kanner, L.** (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217–250.

**Liu, M., Ma, Z.** Revisión sistemática de la detección, evaluación y diagnóstico del trastorno del espectro autista mediante telemedicina. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16 , 79 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00514-6>

**López, M., y Ramírez, M.** (2019). *Evaluación psicopedagógica en niños con Trastorno del Espectro Autista*. Editorial Psicoevolutiva.

**Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., y Schopler, E.** (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 185–212. <https://doi.org/10.1007/BF02211841>.

**MCHAT.** (n.d.). Detección temprana. Autism Speaks.

<https://www.autismspeaks.org/deteccion-temprana>

**Ministerio de Educación y Justicia de la Nación.** (1989). *Incumbencias profesionales del título de Psicopedagogo, Licenciado en Psicopedagogía y Profesor en Psicopedagogía* (Resolución N° 2473).

[https://www.colegiopsicopedagogiavm.com.ar/assets/pdf/incumbencias\\_profesionales.pdf](https://www.colegiopsicopedagogiavm.com.ar/assets/pdf/incumbencias_profesionales.pdf)

**MiraMe.** (n.d.). La intervención psicoeducativa en el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). <https://www.mirame.org/main/articulos/intervencion-psicopedagogica-tea/>

**Mírame.** (s.f.). Intervención psicopedagógica TEA.

<https://www.mirame.org/main/articulos/intervencion-psicopedagogica-tea/>

**Mundo Asperger.** (s.f.). Instrumentos para evaluar el autismo.

<https://mundoasperger.com/instrumentos-para-evaluar-el-autismo/>

**Muñoz Razo, C.** (2011). *Metodología de la investigación: teoría y práctica*. Trillas

**Narvarte, E. M.** (2021). *TGD TES TEA en la escuela* (1ra ed.). Quilmes. Lesa Editorial.

**Narvarte, M.** (2021). *Trastornos del neurodesarrollo: Autismo y otros*. Editorial Médica Panamericana.

**Neuropediatra en Monterrey.** (s.f.). ¿Qué mide la prueba ABAS?

<https://neuropediatraenmonterrey.com/que-mide-prueba-abas/>

**OMS. Organización Mundial de la Salud.** (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF (Versión abreviada).

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf)

**OMS. Organización Mundial de la Salud. (2023).** Autismo.:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

**PANAACEA. (s.f.).** Q-CHAT. <https://test.panaacea.org/espectro-autista/deteccion-temprana/q-chat/>

**Pereyra, J., Grajeda Montalvo, A., y Cuya Chamilco, P. V. (2022).** Glosario de instrumentos psicológicos: Definición de 14 instrumentos más utilizados en Psicología. *PsiqueMag*, 11(1), 28–41. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/733184169/a04v11n1>

**Prieto, M. B. (2019).** *Ansiedad, TOC y conductas problemáticas en autismo*. Paidós.

**Proyecto INMA. (s.f.).** CARS (Childhood Autism Rating Scale). Recuperado de [https://www.proyectoinma.org/wp-content/uploads/2018/06/131.anexo15-cars\\_editora\\_16\\_59\\_1.pdf](https://www.proyectoinma.org/wp-content/uploads/2018/06/131.anexo15-cars_editora_16_59_1.pdf)

**Psicopedagogía Formosa. (s.f.).** Test LEE. Recuperado de <https://sites.google.com/view/psicopedagogiaformosa/test/test-lee>

**Rendón-Macías, M. E., y Villasís-Keever, M. Á. (2020).** Fases para determinar la utilidad clínica de las pruebas diagnósticas. *Revista Alergia México*, 67(3), 279–285. <https://doi.org/10.29262/ram.v67i3.831>

**Rincón del Docente. (s. f.).** Funciones del psicopedagogo. Recuperado de <https://sites.google.com/view/rincondeldocentepsicopedadogia/funciones-del-psicopedagogo>

**Robins, D., Fein, D., y Barton, M. (2009).** Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-

CHAT-R/F). Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España. [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Spanish\\_Spain.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf)

**Rojas, G., Allegri, R. F., Roman, N. F., Iturry, M. L., Blanco, R., Leis, A. M., Bartoloni, L. C., y Allegri, R. F.** (2012). Baremos del Test de la Mirada en español en adultos normales de Buenos Aires. *Neuropsicología Latinoamericana*, 4(3), 45–56. Universidad de Montreal. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/243733>

**Rutter, M., Bailey, A., y Lord, C.** (2019). SCQ. Cuestionario de Comunicación Social. (J. Pereña y P. Santamaría, Adaptadores). TEA Ediciones. [https://web.teaediciones.com/ejemplos/scq\\_extracto\\_manual.pdf](https://web.teaediciones.com/ejemplos/scq_extracto_manual.pdf)

**Salamone, V. L.** (2014). La psicopedagogía y el proceso diagnóstico psicopedagógico: significación paradigmática de las neurociencias en su abordaje clínico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 31. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862014000200002](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000200002)

**Scandar, R., y Paterno, R.** (2010). *Autismo: Diagnóstico y abordaje*. Editorial Universitaria.

**Serrano, M., y Martínez, P.** (2021). Lectura y comprensión en niños con autismo: Un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Revista de Psicología Infantil*, 28(4), 123–145.

**Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, Ley 24.901**, (12 de mayo de 1997).

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-47677/actualizacion>

**Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, Ley 24.901**, (12 de octubre de 2004).

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/100000-104999/100218/norma.htm>

**Soprano, A.M.**(2011). *Evaluación del lenguaje en niños y adolescentes: la hora de juego lingüística y otros recursos*. Paidós.

**Soprano, A.M** (2010). *Cómo evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes*. Paidós.

**Statistics Solutions.** (s.f.). The Adaptive Behavior Assessment System (ABAS).

**TEA Ediciones.** (s.f.). ABAS-II. Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa.  
<https://web.teaediciones.com/ABAS-II.-SISTEMA-PARA-LA-EVALUACION-DE-LA-CONDUCTA-ADAPTATIVA.aspx>

**Torres Díaz, Y. M., Cerrón Lliempe, H. P., y Lescano López, G. S.** (2025). Técnicas e instrumentos para evaluar el Trastorno del Espectro Autista (TEA): una revisión sistemática. *Revista Vive*, 8(22), 266–289.  
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.375>

**UniNotas.** (s. f.). Instrumentos y técnicas de evaluación en Psicología Educativa.  
<https://www.uninotas.net/instrumentos-y-tecnicas-de-evaluacion-en-psicologia-educativa/>

**Villa Rojas, Y. P.** (2014). Estudio de caso sobre los indicadores de estilo cognitivo en jóvenes con trastornos del espectro autista (Tesis de maestría). Universidad Pedagógica Nacional.

<http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/9781/TO-16986.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**World Health Organization.** (2008). International classification of diseases (10th ed.).  
Author.

**World Health Organization.** (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

## Anexos

### Anexo A. Ejemplo de una Escala de desarrollo madurativo

DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS		guiainfantil.com			
	De 0 a 6 meses	De 6 a 12 meses	De 12 a 24 meses	De 2 a 4 años	De 4 a 6 años
Desarrollo Motor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levanta la cabeza</li> <li>- Se prepara para el gateo</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gateo</li> <li>- Se pone de pie y da algunos pasos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anda</li> <li>- Aprende a subir escalones</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprende a montar en bicicleta o patinete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salta, trepa con habilidad y le encanta bailar</li> </ul>
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atiende a estímulos visuales y sonoros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene un juguete favorito</li> <li>- Aumenta su independencia y curiosidad</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra más interés por los libros y los juguetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presta más interés por el dibujo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfecciona el dibujo, se viste solo. Gana en autonomía.</li> </ul>
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se comunica con el llanto y las sonrisas</li> <li>- Balbuceo</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dice sus primeras palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empieza a unir palabras pero se equivoca con frecuencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su lenguaje es prácticamente perfecto. Aún puede tener problemas con algún fonema o tartamudear</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es capaz de expresar emociones y pensamientos</li> </ul> 
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia de los padres y personas próximas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra más interés por los grupos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Va perdiendo el apego con sus padres y busca jugar con otros niños</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La época del 'Por qué' y época de las rabietas</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfruta con los juegos en grupo</li> </ul>

## Anexo B: Códigos de ADOS-2

Código	Descripción
0	Cuando el comportamiento no muestra evidencias de las anomalías que se especifican. Esto no implica necesariamente que la conducta sea normal, sino más bien que no es anormal en el sentido especificado.
1	Cuando el comportamiento es levemente anormal o ligeramente inusual pero no necesariamente extremadamente anormal o no de forma tan clara como la especificada.
2	Cuando el comportamiento es decididamente anormal en el sentido especificado en el ítem. La severidad requerida para codificar la anormalidad en este nivel varía en función del ítem.
3	Cuando el comportamiento es marcadamente anormal de tal manera que interfiere con la evaluación o cuando es tan limitado que resulta imposible valorar su calidad o sus características.
4	Aparece solo en el ítem A1 («Nivel general de lenguaje oral no ecológico») de los módulos T y 1. Indica que el evaluado no demuestra un uso espontáneo de palabras o de aproximaciones de palabras en ningún momento durante toda la aplicación del ADOS-2.
7	Cuando hay un comportamiento anormal de un tipo que no está representado en las otras codificaciones (es decir, difiere de lo normal en una dimensión diferente a las que se especifican en ese ítem). Por ejemplo, tartamudeo en el ítem «Anormalidades del habla asociadas al autismo» del módulo 3.
8	Cuando el comportamiento en cuestión no sucede o el ítem no es aplicable por algún motivo (p. ej., las anomalías en el lenguaje expresivo no se pueden codificar si el niño carece de habla).
9	Cuando un ítem no puede codificarse por algún motivo distinto a los indicados para el código 8, como en caso de que un evaluador cometa un error y no aplique una actividad concreta del ADOS-2. Este código se incluye para proporcionar a los evaluadores una manera consistente de representar los ítems que no pueden ser codificados y puede utilizarse en cualquier ítem. <i>El código 9 no aparece recogido en los propios protocolos del ADOS-2.</i>

**Anexo C.** Escala y protocolo de la escala de medición de autismo en la niñez  
(CARS)

**ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTISMO EN LA NIÑEZ**

**(C.A.R.S.)**

Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D.,

And Barbara Rothen Renner, Ph.D.

Preguntas- Los puntajes están arriba de la numeración:

**I. REFERENTE A LA GENTE**

- 1. Ninguna evidencia de dificultad o anormalidad para relacionarse con la gente:** La conducta del niño es apropiada para su edad. Algo de timidez, incomodidad o inquietud al decirle que hacer, puede ser observada pero no a un grado atípico.

**1.5**

- 2. Relaciones interpersonales medianamente anormales:** El niño debe evitar mirar al adulto en los ojos, evita al adulto o empieza a quejarse con efusividad si la interacción es forzada, es excesivamente tímido, no es tan sensible al adulto como es típico, o ser tan aferrado a sus padres como la mayoría de niños a su edad.

**2.5**

- 3. Relaciones interpersonales moderadamente anormales:** El niño se muestra reservado, distante (parece que no se da cuenta o ignora al adulto) en ocasiones. Mínimo contacto es iniciado por el niño.

**3.5**

- 4. Relaciones interpersonales severamente anormales:** El niño es consistentemente reservado, distante o no se da cuenta de lo que el adulto está haciendo. Casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Sólo los intentos persistentes para lograr la atención del niño tiene algún efecto.

**II. IMITACION**

1. **Imitación apropiada:** El niño puede imitar sonidos, palabras, y movimientos los cuales son apropiados para su nivel de habilidades.

#### 1.5

2. **Imitación medianamente anormal:** El niño imita conductas simples tales como aplaudir o sonidos verbales simples la mayoría del tiempo; ocasionalmente, imita sólo después de ser estimulado o después de un cierto retraso.

#### 2.5

3. **Imitación moderadamente anormal:** El niño imita solo parte del tiempo requiere bastante persistencia y ayuda del adulto Frecuentemente imita sólo después con cierto retraso.

#### 3.5

4. **Imitación severamente anormal:** El niño raramente o nunca imita sonidos, palabras o movimientos aún con el estímulo y asistencia de un adulto.

### III. RESPUESTA EMOCIONAL

1. **Respuestas emocionales a edad apropiada y situación apropiada:**

El niño muestra el tipo y grado apropiado de respuesta emocional indicado por un cambio en la expresión facial, postura y modales (conducta).

#### 1.5

2. **Respuestas emocionales medianamente anormales:** El niño ocasionalmente demuestra un cierto tipo inapropiado o grado de respuesta emocional. Algunas veces las reacciones no se relacionan con los objetos o eventos que lo rodean.

#### 2.5.

3. **Respuestas emocionales moderadamente anormales:** El niño muestra signos definidos de tipo inapropiado y/o grado de respuesta emocional. Las reacciones pueden ser inhibidas o excesivas y no relacionadas a la situación: puede hacer muecas, reír, o ponerse rígido aún cuando objetos o acciones que las produzcan no estén presentes.

#### 3.5.

4. **Respuestas emocionales severamente anormales:** Las respuestas son raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño llega a cierto estado

de humor, es muy difícil cambiarlo. A la inversa, el niño puede mostrar emociones muy diferentes cuando nada ha cambiado.

#### **IV. USO DEL CUERPO**

**1. Edad apropiada del uso del cuerpo:** El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad, y coordinación de un niño normal a la misma edad.

**1.5**

**2. Uso del cuerpo medianamente anormal:** Algunas peculiaridades menores pueden estar presentándose, tales como torpeza, movimientos repetitivos, coordinación pobre, o la aparición rara de algunos movimientos inusuales.

**2.5**

**3. Uso del cuerpo moderadamente anormal:** Conductas que son claramente extrañas o inusuales para un niño de esta edad puede incluir movimientos raros de los dedos, postura peculiar de los dedos o cuerpo, miran fijamente o agarran el cuerpo, agresión dirigida a sí mismo, mecerse, mover los dedos, girar cosas o caminar de puntas.

**3.5**

**4. Uso del cuerpo severamente anormal:** Intensos o frecuentes movimientos del listado de arriba, son signos del uso del cuerpo severamente anormal. Estas conductas pueden persistir a pesar de desalentarlos o involucrar al niño en otras actividades.

#### **V. USO DE OBJETOS**

**1. Uso apropiado de, interés, en juguetes y otros objetos:** El niño muestra interés normal en juguetes y otros objetos apropiados para su nivel de habilidades y usa estos juguetes de una manera apropiada.

**1.5**

**2. Interés medianamente inapropiado en, o uso de, juguetes y otros objetos:** El niño muestra interés atípico en un juguete o juega con este en una manera anañada inapropiada ( por ejemplo cerrando de golpe la puerta o chupando un juguete).

**2.5**

**3. Interés moderadamente inapropiado en, o uso de, juguetes y otros objetos:** El niño puede mostrar poco interés en juguetes u otros objetos, o

puede estar preocupado en usar un objeto o juguete en alguna forma extraña. Se enfoca en alguna parte insignificante del juguete, o se muestra fascinado con el reflejo ligero del juguete, mueve repetitivamente alguna parte del objeto, o juega exclusivamente con un objeto.

### 3.5

4. **Interés severamente inapropiado en, o uso de, juguetes u otros objetos :** El niño debe ocuparse en las mismas conductas descritas arriba, con mucho mayor frecuencia e intensidad. El niño es difícil de distraerse cuando se encuentra comprometido en este tipo de actividades inapropiadas.

## VI. ADAPTACIÓN AL CAMBIO

1. **Edad apropiada para responder al cambio:** Mientras el niño pueda notar o hacer comentarios en los cambios de rutina, este acepta estos cambios sin excesiva angustia.

### 1.5

2. **Adaptación al cambio medianamente anormal:** Cuando un adulto trata de cambiar tareas el niño debe continuar la misma actividad o usar los mismos materiales.

### 2.5

3. **Adaptación al cambio moderadamente anormal:** El niño se resiste activamente a los cambios de rutina, trata de continuar con una vieja actividad, y es difícil distraerse. Puede ponerse molesto o infeliz cuando una rutina establecida es alterada.

### 3.5

4. **Adaptación al cambio severamente anormal:** El niño muestra reacciones severas al cambio. Si un cambio es forzado, debe volverse extremadamente molesto o no cooperar y responder con rabietas.

## VII. RESPUESTA VISUAL

1. **Edad apropiada para la respuesta visual:** La conducta visual del niño es normal y apropiada para esa edad. La visión es usada junto con otros sentidos como una manera de explorar un nuevo objeto.

### 1.5

- 2. Respuesta visual medianamente anormal:** Ocasionalmente se le debe hacer recordar al niño el mirar objetos. El niño debe estar más interesado en mirar espejos o luces que a sus compañeros o puede mirar al vacío, o también puede evitar mirar a la gente en los ojos.

#### 2.5

- 3. Respuesta visual moderadamente anormal:** Se le debe instar a mirar lo que está haciendo. Evita mirar a la gente con los ojos, mira los objetos desde un ángulo inusual, o coge objetos muy cerca a los ojos.

#### 3.5

- 4. Respuesta visual severamente anormal:** El niño evita consistentemente mirar a la gente o algunos objetos y puede mostrar formas extremas de otras peculiaridades visuales descritas arriba.

### VIII. RESPUESTA AUDITIVA

- 1. Edad apropiada para la respuesta auditiva:** La conducta auditiva del niño es normal y apropiada para su edad. La audición es usada junto con otros sentidos.

#### 1.5

- 2. Respuesta auditiva medianamente anormal:** Debe existir algún déficit de respuesta, o actuar con mesurada sorpresa o molestia a ciertos sonidos.

Las respuestas a sonidos deben ser tardías, y los sonidos pueden necesitar repetición para captar la atención del niño. El niño puede ser distraído por sonidos extraños.

#### 2.5

- 3. Respuesta auditiva moderadamente anormal:** La respuesta del niño a los sonidos varía, generalmente ignora un sonido los primeros minutos que está hecho; puede estar asustado o cubrirse las orejas cuando escucha algunos sonidos cotidianos.

#### 3.5

- 4. Respuesta auditiva severamente anormal:** El niño sobre actúa a un grado extremo marcado, considerando el tipo de sonido.

### IX. RESPUESTA AL SABOR, OLOR, TACTO Y USO

**1. Uso normal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño explora nuevos objetos en una manera apropiada para su edad., generalmente por tacto y mirada. Sabor y olor puede ser usado cuando es apropiado. Cuando reacciona a algo sin importancia, dolor físico cotidiano, el niño expresa incomodidad pero no sorpresa o molestia.

**1.5**

**2. Uso medianamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño puede persistir en poner objetos en su boca; puede oler o saborear objetos no comestibles; puede ignorar o sorprenderse o molestarse por leves dolores que un niño normal puede expresar como incomodidad.

**2.5**

**3. Uso moderadamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño debe estar moderadamente preocupado por tocar, oler, o saborear objetos o gente. El niño puede reaccionar mucho o poco.

**3.5**

**4. Uso severamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño está preocupado por oler, saborear, o sentir objetos más por la sensación que por la exploración normal o uso de los objetos. El niño puede ignorar completamente el dolor o reaccionar muy fuertemente al más leve discomfort.

## **X. MIEDO O NERVIOSISMO**

**1. Miedo o nerviosismo normal:** La conducta del niño es apropiada tanto para la situación como para su edad.

**1.5**

**2. Miedo y nerviosismo medianamente anormal:** El niño ocasionalmente muestra mucho o poco miedo o nerviosismo comparado a la reacción de un niño normal de la misma edad en una situación similar.

**2.5**

**3. Miedo y nerviosismo moderadamente anormal:** El niño se muestra o tranquilo bastante más o tranquilo bastante menos que es típico aún para un niño menor en una situación similar.

**3.5**

4. **Miedo y nerviosismo severamente anormal:** El miedo persiste aún después de repetida la experiencia con eventos u objetos inofensivos. Es extremadamente difícil calmar o aliviar al niño. El niño puede, a la inversa, dejar de mostrar atención apropiada por riesgos que otros niños de la misma edad evitan.

## **XI. COMUNICACIÓN VERBAL**

### **1. Comunicación verbal, edad y situación apropiada**

#### **1.5**

2. **Comunicación verbal medianamente anormal:** Su habla muestra un retraso general. La mayoría de su habla es significativa: sin embargo, la ecolalia o inversión de pronombre debe ocurrir. Algunas palabras peculiares o jerga pueden ser usadas ocasionalmente.

#### **2.5**

3. **Comunicación verbal moderadamente anormal:** El habla puede ser ausente. Cuando se presenta, la comunicación verbal puede ser una mezcla de algún habla significativa y algún habla peculiar como jerga, ecolalia, o inversión de pronombre. Peculiaridades en el habla significativa incluye excesivo interrogatorio y preocupación por temas particulares.

#### **3.5**

4. **Comunicación verbal severamente anormal:** El discurso significativo no es usado. El niño puede dar gritos o chillidos agudos, sonidos como animales, ruidos complejos aproximándose al habla, o puede mostrar persistente, raro uso de palabras o frases reconocibles.

## **XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL**

### **1. Uso normal de comunicación no verbal, edad y situación apropiada**

#### **1.5**

2. **Uso de comunicación no verbal medianamente anormal:** Uso inmaduro de comunicación no verbal; puede sólo apuntar vagamente, o alcanzar lo que desea, en situaciones donde un niño de la misma edad debe apuntar más específicamente para indicar aquello que desea.

#### **2.5**

- 3. Uso de la comunicación no verbal moderadamente anormal:** El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos de manera no verbal, y no puede comprender la comunicación no verbal de otros.

### 3.5

- 4. Uso de la comunicación no verbal severamente anormal:** El niño sólo usa raros o peculiares gestos los cuales no tienen aparente significado, y no muestra estar consciente de los significados asociados con los gestos o expresiones faciales de otros.

## XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD

- 1. Nivel de actividad normal para su edad y circunstancia:** El niño no es más activo ni menos activo que un niño normal de la misma edad en una situación similar.

### 1.5

- 2. Nivel de actividad medianamente anormal:** El niño debe ser medianamente inquieto o algo “ perezoso “ y moverse lento por momentos. El nivel de actividad del niño interfiere solo un poco con su desempeño.

### 2.5

- 3. Nivel de actividad moderadamente anormal:** El niño debe ser bastante activo y difícil de frenar. Debe tener energía ilimitada y no debe irse de buena gana a dormirse en la noche. A la inversa, el niño debe ser bastante letárgico, y necesitar mucho empuje para lograr que se mueva.

### 3.5

- 4. Nivel de actividad severamente anormal:** El niño exhibe extremos de actividad o inactividad y puede aún cambiar de un extremo a otro.

## XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL

- 1. La inteligencia es normal y consistente razonablemente a través de las diferentes áreas:** El niño es tan inteligente como un niño típico de la misma edad y no tiene ninguna habilidad intelectual inusual o problemas.

### 1.5

- 2. Funcionamiento intelectual medianamente anormal:** El niño no es tan inteligente como un niño típico de su edad; las habilidades aparecen bastante retardadas de una forma pareja a través de todas las áreas.

2.5

3. **Funcionamiento intelectual moderadamente anormal:** En general, el niño no es tan inteligente como un niño típico de su edad; sin embargo, el niño puede funcionar casi normalmente en una o más áreas intelectuales.

3.5

4. **Funcionamiento intelectual severamente anormal:** mientras el niño generalmente no es tan inteligente como un niño típico de su edad; éste puede funcionar aún mejor que un niño normal de su misma edad en una o más áreas.

## **XV. IMPRESIONES GENERALES**

1. **No autismo:** El niño no muestra ninguno de los síntomas característicos del autismo.

1.5

2. **Autismo ligero:** El niño muestra sólo algunos o sólo un leve grado de autismo.

2.5

3. **Autismo moderado:** El niño muestra un número de síntomas o un moderado grado de autismo.

3.5

4. **Autismo severo :** El niño muestra muchos síntomas o un extremo grado de autismo.

### **Puntaje Total :**

15 – 29 : No Autista.

30 – 36 : Autista Medianamente Moderado.

37 – 60 : Autista Severo.

EN LA NIÑEZ

NOMBRE: ..... EDAD.....SEXO.....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

GRADO DE INSTRUCCIÓN: .....

EVALUADOR: .....

FECHA DE EVALUACIÓN: .....

INFORMANTE: .....

-----

<u>AREA</u>	<u>PUNTAJE</u>
I. REFERENTE A LA GENTE	<input type="text"/>
II. IMITACION	<input type="text"/>
III. RESPUESTA EMOCIONAL	<input type="text"/>
IV. USO DEL CUERPO	<input type="text"/>
V. USO DE OBJETOS	<input type="text"/>
VI. ADAPTACION AL CAMBIO	<input type="text"/>
VII. RESPUESTA VISUAL	<input type="text"/>
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	<input type="text"/>
IX. RESPUESTA AL SABOR, OLOR, TACTO Y USO	<input type="text"/>
X. MIEDO O NERVIOSISMO	<input type="text"/>
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	<input type="text"/>
XII. COMUNICACION NO VERBAL	<input type="text"/>
XIII. NEVEL DE ACTIVIDAD	<input type="text"/>
XIV. NIVEL Y CONSITENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL	<input type="text"/>
XV. IMPRESIONES GENERALES	<input type="text"/>

-----

-----

SUMATORIA TOTAL

DIAGNÓSTICO: .....

Anexo D:

		Raramente						A menudo	
		0	1	2	3	4	5	6	
1	¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? Por ejemplo, ¿ignora las reglas no escritas sobre juego social?	0	1	2	3	4	5	6	
2	Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en el recreo, ¿evita el contacto social con los demás? Por ejemplo, busca un lugar retirado o se va a la biblioteca.	0	1	2	3	4	5	6	
3	¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? Por ejemplo, un comentario personal sin ser consciente de que puede ofender a los demás.	0	1	2	3	4	5	6	
4	¿Carece el niño de empatía, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? Por ejemplo, no darse cuenta de que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.	0	1	2	3	4	5	6	
5	¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? Por ejemplo, no darse cuenta de que Vd. no puede saber acerca de un tema concreto porque no estaba con el niño en ese momento.	0	1	2	3	4	5	6	
6	¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian las cosas o algo le sale mal?	0	1	2	3	4	5	6	
7	¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? Por ejemplo, muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación.	0	1	2	3	4	5	6	
8	¿Carece el niño de precisión en sus expresiones o emociones? Por ejemplo, no ser capaz de entender los niveles de expresión emocional apropiados para diferentes personas.	0	1	2	3	4	5	6	
9	¿Carece el niño de interés en participar en juegos, deportes o actividades competitivas? 0 significa que el niño disfruta de ellos.	0	1	2	3	4	5	6	
10	¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? 0 significa que sigue las modas en ropa o juguetes, por ejemplo.	0	1	2	3	4	5	6	

		Raramente						A menudo	
11	¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? Por ejemplo, se muestra confuso por frases del tipo "estás frito", "las miradas matan" o "muérete".	0	1	2	3	4	5	6	
12	¿Tiene el niño un tono de voz poco usual? Por ejemplo, que parezca tener un acento "extranjero", o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave.	0	1	2	3	4	5	6	
13	Cuando habla con él, ¿muestra el niño desinterés en su parte de la conversación? Por ejemplo, no pregunta ni comenta sus ideas con otros.	0	1	2	3	4	5	6	
14	Cuando se conversa con él, ¿mantiene menos contacto ocular del que cabría esperar?	0	1	2	3	4	5	6	
15	¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? Por ejemplo, habla de manera formal o como un diccionario andante.	0	1	2	3	4	5	6	
16	¿Tiene el niño problemas para reparar una conversación? Por ejemplo, cuando está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le resulte familiar, o tarde un tiempo muy largo en pensar una respuesta.	0	1	2	3	4	5	6	
17	¿Lee el niño libros en busca de información, sin parecer interesarle los temas de ficción? Por ejemplo, es un ávido lector de enciclopedias y de libros de ciencias, pero no le interesan las aventuras.	0	1	2	3	4	5	6	
18	¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? Por ejemplo, recordar años después la matrícula del coche de un vecino, o recordar con detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.	0	1	2	3	4	5	6	
19	¿Carece el niño de juego imaginativo social? Por ejemplo, no incluye a otros niños en sus juegos imaginarios, o se muestra confuso por los juegos de imaginación de otros niños.	0	1	2	3	4	5	6	
20	¿Está el niño fascinado por un tema en particular y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema? Por ejemplo, el niño se convierte en una enciclopedia andante sobre vehículos, mapas, clasificaciones de ligas deportivas u otro tema?	0	1	2	3	4	5	6	

		Raramente						A menudo	
21	¿Se muestra el niño exageradamente molesto por cambios en su rutina o expectativas? Por ejemplo, se angustia si va a la escuela por una ruta diferente.	0	1	2	3	4	5	6	
22	¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? Por ejemplo, alienar todos sus juguetes antes de irse a dormir.	0	1	2	3	4	5	6	
23	Tiene el niño una pobre coordinación motriz? Por ejemplo, no puede atrapar un balón.	0	1	2	3	4	5	6	
24	¿Tiene el niño un modo extraño de correr?	0	1	2	3	4	5	6	