



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Terapia Cognitiva Conductual como Tratamiento para Síntomas Ansiosos  
Comórbidos en el Trastorno del Espectro Autista: Un Estudio de Caso**

**María José Garzón Jurado**

**Esteban Utreras, Ph.D, Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Terapia Cognitiva Conductual como Tratamiento para Síntomas Ansiosos Comórbidos en el Trastorno del Espectro Autista: Un estudio de caso**

María José Garzón Jurado

Esteban Utreras, Ph.D.,  
Director del Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Teresa Borja, Ph.D.,  
Miembro del Comité  
de Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Lellany Coll, Ph.D.,  
Miembro del Comité  
de Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Teresa Borja, Ph.D.,  
Directora del Programa

\_\_\_\_\_

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.,  
Decana del Colegio de Ciencias  
Sociales y Humanidades

\_\_\_\_\_

**Quito, mayo de 2015**

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: María José Garzón Jurado

C.I.: 171499786-1

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo de 2015

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermana, por su apoyo y amor incondicional.

A mi esposo, por ser mi fortaleza, motivación y luz.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Esteban Utreras por su guía, tiempo y dedicación invertida en este proceso. Pero más que nada, quisiera extenderle mi gratitud por todo lo aprendido a lo largo de estos años, y por haber inspirado en mí el amor a la psicología. De igual manera, agradezco a XX y su familia por su confianza y apertura.

## RESUMEN

La creciente literatura ha calificado a la terapia cognitiva conductual como un tratamiento efectivo para el trastorno del espectro autista y sus aspectos comórbidos, siempre y cuando se lo adapte para cumplir con las necesidades de esta población. Siguiendo estos parámetros, el presente estudio busca determinar la efectividad de la CBT en la reducción de los síntomas ansiosos de un niño de 11 años con diagnóstico primario de espectro autista, así como la consecuente mejoría de su funcionamiento general. Para medir objetivamente lo planteado, se emplearon herramientas de medición tales como CORE-OM-34, SCARED, Vineland-II y BASC-2, los cuales arrojaron resultados favorables a las preguntas de investigación, es decir, una reducción considerable de la sintomatología ansiosa, y un incremento en el funcionamiento del paciente al momento de la post-intervención.

*Palabras claves:* Trastorno del espectro autista, ansiedad, terapia cognitiva conductual.

## ABSTRACT

The growing literature has considered cognitive behavioral therapy as an effective treatment for autism spectrum disorders and its comorbid aspects, as long as it is adapted to accommodate for the needs of this population. Following these parameters, the present study aims to determine the effectiveness of CBT in reducing anxiety symptoms of an 11-year-old child with a primary diagnosis of autism spectrum disorder, and the consequent improvement of his overall functioning. To objectively measure what's been raised, assessment tools such as CORE-OM-34, SCARED, Vineland-II and BASC-2 were used, which yielded favorable results to the research questions, namely, a considerable reduction in anxiety symptoms and an increased patient functioning at the time of post-intervention.

***Key words:*** *Autism spectrum disorders, anxiety, cognitive behavioral therapy.*



## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUCCION AL PROBLEMA</b> .....	14
Antecedentes .....	15
Historia personal .....	15
Historia familiar .....	16
Historia educativa .....	17
Historia social .....	17
Situación actual .....	18
El problema.....	19
Hipótesis .....	20
Preguntas de investigación.....	21
Contexto y marco teórico.....	21
Propósito del estudio.....	22
Significado del estudio.....	22
Definición de términos.....	23
Presunciones del autor del estudio.....	24
Supuestos del estudio.....	24
<b>REVISION DE LA LITERATURA</b> .....	26
Géneros de literatura incluidos en la sección.....	26
Fuentes .....	26
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	26
Formato de la revisión de la literatura .....	26
Tema 1. Trastorno del espectro autista .....	27
Contexto histórico.....	27
La historia evolutiva del autismo dentro de los manuales diagnósticos .....	30
Comparación diagnóstica entre el DSM-IV-TR y DSM-V .....	31
Trastornos generalizados del desarrollo.....	31
Trastorno autista.....	32
Síndrome de Rett.....	37
Trastorno desintegrativo infantil.....	39
Síndrome de Asperger.....	41
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.....	45
Introducción de los trastornos del espectro autista en el DSM-V.....	46
Ventajas y desventajas .....	50
Etiología.....	52
Curso y desarrollo .....	56
Prevalencia.....	59
Características específicas del trastorno .....	61
Habilidades sociales.....	61

Atención conjunta .....	65
Teoría de la mente.....	67
Reconocimiento, expresión y reciprocidad emocional .....	71
Imitación .....	79
Categorización .....	82
Funciones ejecutivas .....	85
Lenguaje.....	90
Intereses y comportamientos restrictivos.....	95
Movimiento y coordinación.....	97
Experiencia sensorial .....	100
Comorbilidad .....	102
Tema 2. Ansiedad y trastorno del espectro autista .....	105
Tema 3. Terapia cognitiva conductual.....	108
Principios, modelo y triada cognitiva .....	110
Creencias centrales.....	112
Creencias intermedias .....	114
Pensamientos automáticos .....	115
Distorsiones cognitivas .....	117
Intervenciones .....	120
Tema 4. Aplicación de la terapia cognitiva conductual.....	126
CBT para tratamiento en niños/jóvenes de normal desarrollo.....	126
CBT para tratamiento de ansiedad en TEA .....	131
Tema 5. Conceptualización del caso.....	140
Creencias centrales.....	140
Creencias intermedias .....	141
Pensamientos automáticos .....	143
Distorsiones cognitivas .....	143
<b>METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>146</b>
Justificación de la metodología seleccionada .....	146
Curso del tratamiento.....	147
Breve descripción del estado mental.....	147
Herramientas de investigación aplicadas .....	148
Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.....	148
Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders.....	149
Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition: Survey Interview Form .....	150
Behavior Assessment System for Children-Second Edition.....	152
Diagnóstico y evaluación funcional.....	154
Trastorno del espectro autista .....	155
Sintomatología ansiosa .....	156
Estructura del tratamiento .....	158
Lista de situaciones y problemas .....	158
Metas a corto plazo .....	158
Metas a largo plazo .....	159
Consideraciones éticas y legales.....	160
Aspectos de la relación terapéutica.....	163

Transferencia.....	163
Contratransferencia.....	164
Temas e intervenciones.....	166
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	170
Análisis de resultados CORE OM-34.....	170
Pre-intervención.....	170
Post-intervención.....	171
Análisis de resultados SCARED/SCARED-P.....	173
Pre-intervención.....	173
Post-intervención.....	174
Análisis de resultados Vineland-II.....	176
Pre-intervención.....	177
Funcionamiento adaptativo general.....	177
Desempeño en los dominios de comportamiento adaptativo.....	177
Desempeño en los subdominios.....	177
Fortalezas y debilidades según los puntajes estándar de los dominios.....	178
Fortalezas y debilidades según los v-scale scores de los subdominios.....	180
Hipótesis sobre las fluctuaciones del perfil.....	181
Comportamiento desadaptativo.....	181
Conclusiones.....	182
Post-intervención.....	182
Funcionamiento adaptativo general.....	182
Desempeño en los dominios de comportamiento adaptativo.....	183
Desempeño en los subdominios.....	183
Fortalezas y debilidades según los puntajes estándar de los dominios.....	184
Fortalezas y debilidades según los v-scale scores de los subdominios.....	185
Hipótesis sobre las fluctuaciones del perfil.....	187
Comportamiento desadaptativo.....	187
Conclusiones.....	188
Análisis de resultados BASC-2.....	188
Importancia del estudio.....	190
Resumen de sesgos del autor.....	190
<b>CONCLUSIONES</b> .....	192
Respuestas a las preguntas de investigación.....	192
Discusión.....	192
Limitaciones del estudio.....	196
Recomendaciones para futuros casos, estudios o intervenciones.....	197
Resumen general.....	197
<b>REFERENCIAS</b> .....	199
<b>ANEXOS</b> .....	214
ANEXO A.....	214
ANEXO B.....	215

ANEXO C.....	217
ANEXO D.....	220
ANEXO E.....	228
ANEXO F.....	229
ANEXO G.....	231
ANEXO H.....	233
ANEXO I.....	235
ANEXO J.....	237
ANEXO K.....	239
ANEXO L.....	241
ANEXO M.....	272
ANEXO N.....	303
ANEXO O.....	307

## TABLAS

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del trastorno autista [299.00] según el DSM-IV-TR .....	33
Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de trastorno de Rett [299.80] según el DSM-IV-TR .....	39
Tabla 3. Criterios para el diagnóstico de trastorno desintegrativo infantil [299.80] según el DSM-IV-TR.....	41
Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de síndrome de Asperger [299.80] según el DSM-IV-TR.44	44
Tabla 5. Criterios para el diagnóstico de trastorno del espectro autista [299.00] según el DSM-V .....	47
Tabla 6. Niveles de severidad para el trastorno del espectro autista .....	49
Tabla 7. Modificaciones de la CBT para su aplicación en TEA.....	139
Tabla 8. Descripción del contenido de las formas del Vineland-II.....	151
Tabla 9. Características principales de la ansiedad.....	159
Tabla 10. Resultados pre-intervención para el CORE-OM-34.....	171
Tabla 11. Resultados post-intervención para el CORE-OM-34 .....	172
Tabla 12. Resultados pre-intervención del SCARED.....	174
Tabla 13. Resultados post-intervención del SCARED .....	175
Tabla 14. Puntajes pre-intervención para dominios, subdominios y compuesto de comportamiento desadaptativo del Vineland-II Survey Interview Form .....	178
Tabla 15. Puntajes pre-intervención para comportamientos desadaptativos de internalización, externalización e índice de comportamientos desadaptativos .....	182
Tabla 16. Puntajes post-intervención para dominios, subdominios y compuesto de comportamiento desadaptativo del Vineland-II Survey Interview Form .....	184
Tabla 17. Puntajes post-intervención para comportamientos desadaptativos de internalización, externalización e índice de comportamientos desadaptativos .....	187

## FIGURAS

Figura 1. Conceptualización cognitiva .....	145
Figura 2. Comparación de resultados pre y post-intervención del CORE-OM-34.....	172
Figura 3. Comparación entre resultados pre y post-intervención del SCARED.....	175
Figura 4. Comparación entre resultados pre y post-intervención del SCARED-P.....	176

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) considerados como Trastornos del Desarrollo Neurológico según la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association [APA], 2013), están caracterizados por déficits en áreas tales como la comunicación e interacción social, así como la presencia de patrones repetitivos y limitados de comportamiento, actividades e intereses, que afectan el funcionamiento cotidiano de esta población en diferentes contextos (APA, 2013). Adicionalmente, se encuentran otros especificadores para el diagnóstico de este espectro, los mismos que hacen referencia al lenguaje, el intelecto, y la asociación a condiciones médicas u otros desórdenes mentales. Así, la ansiedad se posiciona según la literatura, como uno de los trastornos más comórbidos con el espectro autista, especialmente en población joven, con cifras que llegan hasta un 80% en varios estudios (Moree & Davis, 2010; Donoghue, Stallard & Kucia, 2011). Es por esto que dadas las tasas de prevalencia elevadas de la ansiedad en personas con TEA, la búsqueda de tratamientos empíricamente efectivos y validados para este propósito ha incrementado significativamente en los últimos años (Moree & Davis, 2010). Una de las intervenciones que ha probado ser efectiva en recientes estudios es la Terapia Cognitiva Conductual, la misma que ha generado resultados positivos en la reducción de síntomas tanto ansiosos como aquellos específicos al espectro (Scarpa, White & Attwood, 2013; Moree & Davis, 2010).

El problema a ser tratado en el presente informe trata específicamente sobre un estudio de caso de un niño (que por temas de confidencialidad se lo denominara XX) de 11 años de edad, diagnosticado previamente con Trastorno del Espectro Autista de nivel 1 (o Síndrome de Asperger según el DSM IV TR) sin déficit intelectual ni de lenguaje, asociado a un Trastorno de Atención e Hiperactividad. El mismo fue referido por la madre para recibir consultas

psicológicas en la USFQ, debido a que los síntomas ansiosos del hijo se encontraban perjudicando su funcionamiento, especialmente en la escuela. A través de la implementación de pruebas psicométricas, así como mediante procesos observacionales se evidenciaron síntomas ansiosos co-ocurrentes al TEA, lo cual fue el punto de enfoque en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual.

### **Antecedentes**

A continuación, se presentan los antecedentes del paciente en cuanto a su contexto personal, familiar, educativo y social.

#### **Historia Personal.**

El paciente, según reporte de la madre, nace de manera prematura a los 8 meses de embarazo mediante cesárea. El desarrollo posterior no tuvo mayores complicaciones excepto por una escasa maduración de los pulmones, por lo cual tuvo que recibir tratamiento.

Adicionalmente, la madre del paciente reporta que su hijo fue un bebé extremadamente activo, que presentaba características relacionados al espectro autista, tales como carencia de contacto visual, ecopraxia (aleteos repetitivos con las manos, golpes repetitivos con la cabeza, mecer el cuerpo constantemente), retardo en el desarrollo del lenguaje (presentó fluidez en el lenguaje a los 6 años), ecolalia, problemas conductuales, agresión a sí mismo y a otros, motricidad poco coordinada, e irritabilidad. Por estas razones, la madre lleva a su hijo a varios centros psicológicos, primero a los 5 años y después a los 9 años de edad, en donde le administran varias pruebas psicométricas y diagnostican a XX con el Síndrome de Asperger. Con respecto a la funcionalidad del paciente, el mismo presentó retardo en la dominancia de muchas habilidades del diario vivir tales como el vestirse solo (de manera independiente a los 10 años), higiene

personal y alimentación (sin asistencia a los 8 años), problemas en el área motriz (ej. Dificultad para atarse los cordones, mala caligrafía, coordinación poco precisa hasta el día de hoy), entre otros. El paciente recibió psicoterapia hace dos años, enfocada hacia los síntomas de su trastorno del desarrollo, pero dejó de asistir debido a que los padres del niño no evidenciaron ninguna mejoría en su hijo. Además, los padres atravesaron en ese entonces por problemas económicos, lo cual les llevó a parar la atención psicológica que recibía su hijo. No ha presentado más complicaciones médicas significativas, no se encuentra tomando ningún medicamento ni recibiendo psicoterapia en ningún otro centro psicoterapéutico.

### **Historia Familiar.**

XX nació y creció en Quito, pero su familia por parte de madre vive en otra región del país. El paciente vive en una casa con sus padres y dos hermanas menores. Padre y madre tienen un matrimonio estable, la madre es ama de casa y el padre trabaja como ingeniero en telecomunicaciones. Consecuentemente, XX pasa mucho más tiempo junto a su madre y ha desarrollado un vínculo muy dependiente a la misma. El paciente tiene pensamientos recurrentes acerca del bienestar de sus padres que le producen mucha ansiedad, más no es el caso con sus hermanas. Su relación con las mismas es armoniosa, más prefiere realizar sus actividades de manera individual y no con ellas la gran mayoría del tiempo. La familia se muestra abierta ante este trastorno presente en el paciente, existe comprensión, paciencia y cariño. No obstante, las hermanas comentan que el trastorno del hermano les está trayendo repercusiones en la escuela, ya que deben defender muchas veces a su hermano. A pesar de esto, XX presenta una buena relación con todos los integrantes de su familia, en especial con su madre que es la persona con la que pasa la mayor parte del tiempo. No se reporta un historial clínico de más complicaciones psicológicas en la familia.



**Historia Educativa.**

El paciente cursó sus años de estudio en dos instituciones previas a la actual, en las que no logró adaptarse fácilmente, debido a que sufría de maltrato físico y verbal por parte de sus compañeros de clase. Ante esto, XX reaccionaba de manera agresiva la mayor parte de la semana, volviéndose un problema que empezaba a afectar su desempeño académico (falta de atención en clase, mayor impulsividad e hiperactividad). Por esta razón, su madre buscó una escuela de inclusión en la que XX pudiese desempeñarse mejor, en un ambiente de aceptación. El niño se encuentra cursando el séptimo año de educación básica en una escuela privada en el norte de Quito. Presenta un buen rendimiento académico, es perfeccionista con sus trabajos y deberes en la escuela, y se pone ansioso al pensar que podría cometer errores o cuando esto sucede. No obstante, XX comenta que muchas veces le es difícil realizar las tareas debido su trastorno, pero al mismo tiempo puede ver que tiene fortalezas dentro de la escuela (presenta habilidades para los idiomas, se encuentra aprendiendo inglés y alemán). Por otro lado, XX presenta problemas a nivel educativo en cuanto a su relación con compañeros de clase y sus profesores, debido a que no existe un conocimiento suficiente sobre la condición del paciente para su comprensión y manejo, así como debido a la presencia de déficits en la comunicación e interacción social del niño. Adicionalmente, XX comenta que en su escuela actual también se dan episodios de agresión hacia él, ante los cuales responde de la misma forma. Al preguntar por la frecuencia de estos comportamientos, la madre alega que ocurre unas dos o tres veces por semana, y que es una gran diferencia en comparación de sus instituciones anteriores.

**Historia Social.**

El paciente, según reporte de la madre, es una persona que prefiere estar solo, dedicando mucho tiempo a sus intereses específicos (moldeamiento con plastilina). XX nunca ha

presentado relaciones significativas cercanas, sin embargo, una de las personas con las que pasó una cantidad relativamente grande de tiempo falleció hace algunos años, siendo un evento significativo para la vida del paciente. El niño comenta que le produce ansiedad el pensar que eso le puede pasar a él también, ya que la muerte es un pensamiento muy recurrente en su día a día, que según la madre empezaron a intensificarse desde muy temprana edad (antes de los 8 años), y se vuelven más recurrentes e intrusivos cuando experimenta algún suceso relacionado (como ver noticias, muerte de algún familiar o amistad, enfermedad, etc.). A pesar de no tener amistades cercanas, parece no darse cuenta de lo mismo, y según reporte de la madre parece no afectarle. Le cuesta entablar y mantener relaciones interpersonales inclusive por un corto período de tiempo, ya que su falta de entendimiento sobre las relaciones sociales, reconocimiento y manejo de emociones en terceros y en sí mismo, y la falta de límites interpersonales hace que se distancie o se vuelva agresivo contra sus compañeros (al activarse la ansiedad se genera el mecanismo de *fight or flight*). Adicionalmente, el paciente comenta que le genera mucha ansiedad el acercarse a desconocidos, ya que piensa que le van a hacer daño.

### **Situación Actual**

El paciente presenta un déficit severo en el área de socialización, evidenciado por dificultad para entablar y mantener relaciones sociales significativas, reciprocidad emocional mínima, agresividad física ante compañeros de clase (3 veces a la semana aproximadamente), carencia de límites y lenguaje no verbal extraño o carente. Adicionalmente, esto se ve afectado por comportamientos motrices repetitivos, intereses restrictivos e inflexibilidad ante el cambio en rutinas diarias. Estos síntomas están siendo intensificados por aquellos referentes a la ansiedad, como por ejemplo sus pensamientos intrusivos, hiperventilación y ritmo cardíaco acelerado, dolores de estómago y de cabeza (síntomas más detallados en la siguiente sección). Esto se

evidencia gracias a auto-reportes del niño y la madre, en cuanto exponen una incapacidad para manejar sus emociones en diferentes contextos interpersonales e intrapersonales, lo cual en consecuencia están afectando su funcionamiento fuera de casa, asociado a cuando no presenta apoyo o asistencia por parte de su madre. XX se encuentra teniendo problemas en cuanto a agresión hacia compañeros de clase, dificultad con el seguir nuevas rutinas en la escuela y casa, al igual que ciertos comportamientos inapropiados dentro de ambos entornos. La madre comenta que sus objetivos de la terapia son que el niño mejore los síntomas de ansiedad para que pueda alcanzar un nivel de autonomía a largo plazo.

### **El problema**

El paciente acude a las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito, traído por su madre especialmente por motivos de la ansiedad presente en el niño. La madre comenta que XX suele evidenciar síntomas fisiológicos al presentarse un problema, o sin razón aparente, tales como ritmo cardíaco y respiración acelerados, temblores, sensaciones extrañas en el estómago, dolores de cabeza, y tensión muscular. De forma paralela el paciente muestra tener pensamientos intrusivos y constantes acerca del bienestar de su familia (especialmente de sus padres y de sí mismo), los mismos que generan mucha ansiedad en el niño (10, en una escala del 0 al 10). Adicionalmente, le preocupa mucho el cometer errores (lo calificó con un 9) tanto en casa como en la escuela ya que piensa que algo malo le va a pasar (bajas calificaciones, gritos por parte de los maestros o padres, etc.), le genera mucha ansiedad tener que interactuar con extraños porque piensa que le van a hacer daño (5 en la escala de ansiedad), es hipersensible a ruidos fuertes, la palabra o acción de vomitar, y además presenta un intenso temor a la oscuridad, razón por la que no puede dormir solo o con la luz apagada. También, XX presenta dificultad con la reciprocidad socio emocional, evidenciada mediante conductas extrañas de acercamiento

social (dificultad para comprender y mantener límites con terceros), problemas para expresar emociones (especialmente aquellas consideradas como negativas), y dificultad para responder a interacciones sociales (APA, 2013). Además, presenta dificultades en lo que respecta a su lenguaje no verbal (contacto visual reducido y gesticulación extraña), así como problemas en entablar, mantener y entender relaciones sociales (APA, 2013). Por último, XX presenta una adherencia inflexible hacia las rutinas, evidenciado por la irritabilidad y rechazo para cumplir con actividades fuera de lo acordado por mínimo que sean; presenta estereotipias (saltar, aplaudir y golpear las manos) e intereses restrictivos (moldeamiento con plastilina) (APA, 2013). Así, como se comentó anteriormente, la madre plantea objetivos enfocados hacia los síntomas ansiosos presentes en su hijo y es precisamente esto el foco de atención en la aplicación de la terapia cognitiva conductual.

## **Hipótesis**

La creciente ansiedad que presenta el paciente se encuentra intensificando los síntomas del diagnóstico primario (TEA), lo cual perjudica el funcionamiento del niño en diferentes contextos. Se plantea como hipótesis para el presente estudio de caso, que la aplicación de la terapia cognitivo conductual con diferentes modificaciones dirigidas hacia el nivel de desarrollo del niño, tales como el incremento de educación afectiva, el uso de abordajes visuales y concretos, el énfasis sobre comportamientos, la incorporación de los intereses específicos del niño, y el involucramiento de los padres, tendrán un efecto positivo en cuanto a la mejora de síntomas ansiosos en el paciente (Scarpa et al., 2013; Moree & Davis, 2010; Donoghue et al., 2011). Además, se plantea que la reducción de estos específicos síntomas, acarreará consigo una mejoría en el funcionamiento general del sujeto respecto a su TEA, especialmente en el área social que es la más afectada actualmente.

## **Preguntas de investigación**

Así, de las hipótesis planteadas anteriormente se infieren las preguntas de investigación para el presente caso:

1. ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Cognitiva Conductual reducirá los síntomas de ansiedad de un niño de 11 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista?
2. ¿Cómo y hasta qué punto la reducción de los síntomas de ansiedad mejorarán el funcionamiento general del paciente respecto a su TEA?

## **Contexto y marco teórico**

Para el análisis del presente estudio se empleará una perspectiva psicológica, basada en los principios de la terapia cognitiva conductual. Este enfoque terapéutico es elegido debido a su elevada evidencia científica en cuanto a efectividad sobre una amplia gama de trastornos mentales, incluyendo la ansiedad en población de desarrollo normal, y la creciente evidencia en cuanto su efectividad en población con TEA (Scarpa et al., 2013). Se dará gran importancia a las cogniciones que ejercen un efecto significativo sobre la experiencia emocional y las respuestas comportamentales; así como en estrategias de afrontamiento que puedan generar un cambio en evaluaciones distorsionadas del self, terceros y el entorno, y reducir el escalamiento emocional. Se desarrollará a profundidad sobre las adaptaciones de la Terapia Cognitiva Conductual para su acoplamiento con el nivel de desarrollo de las personas con TEA, tales como psicoeducación afectiva, técnicas visuales, enfatización de aspectos conductuales, la incorporación de intereses específicos del paciente, involucramiento de padres, entre otros (Donoghue et al., 2011; Moree &

Davis, 2010). Adicionalmente, se abordará el caso y sus diagnósticos a partir de los criterios especificados por el DSM-V.

### **El propósito del estudio.**

A través de este estudio de caso se espera obtener resultados positivos en cuanto el efecto de la Terapia Cognitiva Conductual sobre los síntomas de ansiedad del paciente con TEA, para consecuentemente mejorar su funcionamiento general. Además, se pretende desarrollar de manera conjunta con el sujeto, estrategias de afrontamiento para su aplicación generalizada a contextos fuera de terapia, lo cual apunta a un mejor manejo de emociones, y a una mayor autonomía por parte del paciente.

### **El significado del estudio.**

Este estudio de caso presenta una importancia significativa en cuanto a la información que provee a personas afines al tema, como psicólogos, educadores, familiares, o personas con trastornos del espectro autista, dada la escasa literatura existente respecto al tema en referencia a la población ecuatoriana (Autismo Ecuador, 2014). En el transcurso del último año se ha dado paso a un mayor involucramiento e investigación sobre los Trastornos Del Espectro Autista en el Ecuador, principalmente para el desarrollo de un modelo de atención de salud integral enfocado hacia personas con este diagnóstico; sin embargo es un tema que solo recientemente ha empezado a generar interés Estatal, ya que como lo comenta la Ministra Coordinadora de Desarrollo Social del Ecuador “es la primera vez que se considera este tema dentro de la política pública nacional” (Vaca citado en Ministerio de Coordinación y Desarrollo, 2014, p. 2). Así también, en el caso de Latinoamérica, Belinchón, señala la falta de estudios con población joven en cuanto a TEA (citado en Araújo, Jané, Bonillo, Canals, Viñas, Ferrán, & Doménech-Llaberia, 2012). Por consiguiente, la presente investigación, es de gran importancia, ya que aporta con

información necesaria para el conocimiento de los TEA dentro del contexto ecuatoriano, así como con alternativas de intervención que pueden ser aplicadas en diferentes aspectos de esta población.

Adicionalmente, se estaría contribuyendo de cierta forma al crecimiento de la evidencia científica en cuanto a la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual como método de tratamiento de ansiedad en diagnósticos primarios de TEA.

### **Definición de términos**

Para el propósito del presente estudio, los términos relacionados a TEA, Ansiedad y Terapia Cognitiva Conductual serán definidos de la siguiente manera:

*Trastorno del Espectro Autista:* Trastorno caracterizado por déficits en comunicación e interacción social en varios contextos, así como la presencia de patrones repetitivos y estereotipados de comportamiento, actividades e intereses; pudiendo o no estar acompañado de déficits intelectuales y/o de lenguaje (APA, 2013).

*Ansiedad:* Es un sistema de respuesta complejo que involucra fenómenos cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales; el mismo que es activado cuando se considera a una situación como amenazante y fuera del control de un individuo (Clark & Beck, 2010).

*Terapia Cognitiva Conductual:* Enfoque terapéutico que busca mejorar el funcionamiento de del individuo a través de la identificación y modificación de cogniciones desadaptativas, que consecuentemente afectará de manera positiva a la experiencia afectiva y las respuestas conductuales (Scarpa et al., 2013; Courtois & Ford, 2009).

### **Presunciones del autor del estudio**

Se presume que la información provista por el paciente y su madre es veraz y confiable tanto para la aplicación de pruebas psicométricas, como para el contenido de las sesiones. Además se presume que los resultados significativos en cuanto la reducción de ansiedad a través de la aplicación de Terapia Cognitiva Conductual evidenciados en la literatura, se verán replicados de igual manera en los resultados de este estudio, permitiendo que el paciente se beneficie de los mismos. Por último, se presume que el progreso y resultados dentro de sesión puedan ser generalizados a contextos fuera de psicoterapia.

### **Supuestos del estudio**

El presente estudio de caso demuestra importancia en el campo de la investigación debido a la información detallada que aporta mediante la profundización sobre un tema en particular, en este caso los trastornos del espectro autista, su desarrollo y tratamiento. Adicionalmente, el estudio sirve como marco de referencia para planificación de intervenciones para jóvenes diagnosticados con TEA dentro del contexto ecuatoriano, así como para su posterior investigación.

Se espera mediante esta intervención el mejoramiento de los síntomas ansiosos en el paciente, así como la consecuente mejoría en su funcionamiento general, y el análisis entre estos dos resultados.

A continuación, se presenta la revisión de la literatura, la misma que ha sido dividida en los principales temas relevantes al estudio, seguido por la descripción de la metodología de investigación aplicada al mismo, el análisis de los datos encontrados a través de los diferentes



test y pruebas psicométricas en períodos pre y post intervención; seguido de las conclusiones y la discusión.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### Géneros de literatura incluidos en la revisión

#### Fuentes.

La información destinada para la revisión de la literatura del presente estudio, provendrá principalmente de artículos de investigación de revistas indexadas o *peer review journals* entre los años 2000 y 2014. De igual manera, se obtendrá información de libros especializados relevantes a los temas de Trastornos del Espectro Autista, Terapia Cognitiva Conductual, y Trastornos de Ansiedad.

### Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los temas de revisión de literatura se originan a partir de la investigación y lectura de autores reconocidos en el área acerca de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en trastornos comórbidos al Espectro Autista. Para este procedimiento, se opta inicialmente por la búsqueda de recursos, tanto electrónicos como impresos, en la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito bajo temas relacionados, así como a través del buscador de Google Académico, el uso de las referencias de artículos significativos para el acceso a más fuentes, y la búsqueda de libros especializados en páginas web de autores internacionales.

### Formato de la revisión de la literatura

El desarrollo de la revisión de literatura será expuesta a través de temas en los cuales se basa la presente investigación, siendo estos relevantes a la descripción detallada de los

Trastornos del Espectro Autista, así como la historia, principios y aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual, seguido por la conceptualización del estudio de caso.

### **Tema 1. Trastornos del Espectro Autista.**

#### ***Contexto Histórico.***

La palabra autismo, proveniente del griego “*Autos*” (sí mismo) e “*ismos*” (condición), fue acuñada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1911. Según la perspectiva de este autor, el autismo constituía una condición psicopatológica relacionada a la psicosis esquizofrénica, la cual se caracterizaba por la pérdida de contacto con la realidad como resultado del volcamiento de la vida mental del individuo sobre el sí mismo; o en palabras de Bleuler, una “auto admiración mórbida” que alienaba al sujeto de cualquier forma de interacción social (Vatanoglutz-Lutz, 2014, p. 427; Grofer, Dawson & Renner, 2003; Garrabé de Lara, 2012; Lyons & Fitzgerald, 2007). Este concepto fue enfatizado años más tarde, mediante la introducción de los tipos de personalidad de introversión y extroversión por Carl Gustav Jung. Dicho psicólogo, describió a los introvertidos como personas “contemplativas que disfrutaban de la soledad y de su mundo interno” (Artigas-Pallarés & Paula, 2012, p. 569), lo cual dio pauta a la conceptualización de introversión severa como autismo, una característica que se consideró presente en ciertos pacientes con esquizofrenia en aquel tiempo (Artigas-Pallarés & Paula, 2012). No obstante, no fue hasta 1943 que el psiquiatra austriaco Leo Kanner publicó el artículo “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” (la base del estudio moderno del autismo) donde describió detalladamente las características del cuadro clínico autista, mediante el análisis observacional de 11 niños (Artigas-Pallarés & Paula, 2012; Vatanoglu-Lutz, 2014; Garrabé de Lara, 2012). Estas características se componían principalmente de una carencia de habilidad para entablar relaciones sociales; dificultades o retrasos en el área lingüística, sobre todo en su

componente social, aparición, ecolalia, mutismo, y literalidad; inmovilización de comportamiento por patrones restrictivos (*sameness*); aspecto físico normal, potencial para alcanzar habilidades cognitivas normales (más aún en lo referente a intereses específicos); y por último la aparición precoz del cuadro, lo cual hacía referencia al nacimiento (Artigas-Pallarés & Paula, 2012; Garrabé de Lara, 2012; Grofer et al., 2003). Así, mediante esta publicación, se destacaron dos aspectos fundamentales: primero la descripción de un cuadro clínico único, el mismo que expuso criterios que serían trascendentales para la salud mental a futuro (como los mencionados anteriormente), y el cual descarta una relación con la esquizofrenia u otros trastornos conocidos hasta la época; y en segundo lugar (y tal vez el aporte más significativo) descarta la responsabilidad del vínculo materno como causa definitiva del autismo, proponiendo una etiología fundamentada en el neurodesarrollo (Artigas-Pallarés & Paula, 2012). Cabe recalcar que la característica pionera de estos dos ápices en la investigación de Kanner causó gran polémica en su época, principalmente por la predominancia del enfoque psicoanalítico. No obstante, dicho clínico continuó con el estudio del trastorno, cuyo conocimiento se expandió no solo en América pero también en Europa (Artigas-Pallarés & Paula, 2012).

Un año después de la publicación de Kanner, el pediatra vienés Hans Asperger describió un cuadro clínico similar en el artículo *Die Autistische Psychopathen in Kindersalter*. Sin embargo, en comparación con el anterior autor, en el detalle de criterios de Asperger se marcó diferencias en lo que respecta al nivel del desarrollo cognitivo y lingüístico, en cuanto este clínico consideraba que no se veían comprometidos de la misma manera que en la descripción de Kanner (Garrabé de Lara, 2012). Su investigación comprendió el análisis de 4 casos de niños, a los que describió como individuos con *psicopatía autista* por motivos de las características encontradas en cuanto a personalidad y comportamiento (Attwood, 2007). Entre las más

relevantes se encuentra la falta de empatía, carencia de habilidades sociales (incluida la falta de madurez y razonamiento social), dificultades en el área de comunicación no verbal y la reciprocidad conversacional, intereses sumamente restrictivos, torpeza motriz, hipersensibilidad, y déficits en la expresión y control de emociones (Attwood, 2007; Vatanoglu-Lutz, 2014; Grofer et al., 2003; Artigas-Pallarés & Paula, 2012). De esta descripción del cuadro, Asperger destacó el potencial de lenguaje en los niños, especialmente en la etapa escolar, en donde sus habilidades gramaticales y su lexicón adquirirían un buen desarrollo. Sin embargo, estos individuos presentaban como se dijo anteriormente, dificultades en cuanto a la conversación recíproca, así como otros rasgos característicos referentes a la repetición en el lenguaje expresivo; además de volumen, tono y ritmo de habla inusitados (Grofer et al., 2003). Por otro lado, estos resultados desarrollados por Asperger, tienen una gran similitud con los propuestos por Kanner en aspectos de apareamiento del cuadro (a edades muy tempranas), deslindamiento del desorden con la esquizofrenia y su hipótesis sobre etiología (neurodesarrollo) (Attwood, 2007). No obstante, a pesar de la gran importancia de los aportes de este autor en el campo del autismo, no fueron ampliamente reconocidos hasta su posterior traducción al inglés por Lorna Wing (psiquiatra británica) a quien se le atribuye la denominación de este enfoque del cuadro clínico como Síndrome de Asperger y posterior transición hacia la denominación de Trastornos del Espectro Autista (Artigas-Pallares & Paula, 2012).

A lo largo del estudio del autismo, en una época fuertemente arraigada en el psicoanálisis, se consideraba que el tratamiento apropiado para el mismo era trabajar con los padres de las personas con el desorden (especialmente a las madres), ya que según algunos autores, era su falta de involucramiento con los hijos, así como su carácter distante y frío lo que llevaba a los niños a retraerse del contexto social y volcarse hacia ellos mismos (Grofer et al.,

2003; Artigas-Pallarés & Paula, 2012). Sin embargo, hacia finales de los años setenta las hipótesis radicales psicoanalíticas sobre la etiología y otros componentes del autismo perdieron su sustento empírico, dando paso a nuevas investigaciones que validaban las propuestas de Kanner y Asperger (Grofer et al., 2003; Artigas-Pallarés & Paula, 2012).

### ***La historia evolutiva del autismo dentro de los manuales diagnósticos.***

A pesar de que el autismo fue objeto de estudio desde principios del siglo XX, no fue incluido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) hasta la tercera revisión del mismo, en el año 1980 (Artigas-Pallarés & Paula, 2012). No obstante, en las primeras versiones de este manual diagnóstico, el autismo fue mencionado como “una reacción esquizofrénica de tipo infantil” asociado a retraso mental y a una falta de diferenciación con el vínculo materno (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo & Cortes-Hernández, 2008; Artigas-Pallarés & Paula, 2012, p. 578). Años más tarde, con la llegada del DSM III, el autismo finalmente se posicionó como una categoría diagnóstica específica denominada *Autismo Infantil*, dentro del grupo de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) (Albores-Hernández et al., 2008). Los criterios de este nuevo trastorno funcionaban de manera monotética, es decir que requerían el cumplimiento de las seis condiciones mencionadas para el diagnóstico del trastorno (Artigas-Pallarés & Paula, 2012). Posteriormente, en el año 1987 con la llegada del DSM III-R surgieron cambios significativos. En primer lugar, la nomenclatura de *Autismo Infantil* fue reemplazada por *Trastorno Autista*, lo cual conllevó a la ampliación de los criterios diagnósticos (siendo ahora más extensos y detallados, lo cual restringía al diagnóstico) y al agrupamiento del autismo atípico dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados (TGD-NE) (Albores-Hernández et al., 2008; Artigas-Pallarés & Paula, 2012). Los criterios de esta versión funcionaron de forma politética, ya que debían cumplirse por lo menos

ocho de dieciséis condiciones relacionadas a la triada de déficits (componente social, de comunicación y de comportamiento restrictivo) (Wing, Gould & Gillberg, 2011). Más tarde, con la aparición del DSM IV en el año 1994, se generó un nuevo cambio, en cuanto los criterios se volvieron menos restrictivos a comparación de la edición anterior de este manual.

Consecuentemente, se empezó a observar tasas elevadas en la prevalencia de autismo en este período de tiempo, lo mismo que ocurrió con la edición revisada en el año 2000. Esta última versión mencionada, el DSM IV-TR constituyó otro cambio significativo en cuanto a la evolución del diagnóstico, ya que se introdujeron nuevos cuadros clínicos (Ej. Síndrome de Asperger) que se definieron como categorías de autismo: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo del Desarrollo, y el TGA-NE; más se mantuvo el nombre de TGD para la categoría general de subtipos (Albores-Hernández et al., 2008; Artigas-Pallares & Paula, 2012). Finalmente, en el año 2013 se publica la actual edición DSM V, el mismo que representa una transformación altamente significativa por la nueva perspectiva del trastorno autista y sus subtipos como parte de un espectro. De esta forma, los trastornos antes denominados Generalizados del Desarrollo, pasan a ser conocidos como Trastornos del Espectro Autista (Artigas-Pallarés & Paula, 2012; APA, 2013).

### ***Comparación diagnóstica entre el DSM IV-TR y DSM V.***

#### *Trastornos generalizados del desarrollo.*

Los TGD son considerados como condiciones clínicas caracterizadas por déficits severos que se extienden sobre varias áreas importantes del desarrollo, especialmente en lo que respecta a la triada de déficits. Así, existe un notable compromiso con las habilidades de reciprocidad social, de comunicación (verbal y no verbal), y la presencia de comportamientos estereotipados y restringidos; los cuales pueden ser evidenciados desde edades muy tempranas y con diversas

intensidades (APA, 2000; De Iudicibus, 2011; Ruggieri & Arberas, 2007). El DSM IV-TR coloca dentro de esta categoría al Trastorno Autista, Síndrome de Asperger (SA), Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE) (APA, 2000; Campos, 2007), los mismos que se detallarán a continuación.

#### *Trastorno Autista.*

Este cuadro presenta déficits en un grupo intrincado de áreas del desarrollo (lingüística, afectiva, social, comportamental y cognitiva), lo cual contribuye a su condición de generalización (Grofer et al., 2003). No obstante, la forma de manifestación del trastorno va a variar de un individuo a otro dependiendo de factores como la edad cronológica y el nivel de desarrollo presente (APA, 2000; Campos, 2007). Sin embargo, la triada de déficits antes mencionada, es considerada como características en común para este grupo, las cuales forman parte de los criterios diagnósticos específicos del DSM IV-TR para el trastorno autista (Tabla 1).

En lo referente al desempeño social, las personas con trastorno autista presentan tendencias hacia una modalidad retraída, distante y solitaria (Campos, 2007; Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002), lo cual en conjunto con algunos comportamientos no verbales que pueden verse severamente afectados (contacto visual, expresiones faciales, postura corporal, etc.), generan repercusiones en la regulación de la interacción social (APA, 2000; Cukier, 2005). Adicionalmente, existe una carencia de iniciativa para establecer relaciones con terceros, o a su vez, indiferencia o escaso/nulo entendimiento de normas sociales para llevarlo a cabo (APA, 2000; Campos, 2007; Cukier, 2005). Esto se correlaciona con la falta de reciprocidad social, emocional y de intereses, evidenciado mediante la falta de involucramiento en el juego social, dificultad de recibir o dar apoyo a otros (relevante a problemas en el área



afectiva en lo que respecta a expresar y entender emociones en sí mismo y terceros), y el compartir intereses objetivos con otras personas mediante el juego u otras actividades importantes del desarrollo (APA, 2000; Cukier, 2005).

Tabla 1

*Criterios para el Diagnóstico del Trastorno Autista [299.00] según el DSM IV-TR*

- 
- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
- (1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
    - (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos regulares de la interacción social.
    - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadamente al nivel de desarrollo
    - (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
    - (d) falta de reciprocidad social o emocional
  - (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
    - (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
    - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
    - (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
    - (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel del desarrollo
  - (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
    - (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad o en su objetivo
    - (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
    - (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo)
    - (d) preocupación persistente por parte de objetos
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

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

**Nota.** Fuente: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) (p. 75). Washington, DC: Author.

Por otro lado, Lorna Wing (citada en Cukier, 2005) propone la existencia de individuos con autismo que no se encuentran del todo distanciados del ámbito social, los cuales clasifica en

tres grupos: *pasivos*, *activos pero extraños*, e *hiperformal y pedantes*. Los primeros se refieren a personas que carecen de iniciativa social, más aceptan la interacción; los segundos, pueden iniciar una interacción pero de manera inusitada y unidireccional, con enfoque inflexible sobre los intereses restrictivos del individuo; y los terceros, tienden a presentar su lenguaje como extremadamente formal, y se rigen a las convenciones sociales de manera extrema sin comprenderlas realmente, lo que los hace parecer pretenciosos al ojo ajeno (Cuiker, 2005).

En cuanto a las deficiencias en la comunicación, las personas con trastorno autista pueden presentar retrasos significativos o ausencia del lenguaje verbal, así como alteraciones en el aspecto no verbal (APA, 2000). Estos déficits en aquellos individuos que presentan cierto nivel lingüístico se denotan mediante la presencia de comunicación fragmentada o simple, la utilización de inversión de pronombres (el uso de la tercera persona para referirse a sí mismo), rastros de ecolalia inmediata o diferida, prosodia inusual en cuanto a tono de voz, ritmo y pronunciación de las palabras (APA, 2000; Campos, 2007; Grofer et al., 2003). Cabe recalcar, que una de las complicaciones más importantes para estas personas, es el aspecto social y pragmático de la comunicación, debido a que carecen de habilidad para sostener una conversación bidireccional (reciprocidad), incurren en cambios bruscos de tema enfocados a su interés específico, emplean información irrelevante, o simplemente no se involucran en los intentos de otros por iniciar una conversación (APA, 2000; Grofer et al., 2003). Otra característica importante en ésta área es la literalidad del discurso y recepción de información, es decir, que estas personas son muy concretas en su lenguaje y no tienen cabida para la ambigüedad, sarcasmo, ironía, múltiples significados de palabras, etc., lo cual también dificulta la reciprocidad conversacional (APA, 2000; Cuiker, 2005). Por último, respecto a esta área de desarrollo, los individuos con trastorno autista muestran dificultades con a comunicación no

verbal, al no implementar herramientas tales como contacto visual y gestos para poder transmitir necesidades o relacionarse, lo cual repercute no solo en sus relaciones sociales sino también en sus habilidades de imitación social y aprendizaje (Campos, 2007).

El tercer déficit dentro de la triada de este trastorno, es el comportamiento, intereses y actividades caracterizadas principalmente por la inflexibilidad (Cuiker, 2005). En referencia al comportamiento de los individuos con autismo, se encuentran manierismos o estereotipias evidenciados mediante balanceos o giros constantes, golpes o movimientos repetitivos con diferentes partes del cuerpo, muecas o gestos extraños, caminata inusual, entre otros (APA, 2000; Campos, 2007). Por otro lado, se manifiestan intereses específicos y restringidos experimentados con gran intensidad, lo cual limita sus actividades y genera consecuencias en las otras áreas del desarrollo mencionadas. Además, individuos con el presente trastorno suelen tener resistencia y falta de adaptabilidad ante cambios en su entorno (también llamado *angustia de inmutabilidad*), produciendo que se desencadenen alteraciones en la conducta, autolesiones, y falta de cooperación para realizar nuevas actividades, especialmente cuando se modifican las rutinas o rituales específicos de estas personas (APA, 2000; Campos, 2007; Cuiker, 2005). Parte de este cuadro es también el presentar una preocupación exagerada por objetos o partes de ellos, hacia los cuales no necesariamente existe un vínculo emocional afectivo (Campos, 2007; Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002). Esto último mencionado, se manifiesta mediante la colección de ciertos objetos, gran apego a los mismos, examinación minuciosa y extensiva de sus partes, o mediante la manipulación bizarra de los objetos (Campos, 2007).

Es importante considerar que los déficits aquí descritos deben estar presentes antes de la edad de tres años, a pesar de que existen casos en los que se evidencia un desarrollo relativamente normal por un período corto de tiempo (APA, 2000).

A pesar de que estos son los criterios principales para el diagnóstico de trastorno autista según el DSM IV-TR, el cuadro presenta características adicionales asociadas al mismo. Entre ellas se encuentra el retraso mental con un porcentaje de alrededor del 65-88% de los casos con un coeficiente intelectual inferior a 70, lo cual genera en esta población dificultades en el desarrollo de habilidades cognitivas, con rangos de manifestación de retraso fluctuando entre leve a profundo (APA, 2000; Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002). Esta condición también está relacionada con una probabilidad del 30-40% de presentar crisis epilépticas, especialmente en aquellos sujetos con retraso mental. Adicionalmente, se pueden mostrar otros síntomas relacionados a la conducta tales como agresión (hacia otros y sí mismo), impulsividad, falta de atención y concentración, y fuertes rabietas; así como también la presencia de anomalías sensoriales, tales como reacciones inusuales ante ciertas palabras o sonidos, resistencia o indiferencia ante la experimentación de ciertos estímulos, selectividad sensorial, entre otros (APA, 2000; Campos, 2007). Por último, estas personas pueden presentar anomalías en cuanto su estado afectivo, evidenciado mediante irritación, temor intenso sin razón aparente o ausencia del mismo en situaciones que lo requieren, y períodos de risa o llanto sin una causa específica (Campos, 2007).

Todas estas características van a formar parte del conjunto que compone el trastorno autista, que como se puede observar, puede manifestarse de diferentes maneras, aunque siempre con los criterios base en común. El curso de este cuadro clínico es continuo y va a diferir desde edades muy tempranas, sin embargo, los déficits deben evidenciarse antes de los 3 años de edad. Así, solamente un porcentaje bajo de esta población va a ser capaz de lograr autonomía total o parcial, pero las dificultades mencionadas anteriormente adquieren un patrón persistente a lo largo de la vida (APA, 2000). La prevalencia del trastorno no responde a un acuerdo universal,

más según el DSM IV-TR corresponde a 5 casos por cada 10000 personas, afectando en un porcentaje mucho mayor a hombres que a mujeres (proporción significativa de 4-5:1) (APA, 2000; Campos, 2007).

### *Síndrome de Rett.*

El síndrome de Rett es un cuadro degenerativo y progresivo del desarrollo neurológico que afecta casi exclusivamente a niñas, debido a la mutación genética del cromosoma X (Gen MECP2). El sello clínico de este desorden se fundamenta principalmente en la evolución de varios déficits en diversas áreas del desarrollo después de un período de normalidad tanto en las etapas pre y peri natales, así como en los primeros meses después del nacimiento (Campos, 2007; Cabello, 2004). Los criterios más significativos para su diagnóstico constan en el DSM IV-TR, dentro de los TGD (Tabla 2), los cuales serán detallados más a profundidad a continuación.

A pesar de que la literatura se refiere a un desarrollo normal en los primeros meses de vida, otras investigaciones exponen características notables en estos individuos, tales como hipotonía leve, succión o llanto débil, así como un temperamento bastante pasivo en los recién nacidos (Cabello, 2004). Posterior a esta etapa, en un rango entre los 5 a 48 meses después al nacimiento, las niñas comienzan a experimentar la ralentización del crecimiento craneal, el cual puede llegar a desarrollarse en un 30% por debajo de lo normal (Cabello, 2004; Campos, 2007). Adicionalmente, en este mismo período de tiempo, otras áreas empiezan a verse afectadas, como es el caso de las habilidades motrices, sociales, y de lenguaje. Se empieza a mostrar movimientos estereotipados y repetitivos sin un propósito específico (especialmente con las manos), alteraciones en lo referente a la marcha y su coordinación (motricidad gruesa), y deficiencias en las habilidades expresivas y receptivas del lenguaje (Villalba & Quispe, 2014). Todas estas

características que forman parte del cuadro del síndrome de Rett, se desarrollan a lo largo de cuatro etapas:

1. *Etapa I o de estancamiento precoz:* Ocurre entre los 6 a 18 meses de edad, después del período de funcionamiento normal, en el que las niñas empiezan a manifestar desaceleración en el peso corporal y el crecimiento craneal; además se evidencia complicaciones en la motricidad, como dificultades en el gateo, y movimientos repetitivos con las manos (Villalba & Quispe, 2014). Por último, se ve comprometido el contacto visual y la reactividad (Campos, 2007).
2. *Etapa II o de regresión destructiva:* Este período se evidencia entre el primer y cuarto año, en el que se da un deterioro o regresión del desarrollo súbita en habilidades adquiridas previamente como las motrices y de lenguaje. Algunos problemas manifestados son la ataxia (mala coordinación), movimientos estereotipados de las manos (golpes, aplausos, movimientos de lavado), temblores o agitación psicomotriz, desorientación espacial, bruxismo, problemas respiratorios y de sueño, convulsiones, entre otros (Campos, 2007; Villalba & Quispe, 2014).
3. *Etapa III o meseta:* período entre los 2 a los 10 años que presenta características de estabilización, es decir se da una aparente disminución del deterioro observado en la etapa previa. Lo más destacable de esta etapa es el supuesto recobramiento de habilidades para relacionarse con el entorno social, así como una mejoría del temperamento irritable, de la capacidad de atención y alerta, y algunas destrezas comunicativas; sin embargo sigue persistiendo déficits cognitivos severos y complicaciones motoras (Campos, 2007; Villalba & Quispe, 2014).

4. *Etapa IV o deterioro motor tardío*: Esta última etapa se presenta desde los 10 años en adelante, y comprende de problemas tales como escoliosis severa, interrupción de la deambulaci3n o marcha y rigidez (Villaba & Quispe, 2014; Campos, 2007).

Tabla 2

*Criterios para el Diagn3stico del Trastorno de Rett [299.80] seg3n el DSM IV-TR*

---

A. Todas las caracter3sticas siguientes:

- (1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal
- (2) desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses despu3s del nacimiento
- (3) circunferencia craneal normal en el nacimiento

B. Aparici3n de todas las caracter3sticas siguientes caracter3sticas despu3s del per3odo de desarrollo normal:

- (1) desaceleraci3n del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad
  - (2) p3rdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos)
  - (3) p3rdida de implicaci3n social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacci3n social se desarrolla posteriormente)
  - (4) mala coordinaci3n de la marcha o de los movimientos del tronco
  - (5) desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave
- 

**Nota.** Fuente: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) (p. 77). Washington, DC: Author.

Este trastorno como se mencion3 anteriormente, es casi exclusivo en ni3as, m3s la informaci3n espec3fica acerca de la prevalencia es limitada (APA, 2000). No obstante, algunos estudios sugieren que estos n3meros oscilan entre 1 en 10000 o 1 en 15000 personas nacidas vivas (Cabello, 2004; Villabra & Quispe, 2014). Se estima que de las personas que padecen este s3ndrome, aproximadamente el 70% alcance una expectativa de vida de 35 a3os, mientras que se reduce al 27% con la presencia de retraso mental profundo (Campos, 2007).

*Trastorno Desintegrativo Infantil.*

Este trastorno tiene como caracter3stica principal la p3rdida progresiva de todas o la gran mayor3a de las habilidades previamente adquiridas, referentes a los hitos del desarrollo; lo cual

se presenta posteriormente a un período de funcionamiento normal de por lo menos 2 años (APA, 2000; Campos, 2007; De Iudicibus, 2011; Grofer et al., 2003). Las áreas que se ven más afectadas corresponden al lenguaje en sus formas receptiva y expresiva; las habilidades sociales en cuanto a reciprocidad, juego social, y adaptabilidad; control intestinal o vesical; habilidades motrices; así como en la autonomía de los individuos con este diagnóstico (APA, 2000; Campos, 2007; De Iudicibus, 2011). Los criterios diagnósticos específicos para este trastorno según el DSM IV-TR se encuentran en la Tabla 3.

Lo interesante de este cuadro clínico es su semejanza con el trastorno autista en la manifestación de la triada de déficits una vez presentada la pérdida de habilidades antes de los 10 años de edad; sin embargo, el curso y desarrollo del mismo es diferente (inicio súbito o insidioso más un curso de deterioro progresivo y continuo) y generalmente conlleva a un peor pronóstico (Campos, 2007). Adicionalmente, pueden existir diagnósticos asociados como retraso mental profundo, problemas neurológicos, convulsiones, o condiciones médicas importantes, lo cual intensifican la discapacidad (APA, 2000; Campos, 2007). Por último, cabe mencionar que las cifras de prevalencia no se saben a ciencia cierta, no obstante se conoce que es mucho menor a la prevalencia de trastorno autista (5 en 10000) (Campos, 2007; APA, 2000). Sin embargo, algunos estudios proponen una prevalencia de 1 en 100000 individuos, siendo mucho más común en población masculina que femenina (una proporción de 8:1) (Charan, 2012). Por otro lado, se presume que estas bajas cifras pueden deberse a un mal diagnóstico de casos reportados (APA, 2000).



Tabla 3

Crterios para el Diagnóstico del Trastorno Desintegrativo Infantil [299.10] según el DSM IV-TR

- A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
- (1) lenguaje expresivo o receptivo
  - (2) habilidades sociales o comportamiento adaptativo
  - (3) control intestinal o vesical
  - (4) habilidades motoras
- C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
- (1) alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad social o emocional)
  - (2) alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
  - (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

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

**Nota.** Fuente: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) (p. 79). Washington, DC: Author.

*Síndrome de Asperger.*

Este cuadro clínico, al igual que los anteriormente mencionados, tiene como característica fundamental la triada de deficiencias; no obstante, presenta diferencias en cuanto se refiere al desarrollo lingüístico y cognitivo, que le dan su calidad única dentro del manual diagnóstico DSM IV-TR (referirse a la Tabla 4) (Ruggieri & Arberas, 2007; De Iudicibus, 2011; López & Munguía, 2008).

Uno de los focos principales de este síndrome es el déficit cualitativo de la interacción social, lo cual abarca un amplio set de características. En primer lugar, los individuos con síndrome de Asperger presentan dificultades marcadas en lo que respecta al uso de la comunicación no verbal, por ejemplo: evitación del contacto visual (o a su vez, lo llevan a cabo

pero de forma inapropiada, con una intensidad y duración prolongada); carencia de sonrisa social en la infancia o del uso de expresiones faciales para mostrar diferentes emociones; incompreensión de los gestos o expresiones demostradas por terceros (lo cual puede llevar a la falta de autorregulación emocional mediante aprendizaje social); dificultades en mantener una distancia apropiada respecto al espacio personal de otros; postura y expresiones rígidas o planas, así como torpeza y exageración en los gestos; entre otros (APA, 2000; Campos, 2007; Aperger Association of New England [AANE], 2008; Sierra, 2010). Adicionalmente, se presenta un gran déficit para entablar y mantener relaciones sociales relevantes a su nivel de desarrollo, lo cual se manifiesta mediante poco interés de los individuos con Asperger de involucrarse y participar en actividades de terceros; poca comprensión de las convenciones sociales dentro de una relación; escasa demostración de cooperación; preferencia a relacionarse con personas adultas; o participación en relaciones sociales de forma inapropiada, basadas exclusivamente en los intereses restrictivos de la personas con el diagnóstico (APA, 2000; Campos, 2007; Sierra, 2010). Por último, dentro del criterio de habilidades sociales se encuentra el déficit referente a la reciprocidad social y emocional, el cual se evidencia en estos individuos mediante la falta de interés en compartir objetivos o intereses con otras personas; dificultades para responder ante comentarios positivos o negativos referidos directamente hacia ellos; carencia de empatía por otros; disonancia emocional (expresa emociones inadecuadas en situaciones específicas); y poco entendimiento emocional hacia sí mismo y terceros (APA, 2000; Campos, 2007; Sierra, 2010; AANE, 2008; Ruggieri & Arberas, 2007).

Otro criterio importante en este desorden es la poca flexibilidad conductual y mental (APA, 2000; Campos, 2007; AANE, 2008). Esto hace referencia a los intereses específicos restrictivos de los individuos, dentro de lo que se puede apreciar el involucramiento exagerado

en actividades limitadas; abordaje de conversaciones de manera restringida a los temas de interés; así como por el conocimiento minucioso sobre los mismos (razón por la que Hans Asperger se refería a ellos como *pequeños profesores*) (APA, 2000; Campos, 2007; Ruggieri & Arberas, 2007). También, el cuadro de Asperger presenta inflexibilidad en cuanto a rutinas y rituales específicos, motivo por el cual existe férvida insistencia hacia la repetición y clara irritabilidad e intenso disgusto ante cualquier cambio (APA, 2000; AANE, 2008; Campos, 2007). Adicionalmente, este trastorno involucra criterios relacionados a estereotipias y manierismos (aleteo de manos y brazos, balanceos corporales, giros, etc.), y a una atención sumamente enfocada hacia las partes de los objetos (APA, 2000; Campos, 2007), lo cual Baron-Cohen denomina *sistematización* (un sobre involucramiento con el mundo físico en vez del social) (citado en Frith, 2004).

Cabe recalcar que para el diagnóstico clínico de este síndrome no debe haber existido un retraso general del lenguaje, como es el caso del trastorno autista. Sin embargo, los individuos con Asperger presentan frecuentemente dificultades en lo que respecta a la pragmática y al aspecto social de la comunicación según varios autores (Incluido Hans Asperger) (Ruggieri & Arberas, 2007; De Iudicibus, 2011; López & Munguía, 2008; Attwood, 2007). Esto quiere decir que se evidencia “lenguaje expresivo superficialmente perfecto” (López & Munguía, 2008, p.7); uso de lenguaje pedante, extremadamente formal o idiosincrático; dificultad en la comprensión de ambigüedades (concepción literal de términos); prosodia inusual; complicaciones para mantener conversaciones con estructura cohesiva, utilización de lenguaje repetitivo; entre otras (Campos, 2007; López & Munguía, 2008). Asimismo, los criterios para el diagnóstico propuestos en el DSM IV-TR (Tabla 4), exponen que no se debe presentar un retraso cognitivo significativo, más se pronuncia en el mismo manual, la asociación de casos ocasionales con

retraso mental leve (APA, 2000). Además, otros autores comentan sobre la posibilidad de coexistencia de ciertos problemas de aprendizaje, lo cual puede interferir con esta área (Caballero, 2008; López & Munguía, 2008).

Tabla 4

*Criterios para el Diagnóstico del Síndrome de Asperger [299.80] según el DSM IV-TR*

---

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos regulares de la interacción social.
  - (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadamente al nivel de desarrollo del sujeto
  - (3) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
  - (4) falta de reciprocidad social o emocional
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
- (1) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad o en su objetivo
  - (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
  - (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo)
  - (d) preocupación persistente por partes de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y en otras áreas importantes de actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.
- 

**Nota.** Fuente: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) (p. 84). Washington, DC: Author.

Otras características asociadas al síndrome de Asperger son las anomalías sensoriales y motrices (Campos, 2007; López & Munguía, 2008; AANE, 2008). Dentro de la sensorialidad, se encuentran las reacciones exageradas (irritabilidad/angustia y evitación) ante estímulos externos

(sonidos fuertes, colores o luces intensas, palabras, olores, sabores, etc.); selectividad sensorial; “respuesta idiosincrática al dolor y a las temperaturas” (Campos, 2007, p.118); hipersensibilidad táctil, entre otras (López & Munguía, 2008; AANE, 2008; Campos, 2007). Por otro lado, las anomalías motoras pueden evidenciarse mediante torpeza en movimientos y coordinación, lo cual puede afectar el involucramiento de los sujetos en actividades sociales de naturaleza física, intensificando así el aislamiento social (APA, 2000; De Iucidibus, 2011).

El curso del síndrome de Asperger es continuo y permanente, sin embargo su reconocimiento y posterior diagnóstico suelen ser más tardíos que para el trastorno autista, debido a las aparentes buenas habilidades verbales que causan que el cuadro pase desapercibido a edades tempranas (APA, 2000; López & Munguía, 2008). Según el DSM IV-TR, el síndrome de Asperger es más común en hombres que en mujeres (3:1), más no existen datos exactos sobre la prevalencia en población general. A pesar de esto, se conoce que este subtipo de TGD es uno de los que presenta mejor pronóstico a largo plazo (APA, 2000; Campos, 2007; López & Munguía, 2008).

*Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.*

Este trastorno usualmente se emplea para el diagnóstico de individuos que presentan complicaciones significativas en las áreas del desarrollo relevantes a la triada de déficits (habilidades sociales, comunicación, y comportamiento); sin embargo no cumplen con todos los criterios necesarios para un trastorno de desarrollo en específico (APA, 2000; Campos, 2007). Se desconoce la prevalencia exacta de este cuadro, más por su amplio rango de posibles manifestaciones sintomatológicas se estima que es muy elevada (Campos, 2007; Ruggieri & Arberas, 2007).

### *Introducción de los trastornos del espectro autista en el DSM V.*

Con la publicación del DSM V a inicios del año 2013 se introdujeron varias reformas en relación al manual previo, las cuales se han convertido actualmente en tema de debate. Uno de los tantos cambios realizados se refiere a la nueva taxonomía diagnóstica que coloca a las subcategorías pertenecientes a los TGD del DSM IV-TR (Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y TGD-NE) dentro de un continuum denominado Trastornos del Espectro Autista (TEA) (APA, 2013; Vivanti, Hudry, Trembath, Barbaro, Richdale & Dissanayake, 2013; McPartland, Reichow, & Volkmar, 2012; APA, 2013; Volkmar & Reichow, 2013). Este cambio se debe al consenso científico de que los cuatro diagnósticos individuales previamente mencionados (descartando el trastorno de Rett que ya no se incluye en el manual), se entienden mejor como un solo cuadro clínico con un rango más amplio de niveles de intensidad en cuanto a síntomas comunes. Además, que mediante investigaciones longitudinales se ha cuestionado la consistencia, confiabilidad, y validez de los diagnósticos de trastornos individuales en vez de ser considerados como un espectro (APA, 2013; Vivanti et al., 2013; McPartland et al., 2012; APA, 2013).

Dentro de las modificaciones realizadas referentes a criterios diagnósticos del TEA (Tabla 5), se puede evidenciar principalmente el descarte de la triada de déficits tan mencionada en el DSM IV-TR. En contraste, ahora existen solo dos áreas de déficits en lo que respecta a hitos del desarrollo: la primera es una fusión de síntomas relevantes a las áreas de comunicación e interacción social (presentados de forma individual anteriormente) dentro de un solo dominio; y la segunda se refiere a comportamientos restringidos y repetitivos (CRR) (APA, 2013; Vivanti et al., 2013; McPartland et al., 2012). Cabe mencionar que dentro de este dominio comportamental, el DSM V incorpora un criterio de anomalías sensoriales, el mismo que no

Tabla 5

Criterios para el Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista [299.00] según el DSM V

- A. Déficits persistentes en la comunicación e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):
- (1) Déficits en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.
  - (2) Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal
  - (3) Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual:

**La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos**

- B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):
- (1) Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
  - (2) Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).
  - (3) Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
  - (4) Hiper- o hiporeactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran)

Especificar la severidad actual:

**La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos**

- C. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascarados en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).
- D. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

(Continúa)

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

**Nota.** Fuente: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed) (p. 50-51). Washington, DC: Author.

había formado parte de los manuales previos. Adicionalmente, el dominio de comunicación e interacción social adopta un enfoque mono téctico en comparación a la versión anterior, requiriendo la presencia de todos los criterios dentro del mismo para que el diagnóstico pueda llevarse a cabo; no siendo este el caso para el dominio de CRR (APA, 2013; Vivant et al., 2013; McPartland et al., 2012). Asimismo, se presentan cambios en lo que respecta a la edad de aparición del cuadro, la misma que se expone de forma más amplia que en el DSM IV-TR. Así, se detalla que debe presentarse en la infancia temprana, más los síntomas pueden no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades de los individuos (APA, 2013; Vivant et al., 2013; McPartland et al., 2012).

Otro de los cambios significativos dentro del nuevo manual es la incorporación de niveles de intensidad de los síntomas (con referencia hacia la autonomía y funcionalidad), los cuales oscilan en una escala que va desde “requiere apoyo muy substancial” hasta “requiere apoyo” (APA, 2013, p. 52) (Tabla 6). Además, se incluyen criterios especificadores relevantes a la presencia o ausencia de déficits lingüísticos y/o cognitivos, así como la posible asociación del diagnóstico de TEA con otras condiciones médicas relevantes u otros trastornos comportamentales o del neurodesarrollo (lo cual no era posible en los anteriores manuales) (APA, 2013; Vivant et al., 2013; McPartland, 2012; Wing et al., 2011).



Por último, otra modificación importante del DSM V es la incorporación del Trastorno de Comunicación Social, el cual es mutuamente excluyente con el diagnóstico de TEA, al presentar de igual manera deficiencias en el aspecto pragmático de la comunicación, pero no manifestar criterios relevantes a CRR (APA, 2013; Vivant et al., 2013; McPartland, 2012; Volkmar & Reichow, 2013).

Tabla 6  
*Niveles de severidad para el trastorno del espectro autista*

Nivel de severidad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Nivel 3 "Requiere apoyo muy substancial"	Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Nivel 2 "Requiere apoyo substancial"	Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.	El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
"Requiere apoyo" Nivel 3	Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

**Nota.** Fuente: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th ed.). (p. 52). Washington, DC: Author.

*Ventajas y desventajas.*

Las varias reformas realizadas a la quinta edición del DSM han generado una serie de discusiones en cuanto a su efectividad; por consiguiente, la nueva clasificación de los TEA no es ninguna excepción. Así, en cuanto se refiere a aspectos positivos, se plantea que la consideración de combinar los TGD dentro de un mismo continuum (ahora TEA), contribuye en la simplificación y agilización del proceso diagnóstico para una intervención más temprana y una posible mejor prognosis (Vivant et al., 2013; McPartland, 2012). Sin embargo, ha persistido la incertidumbre sobre si este cambio representaría adecuadamente la diversidad de características dentro del espectro. Por ejemplo, según Vivant y colaboradores (2013), una persona con síndrome de Asperger y un coeficiente intelectual por sobre el promedio, recibiría el mismo diagnóstico clínico que otra persona cuyo lenguaje es nulo y su funcionalidad sumamente reducida. Por esta razón, el DSM V ha desarrollado lineamientos que ayudan a detallar la especificidad de cada caso, tanto con los niveles de intensidad de síntomas, así como con los nuevos criterios relevantes al déficit lingüístico y cognitivo (Vivant et al., 2013).

Otras ventajas de los cambios propuestos incluyen un mejor acoplamiento con los estándares psicométricos actuales, lo cual permite una mejor diferenciación entre los TEA con otros trastornos y la curva de desarrollo normal. Asimismo, estudios demuestran que los nuevos cambios respecto al TEA presentan una excelente especificidad en cuanto la exclusión de diagnósticos clínicos no pertenecientes al espectro (para su correcta clasificación posterior). Además, con la adición de criterios tales como la sensibilidad a estímulos externos, muchos casos que fueron excluidos en manuales anteriores, ahora pueden ser considerados para el diagnóstico (McPartland et al., 2012; Vivant et al., 2013).

Por otro lado, la controversia se ha generado en el ámbito de la conservación de diagnósticos otorgados mediante la implementación del DSM IV-TR, ahora con la introducción de los nuevos criterios en el DSM V (así como los efectos colaterales ante los cambios) (Vivant et al., 2013; McPartland et al., 2012; Wing et al., 2011). Ante esto, en un estudio de campo del DSM de casi 1000 participantes, se obtuvieron porcentajes de conservación del diagnóstico previo de un 60.6%, utilizando el nuevo manual, mientras que el 39.4% restantes no cumplió con todos los criterios necesarios (Vivant et al., 2013). Al parecer, aquellos individuos con un diagnóstico previo de trastorno autista, tienen una mayor probabilidad de cumplir con todos los criterios propuestos en el DSM V para TEA (75,8%), no siendo este el caso del síndrome de Asperger (25%) o TGD-NE (28,3%); lo cual también se aplica para individuos que presentan buenas habilidades cognitivas (menos del 50%) (McPartland et al., 2012; Vivant et al., 2013). Una de las posibles hipótesis para este elevado porcentaje de exclusión es el cambio a un enfoque mono tético en el DSM V, en relación al dominio de comunicación e interacción social, y el requerimiento de dos criterios de los CRR (lo cual en el DSM IV-TR no era necesario) (McPartland et al., 2012; Volkmar & Reichow, 2013); mientras que otra de las hipótesis hace referencia a la modificación de los criterios del TEA persé, por ejemplo, la eliminación de la triada de déficits, o la especificidad de los criterios (en el DSM IV-TR se podían dar más de 2000 combinaciones de síntomas, mientras que en el DSM V solo son 11) (Vivant et al., 2013; McPartland et al., 2012; Wing et al., 2011).

Otras de las implicaciones de las reformas al DSM V tienen que ver con temas de salud. Esto quiere decir, que la eliminación de las subcategorías de autismo tiene la potencialidad de traer consigo pérdida de acceso a servicios o beneficios de salud otorgados por aseguradoras o planes de salud pública en algunas regiones del mundo (Wing et al., 2011; Vivant et al., 2013;

McPartland, 2012). Además, se generan desventajas en cuanto a la investigación, debidas principalmente a que si el sistema de clasificación diagnóstica europeo se mantiene con la taxonomía relacionada al DSM IV-TR, se perdería la conceptualización clínica compartida entre naciones y sería complicado la comparación de estudios y el fomento de los mismos. Adicionalmente, con la introducción del espectro, también sería difícil monitorear las tasas de prevalencia entre las investigaciones previas y recientes (Vivant et al., 2013).

Por último, Wing y colaboradores (2010) mencionan ciertas recomendaciones que el nuevo manual podría tomar en cuenta para la versión revisada del mismo en referencia al TEA. Por ejemplo, se debería considerar como parte de los criterios diagnósticos, déficits en la imaginación social (la capacidad para predecir consecuencias de acciones realizadas por sí mismo u otros), ya que plantea que es uno de los elementos que causa mayor dificultad con las habilidades sociales (Wing et al., 2011). Además, propone que se debería incluir una lista de criterios diseñados específicamente para el diagnóstico de menores de 3 años, así como una mayor especificidad al tratarse de diagnóstico de TEA en mujeres (Wing et al. 2011). Por último, estos autores plantean que es importante definir el *criterio C* del DSM V, relevante a la edad de aparición de los síntomas, el cual consideran que debería especificarse aún más a detalle para facilitar el posible diagnóstico de personas adultas (Wing et al., 2011).

### ***Etiología.***

El TEA, considerado como un trastorno del neurodesarrollo, ha sido tratado de explicar mediante implicaciones biológicas y ambientales, más hasta la fecha se desconocen las causas específicas del mismo (Plauché & Myers, 2007).

Uno de los principales enfoques de estudio en lo referente a la etiología son los factores genéticos, de los cuales se sabe que juegan un papel muy importante en el desarrollo del cuadro clínico (Grofer et al., 2003; National Institute of Mental Health [NIMH], 2011). Para este objetivo, se han realizado estudios con familias y/o hermanos gemelos, de los cuales se han obtenido resultados como la presencia de TEA en ambos hermanos monocigóticos (9 de cada 10 casos, o casi 91% de concordancia), así como una probabilidad elevada de riesgo de recurrencia intrafamiliar del 2 – 8%, en el caso de hermanos mayores con el diagnóstico, y una mayor probabilidad en el caso de que existan más hermanos con TEA (Grofer et al., 2003; Plauché & Myers, 2007; NIMH, 2011). Además, varios autores proponen que entre los miembros de una misma familia existen los llamados “fenotipos amplios del autismo” (Grofer et al., 2003, p. 434), lo cual se refiere a que estas personas presentan ciertos rasgos relevantes al cuadro clínico, más no el diagnóstico en sí. Por ejemplo, se ha encontrado en estudios que de 15-20% de hermanos de sujetos con TEA presentan dificultades en áreas de lenguaje, y 24% de los padres; porcentajes considerables en cuanto a la presencia de déficits en las funciones ejecutivas en hermanos (memoria, planificación, etc.); y parientes con rasgos de personalidad ansiosa, hipersensible, irritable o excéntrica (Grofer et al., 2003). Así, mediante estos estudios, se ha podido determinar que en este trastorno están involucrados múltiples genes (no uno en específico), y que existen regiones en diferentes cromosomas que al parecer presentan resultados más consistente a través de investigaciones (2, 3, 7, 15, 17, y 22); sin embargo, se requiere más estudios a profundidad sobre el tema (Plauché & Myers, 2007; Grofer et al., 2003).

Por otro lado, también se ha investigado acerca de los riesgos en los períodos prenatales y perinatales. Dentro de lo que se encontró una relación entre la edad avanzada de la madre, enfermedades maternas como la rubeola, y sangrados después del tercer trimestre de embarazo,

con el diagnóstico posterior de los niños con TEA, en mayor proporción que en grupos controles (Grofer et al., 2003; Plauché & Myers, 2007). También se ha estudiado los efectos de factores como duración de la gestación, peso al nacer, y orden de nacimiento, más los resultados arrojados en diferentes estudios han sido inconsistentes (Grofer et al., 2007; Plauché & Myers, 2007). De la misma forma se han llevado a cabo estudios sobre el efecto de las vacunas sobre el TEA, debido a que se sospechaba anteriormente que el proceso de vacunación durante los 2 primeros años de vida estaba relacionado con la aparición de los síntomas del diagnóstico (especialmente la vacuna MMR y las que contienen mercurio). No obstante el Instituto de Medicina en los Estados Unidos ha descartado la causalidad de las vacunas con el autismo (MMR), y se ha sostenido la falta de evidencia a lo largo de estudios teratógenos (NIMH, 2011; Plauché & Myers, 2007; Grofer et al., 2003). A pesar de esto, el 54% de padres de hijos con TEA aún considera que las inmunizaciones son las principales causantes del diagnóstico (Plauché & Myers, 2007).

Otras investigaciones, como la de Alabdali y colaboradores (2014), han girado en torno a la bioquímica, para lo cual se ha estudiado una amplia gama de neurotransmisores. En la investigación mencionada, se enfocó específicamente en la asociación entre los déficits sociales y cognitivos del TEA con marcadores bioquímicos tales como serotonina, GABA, dopamina, oxitocina, y proteína IFI16. Para esto se obtuvo una muestra de 52 participantes, en edades de 7 a 12 años, y una muestra de 30 participantes para un grupo control de normal desarrollo. Los resultados indicaron que la muestra con TEA presentó niveles plasmáticos alterados a comparación con el grupo control, en la que el GABA, oxitocina, y la proteína IFI16 mostraron correlaciones significativas con los déficits sociales y cognitivos, lo cual no ocurrió con la serotonina y la dopamina. Adicionalmente, cabe mencionar que el estudio presentó limitaciones

en cuanto al tamaño reducido de muestra, así como su totalidad de participantes del sexo masculino (Alabdali, Al-Ayadhi & El-Ansary, 2014).

A pesar de que no se ha podido encontrar hasta la fecha ningún marcador bioquímico específico debido a la inconsistencia de resultados, un estudio llevado a cabo por Leboyer y colaboradores (1999) mostró resultados favorables para la serotonina. Así, se encontró que entre el 25 - 50% de las personas con TEA presentan hiperserotoninemia (aumento de la captación y almacenamiento de serotonina), lo cual también se evidencia en las madres (51%), padres (45%), y hermanos (87%); mostrando así una estrecha relación con este neurotransmisor. Sin embargo, se necesita de más estudios para entender y definir como esto está conectado con los síntomas, principalmente comportamentales, del TEA (Leboyer, Philippe, Bouvard, Guilloud-Bataille, Bondoux, Tabuteau, Feingold, Mouren-Simeoni & Launay, 1999; Grofer et al., 2003; Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velázquez, & Zarruk, 2003).

Por último, una de las áreas de investigación más prometedoras, se refiere a las anomalías neuroanatómicas del TEA. Por tanto, se ha reunido evidencia importante a través de estudios neuropatológicos y de neuroimagen, principalmente acerca de las diferencias presentes en el crecimiento, organización y desarrollo cerebral (Plauché & Myers, 2007; Grofer et al., 2003). En cuanto este tema, se ha encontrado en primer lugar un incremento en el volumen del cerebro, lo cual se sustenta mediante los resultados en autopsias, y mediante teorías de mal funcionamiento del proceso de crecimiento y poda neuronal. En segundo lugar, se han observado anormalidades en varias regiones del cerebro. Por ejemplo, se ha observado que en el cerebelo se da una disminución de ciertas células y proteínas implicadas en la migración y poda neuronal; en el sistema límbico (el cual se considera implicado en las deficiencias en el área social del TEA) se han encontrado alteraciones en la amígdala y el hipocampo, así como una mayor densidad

celular en estas áreas; y en el cuerpo calloso se ha observado un tamaño reducido del mismo, proponiendo un impacto en la comunicación entre hemisferios cerebrales en el TEA (Plauché & Myers, 2007; Talero et al., 2003; Grofer et al., 2003). De esta manera, en una investigación llevada a cabo por Schumann y colaboradores (2004) se estudió la neuropatología de sujetos con TEA (autismo con retraso mental (N=18); autismo de alto funcionamiento (N=21); trastorno de asperger (N=24)) en comparación con un grupo control (N=22), mediante resonancia magnética. Para esto, se midieron los volúmenes de la amígdala, el hipocampo y el cerebro, de acuerdo con dos grupos etarios: niños (7.5 a 12.5 años) y adolescentes (12.75 a 18.5 años). Los resultados mostraron que el volumen de la amígdala (izquierda= 2.16 cm<sup>3</sup>; derecha=2.17 cm<sup>3</sup>) fue mayor en niños con TEA que en el grupo control (amígdala izquierda=1.81 cm<sup>3</sup>; amígdala derecha=1.77 cm<sup>3</sup>), mientras que no hubo diferencias significativas con el grupo adolescente. Además, se encontró que el grupo de niños con autismo de alto funcionamiento presentó un hipocampo de mayor volumen que el grupo control. Por último, no se encontraron diferencias en cuanto al volumen total del cerebro entre ninguno de las condiciones. Dentro de las limitaciones de este estudio encontramos la muestra totalmente masculina (Schumann, Hamstra, Goodlin-Jones, Lotspeich, Kwon, Buonocore, Lamers, Reiss & Amaral, 2004).

A pesar de todos estos resultados encontrados a lo largo de varios estudios, en la actualidad aún no se determinan marcadores específicos que apunten concretamente a las causas del trastorno del espectro autista (Plauché & Myers, 2007; Talero et al., 2003; Grofer et al., 2003).

### ***Curso y Desarrollo.***

Para este trastorno, el curso es continuo, ya que está presente a lo largo de la vida de los sujetos que lo presentan. Los síntomas, pueden ser observados desde edades muy tempranas, en



un rango que oscila entre los 12 y los 24 meses de vida; sin embargo, en presencia de síntomas más severos o más sutiles, el tiempo de reconocimiento de los mismos puede variar (Fejerman, 2010; APA, 2013). Entre estos indicadores tempranos para el TEA se encuentran frecuentemente retrasos tempranos en lo referente al lenguaje y habilidades sociales, y otros menos comunes como la carencia de juego imaginativo, y retraso psicomotor (Fejerman, 2010; APA, 2013).

Otros indicadores del desarrollo del TEA (especialmente dentro del primer año de vida) es un contacto visual pobre, fallas en responder al llamado del nombre, pobre seguimiento de objetos señalados, carente sonrisa social, patrones de atención inusuales, entre otros (Fejerman, 2010).

Así, en un estudio por Baranek (1999) se analizaron videos caseros de infantes de 9 a 12 meses de edad para estudiar marcadores tempranos sensorio-motrices relevantes al TEA. Para esto, se obtuvo una muestra de 32 infantes, divididos en tres condiciones comparativas: niños con trastorno autista (N=11), con déficits del desarrollo, y de normal desarrollo (N=11). Los videos fueron proporcionados por los padres de los participantes, y fueron evaluados para identificar indicadores tempranos tales como: pobre orientación y atención visual, respuesta retrasada ante el nombre, introducción de objetos en la boca de manera excesiva, aversión al contacto físico, entre otros (Baranek, 1999). Los resultados del análisis de los videos mostraron que el grupo de autismo presentó niveles más altos en todos los patrones de comportamiento mencionados anteriormente, en comparación con las otras dos condiciones (las cuales presentaron niveles bajos). Estos resultados sugieren que los marcadores sensorio-motrices tempranos (así como las ya estudiadas respuestas sociales) pueden hacerse presentes antes del año de edad como predictores de un posible diagnóstico de autismo, sin embargo es un tema que requiere de mayor investigación. Por último, cabe mencionar que dicho estudio presentó limitaciones relevantes a

los videos caseros, los mismos que son una muestra reducida de los comportamientos representados por los infantes a esta edad (Baranek, 1999).

En otro estudio sobre marcadores tempranos, realizado por Baron-Cohen y colaboradores (1996) se evaluó a una muestra de 16000 niños de 18 meses de edad, a través del *Checklist for Autism in Toddlers*. Se estimó que aquellos participantes que fallaran 3 ítems del CHAT (señalamiento declarativo, monitoreo visual y juego imaginativo) estarían en riesgo de ser diagnosticados con autismo. Así, de toda la muestra, solo 12 personas fallaron en los tres ítems, de los cuales 83.3% fueron diagnosticados con trastorno autista. Posteriormente, a la edad de 3.5 años se volvió a evaluar a los participantes diagnosticados con autismo, lo cual mostró consistencia con los resultados anteriores, así como con el diagnóstico previo. No obstante, los autores mencionan que una limitación de su estudio fue la utilización del CHAT como herramienta única de diagnóstico para autismo (Baron-Cohen, Cox, Baird, Swettenham, Nightingale, Morgan, Drew & Charman, 1996).

Por otro lado, así como existen reportes de padres apuntando a carencias desde edades tempranas, también se pueden hacer presentes pérdidas de habilidades ya adquiridas en estas mismas áreas (APA, 2013). En cuanto al comportamiento en la niñez temprana, es principalmente notable el poco interés hacia el contacto social o el acercamiento poco usual. Después de los dos años se hace mucho más notable las carencias sociales, tales como patrones extraños de juego, carencia de imitación, problemas con las expresiones faciales, y notables problemas de comunicación. Adicionalmente, se hace más evidente la presencia de síntomas conductuales como estereotipias y manierismos, intereses, y conductas restringidas y repetitivas (las cuales se destacan por su frecuencia e intensidad) (APA, 2013; Fejerman, 2010). Es importante recalcar que este trastorno no es de carácter desintegrativo, y que en varios casos es

posible el aprendizaje continuo o desarrollo de estrategias de compensación para su adaptación (Attwood, 2007; APA, 2013). Adicionalmente, se conoce que pocos casos de personas con TEA logran llevar una vida de forma independiente y autónoma, generalmente aquellos individuos con deficiencias más sutiles en cuanto al lenguaje y las habilidades cognitivas; sin embargo, aun presentan dificultades en áreas sociales, lo cual puede llevar a la aparición de estrés, ansiedad o depresión (APA, 2013; Attwood, 2007).

### ***Prevalencia.***

La prevalencia de este trastorno ha ido modificándose a lo largo de los años, generalmente en dirección ascendente (en especial después del año 2000, un aumento de 0.19% a 1.16%) (Bölte, Poustka & Holtmann, 2008). Así, las cifras obtenidas en la actualidad alcanzan aproximadamente el 1% de la población general, cuyos resultados se han derivado predominantemente de estudios de países tales como Estados Unidos (1, 13%), Japón, Reino Unido (1%), y España (9 de cada 10000) (Morales, Doménech, Jané & Canals, 2013; Bölte et al., 2008; APA, 2013). No obstante, se desconoce si tal incremento actual de la prevalencia se debe a la amplitud de criterios propuestos por la taxonomía del DSM IV-TR; por diferencias en los procedimientos de investigación del cuadro; por una mayor concientización sobre el tema; o si en verdad hubo un incremento de los casos de este trastorno (APA, 2013). Precisamente, para estudiar el incremento del cuadro en las últimas décadas, Kogan y colaboradores (2009) realizaron un estudio en el que se evaluó la prevalencia del diagnóstico mediante reportes de padres, a través de una encuesta nacional (*National Survey of Children's Health*) en el año 2007. Para este estudio se obtuvo una muestra de 78037 participantes en un rango de edad entre 3 y 17 años, sobre la cual sus padres suministraron información acerca de la existencia o no de un diagnóstico clínico de TEA y su severidad (leve, moderada o severa). Adicionalmente, los

autores estudiaron las diferencias en la prevalencia de acuerdo a características demográficas relevantes. Los resultados de la encuesta nacional mostraron una prevalencia de 110 casos de TEA por cada 10000 personas en dicho rango de edad, lo cual representaría 63000 niños entre 3 a 17 años a nivel de los EEUU. Se encontró también que la probabilidad de presentar un diagnóstico de TEA entre 6 a 8 años era un 54% mayor, y un 83% más probable de presentar dicho diagnóstico de 9 a 11, que de 15 a 17 años. Además, la mitad de los padres evaluaron la severidad del TEA como leve (49.6%), mientras que un 33.9% lo evaluó como moderado y solo un 16.5% como severo. En relación a esto, se encontró que los padres con más de 12 años de educación fueron más probables a categorizar la severidad del diagnóstico como moderado o severo. Por último, respecto a las características demográficas se encontró que los participantes afrodescendientes y multirraciales tuvieron las probabilidades más bajas de presentar TEA (57% y 42% respectivamente) en comparación con participantes blancos no-hispanos; y que la población masculina supera la prevalencia del trastorno en proporción de 4:1. Así, este estudio sustenta el incremento de la prevalencia del cuadro clínico, sin embargo, la razón por dicho aumento se conjetura como diferentes factores: incremento en servicios de diagnóstico clínico, más concientización sobre la naturaleza del cuadro, y aceptación de presencia de condiciones co-ocurrentes al TEA. Cabe en última instancia mencionar las limitaciones del estudio, las mismas que se refieren a la validez de los reportes de padres sobre el diagnóstico de sus hijos y sesgos de muestra hacia población con líneas telefónicas de base (Kogan, Blumberg, Schieve, Coleen, Boyle, Perrin, Ghandour, Singh, Strickland, Trevethan & van Dyck, 2009).

En otro estudio similar, realizado por Zahorodny y colaboradores (2014) en el estado de New Jersey, se evidenció de igual manera, un incremento en la prevalencia del diagnóstico de TEA mediante un seguimiento a la población desde el año 2002 al 2006. La muestra para este

estudio fue de 28936 niños de 8 años de edad para el año 2002 y de 30750 para el 2006, sobre los cuales se analizó reportes clínicos. Los resultados mostraron un aumento de prevalencia entre este periodo de tiempo del 63%, es decir, que para el año 2002 la prevalencia fue de 10.8 en 1000 niños, mientras que en el año 2006 de 17.6 en 1000. También, al analizar datos demográficos referentes a la muestra, se encontró que el sexo masculino es más proclive a desarrollar el trastorno que el sexo femenino (5:1), aunque se conoce que las mujeres diagnosticadas con TEA tienden a presentar más déficits cognoscitivos co-ocurrentes (APA, 2013) que los hombres. Como conclusión, los resultados de este estudio se muestran consistentes con otros en cuanto al incremento en la prevalencia en los últimos años así como los posibles factores detrás de este fenómeno mencionados anteriormente (Zahorodny, Shenouda, Howell, Rosato, Peng & Mehta, 2014). Por último, se debe tomar en consideración las limitaciones del estudio referentes principalmente a la metodología de obtención de la muestra, la cual solo incluyó participantes recibiendo educación o servicios clínicos especiales descartando así niños con autismo de alto funcionamiento dentro de servicios regulares.

### *Características específicas del trastorno.*

#### *Habilidades sociales.*

Una de las características más representativas de este trastorno corresponde a los déficits de las habilidades sociales y sus implicaciones; por tanto, el DSM V lo incorpora como uno de los criterios necesarios para el diagnóstico del TEA. Dentro de dicho manual, los criterios referentes a este dominio corresponden principalmente a la falta de reciprocidad social, déficits en el uso de lenguaje no verbal con propósitos de interacción, y falencias en el establecimiento y

mantenimiento de relaciones sociales apropiadas para el nivel de desarrollo individual (Scarpa et al., 2013; Attwood, 2007; White, Scahill & Keonig, 2007; APA, 2013).

Cabe recalcar que la presentación de este, al igual que otros síntomas del cuadro clínico, tiene manifestaciones heterogéneas debido a su condición sintomatológica de continuum. No obstante se hacen presentes varios síntomas que forman parte de un mínimo común (Vargas, 2010; Scheeren & Koot, 2012). Por ejemplo, dentro de los primeros dos años de vida se puede evidenciar menos orientación hacia estímulos sociales en cuanto a la falta de direccionalidad de la mirada hacia rostros, respuesta pobre ante el llamado del nombre, así como también una menor cantidad de expresiones faciales para la regulación social (en comparación con niños de normal desarrollo) (Seldas, 2012; Mulas, Hernández-Muela, Etchepareborda & Abad-Mas, 2004; Vargas, 2010). Adicionalmente, a esta edad se evidencia un contacto visual reducido, falta de seguimiento y atención visual, carencia de imitación y sonrisa social, al igual que una aparente indiferencia hacia los cuidadores primarios (Mulas et al., 2004; Seldas, 2012; Vargas, 2010). En edades posteriores, la cantidad y severidad de síntomas empiezan a incrementarse, razón por la cual las diferencias con sujetos de normal desarrollo comienzan a hacerse mucho más visibles. De este modo, se empieza a evidenciar la poca o nula iniciativa para interactuar con terceros y compartir pensamientos y emociones (reciprocidad socio emocional), la falta de reciprocidad conversacional (en el caso de que existan habilidades verbales), escasez de juego social (preferencia por acercamiento hacia personas mayores o menores), falta de empatía socioemocional, y/o conducta social inapropiada (Seldas, 2012; Campos, 2007; Tuchman, 2001; Mulas et al., 2004; Sheeren & Koot, 2012; APA, 2013). Posteriormente, en etapas del desarrollo como la adolescencia o la adultez, pueden darse ciertas mejorías en algunas áreas, inclusive el aislamiento social puede disminuir en cierto grado, más los déficits en habilidades sociales

siguen estando presentes. Por ejemplo, en estos períodos resalta la dificultad para comprender y responder ante las convenciones sociales de forma verbal o comportamental (retraso en el procesamiento social) (APA, 2013; Tuchman, 2001; Miller, Vernon, Wu & Russo, 2014; Attwood, 2007).

Así, en un estudio comparativo por Mahan y Matson (2010) se estudiaron las diferencias de puntuación obtenidas en el *Behavioral Assessment System for Children- Second Edition* (BASC-2) entre un grupo diagnosticado con TEA (N=38, edad  $\bar{x}$ = 9.53) y un grupo control de normal desarrollo (N=42, edad  $\bar{x}$ = 8.29). La recolección de información sobre los participantes se obtuvo mediante reportes de padres y de maestros, a través de las diferentes escalas del BASC-2. Los resultados obtenidos en esta evaluación mostraron una concordancia entre ambas fuentes de información en cuanto a la superioridad de los déficits de habilidades sociales en sujetos con TEA ( $\bar{x}$ = 30.03) en comparación con el grupo control ( $\bar{x}$ = 49.65). Además, se encontró que los sujetos con TEA obtuvieron puntuaciones más altas ( $\bar{x}$ = 74.82) que aquellos de normal desarrollo ( $\bar{x}$ = 46.90) en la sub-escala de retraimiento, lo cual coincide con conductas de evitación ante la interacción social mostradas comúnmente por la población con TEA. No obstante, estos resultados deben ser considerados a la luz de la limitación del estudio, la misma que es concerniente a la incorporación de participantes con TEA de alto y bajo funcionamiento dentro del mismo grupo, lo que pudo haber contribuido a los resultados obtenidos (Mahan & Matson, 2010).

En otro estudio comparativo, se evaluó la diferencia entre las habilidades sociales (cooperación, asertividad, autocontrol y responsabilidad) de un grupo de niños con trastorno autista (N=20), trastorno de Asperger (N=19) y un grupo control de normal desarrollo (N=17) (Macintosh & Dissanayake, 2006). La recolección de información fue llevada a cabo a través de

reportes de padres y maestros de la muestra mediante el *Social Skills Rating System*. Los resultados mostraron que no hubieron diferencias entre la severidad de los déficits de habilidades sociales de ambas condiciones clínicas ( $p > 0.65$ ), sin embargo, las habilidades sociales se mostraron significativamente superiores en el grupo control ( $p < 0.001$ ), tanto en reporte de padres como de maestros. Adicionalmente, se compararon estos resultados con una muestra estandarizada de la población “sin discapacidades” (Macintosh & Dissanayake, 2006, p. 1072). Asimismo, se mostró una severidad superior en cuanto a los déficits de las condiciones clínicas, y una mayor presencia de habilidades sociales para la muestra estandarizada. A pesar de dichos resultados, cabe mencionar limitaciones del estudio que pudieron haber tomado partida en los mismos, por ejemplo, el número reducido de muestra, y el rango de edad y sexo limitado (Macintosh & Dissanayake, 2006).

Es de suma importancia mencionar que las personas que presentan dichos déficits en el área social se enfrentan ante varias consecuencias negativas relacionadas a este ámbito. En primer lugar, no tienen las habilidades adecuadas para negociar situaciones sociales complejas, por lo que frecuentemente tienden a ser víctimas de bullying y victimización, aun en mayor proporción que personas de normal desarrollo (a una proporción de 4:1) (Miller et al., 2014; Attwood, 2007). Segundo, las dificultades sociales se relacionan con un bajo desempeño tanto escolar como laboral (en aquellas personas que pueden lograr un poco más de autonomía); y por último, estos déficits se convierten en una de las razones por las que se desarrollan problemas relacionados a la depresión y ansiedad en esta población (White et al., 2006; Miller et al., 2014). Dentro de este dominio de las habilidades sociales se encuentran otros aspectos relevantes al diagnóstico del TEA, los cuales serán detalladas a continuación.



### *Atención conjunta.*

Este componente del área social se refiere a la capacidad de las personas para poder coordinar la atención con terceros en relación de situaciones u objetos, y así recibir retroalimentación significativamente importante para el aprendizaje tanto de pautas sociales como del lenguaje (Vargas, 2010; Grofer et al., 2003; Alessandri, Mundy & Tuchman, 2005). Por tanto, son justamente las deficiencias con respecto a esta habilidad, las que caracterizan a los individuos con el trastorno del espectro autista (Vargas, 2010; Grofer et al., 2003).

La atención conjunta empieza a evidenciarse entre los 6 a 9 meses de edad en las personas de normal desarrollo, en sus dos componentes: *respuesta e iniciación de la atención conjunta* (Alessandri et al., 2005; Grofer et al., 2003; Vargas, 2010). La respuesta consiste en reaccionar ante procesos de señalamiento por parte de terceros a través de la mirada, movimientos de la cabeza, o un gesto (Alessandri et al., 2005); mientras que la iniciación se refiere a la capacidad de la persona por hacer uso de estos mecanismos para coordinar la atención con un interlocutor social (Vargas, 2010; Alessandri et al., 2005). En contraposición, las personas con TEA llevan a cabo un proceso en el cual no dirigen su atención hacia aquello señalado por un cuidador, a pesar de ser llamados por su nombre o mediante gestos físicos; o puede darse el caso en que se dirija la atención hacia un objeto señalado, más no se regrese a identificar las expresiones faciales o retroalimentación por parte de la otra persona (interfiriendo así con el proceso de aprendizaje social) (Vargas, 2010; Alessandri et al., 2005). Es así, que los individuos con TEA se encuentran en una considerable desventaja al no aprender a coordinar sus intenciones, requerimientos y lenguaje en general con objetos, personas, y situaciones; lo cual a su vez perjudica el desarrollo de su lenguaje expresivo (principalmente), y consiguientemente la

implementación de dichas habilidades para el desarrollo posterior de relaciones sociales significativas (Toth, Munson, Meltzoff & Dawson, 2006).

De esta forma, en una investigación por Dawson y colaboradores (2004) en la que se estudiaron déficits de atención social (atención conjunta, orientación social y atención hacia el malestar ajeno) entre condiciones de TEA (N=72), retraso del desarrollo (N=34), y niños de normal desarrollo (N=39), los resultados mostraron un déficit significativamente mayor en la población con autismo. Para esto, se recolectó la información a través de tres sesiones en las que se observaron las respuestas comportamentales de los participantes ante diferentes estímulos. Así, se pudo determinar mediante una escala de 0-2 (siendo 0 una habilidad típica, 1 cierto déficit y 2 déficit severo) que los niños dentro de la condición de TEA mostraron un promedio menor en cuanto a la iniciación (TEA= 1.10; RD=0.12; ND= 0.05) y respuesta de atención conjunta (TEA=0.92; RD=0.24; ND=0.05) que las otras dos condiciones. Además, se encontró que el déficit en atención conjunta es el discriminador más sensible para autismo, es decir, que dicha afectación puede ayudar a diferenciar entre las otras dos condiciones con un alto porcentaje de acierto (83%). Adicionalmente, el estudio analizó la influencia de dichos déficits en la habilidad concurrente del lenguaje, para lo que se concluyó que la atención conjunta es el mejor predictor de tal habilidad, ya que la complejidad de la comunicación requiere atención constante hacia estímulos sociales tales como “rasgos faciales, dirección de la mirada, expresiones faciales, etc.” (Dawson, Toth, Abbott, Osterling, Munson, Estes, & Liaw, 2004, p. 281), lo cual se conoce que es un aspecto carente en sujetos con espectro autista. No obstante, el presente estudio presentó limitaciones en cuanto al tamaño reducido de muestra, y características demográficas restringidas en cuanto a sexo y edad (Dawson et al., 2004).

En otro estudio comparativo similar, Wong y Kasari (2012) investigaron la atención conjunta en niños con TEA (N=27; edad  $\bar{x}$  = 2.15 años) y con otros retrasos del desarrollo (N=28; edad  $\bar{x}$  = 2.07 años) pertenecientes a una escuela pre-primaria de educación especial. La muestra fue evaluada y observada de forma individual durante dos horas en un período de tres días, tiempo en el cual se tomaron en cuenta comportamientos tanto de los niños como del personal docente. Los resultados del estudio mostraron que la condición con TEA presentó más déficits ante la respuesta ( $\bar{x}$  = 62.82) e iniciación ( $\bar{x}$  = 17.44) de atención conjunta, en comparación con el grupo de retrasos del desarrollo ( $\bar{x}$  = 75.22;  $\bar{x}$  = 31.02 respectivamente). Esto se correlaciona con el hecho de que los niños con TEA pasaron 37% del tiempo de evaluación en un estado carente de involucramiento tanto con objetos como con personas. Por último, este estudio menciona la importancia de la incorporación de enseñanza focalizada en la atención conjunta para esta población, debido a la crucial importancia en el desarrollo de las habilidades del lenguaje. Cabe mencionar que el estudio presentó limitaciones referentes a la recolección de información, basada en un solo distrito escolar con una muestra bastante homogénea en etnia y estatus socioeconómico (Wong & Kasari, 2012).

#### *Teoría de la mente.*

Otro aspecto relevante a las habilidades sociales es la teoría de la mente o el “constructo de la metacognición” (Alessandri et al., 2005, p. 138), el cual se refiere a la capacidad de los seres humanos de comprender y predecir las intenciones, creencias, comportamientos, y deseos de otras personas, así como el entendimiento de que éstos difieren de los propios (Grofer et al., 2003; Alessandri et al., 2005; Calderón, Congote, Richard, Sierra & Vélez, 2012; Tager-Flusberg, 2007; Attwood, 2007). Esta habilidad es de suma importancia ya que representa uno de los pilares fundamentales del dominio social, determinada mediante resultados correlacionales

entre dominios sociales y déficits en la teoría de la mente (Tager-Flusberg, 2007). Por lo tanto, el presentar deficiencias en el desarrollo de este aspecto sería una de las razones por las cuales las personas con TEA presentan una mayor dificultad en el entendimiento, comunicación y reciprocidad social (Grofer et al., 2003; Tager-Flusberg, 2007).

La teoría de la mente es desarrollada desde la infancia, sin embargo se consolida a la edad de 4 años, período en el que los individuos pueden aprobar las evaluaciones sobre esta destreza. Dichas pruebas reciben el nombre de *tareas de creencias falsas*, en las que se pone a prueba la habilidad de diferenciar la perspectiva de la realidad propia, de la de otros (Tager-Flusberg, 2007). La más conocida hasta el día de hoy recibe el nombre de Sally-Anne, una historia con imágenes en la que se detalla como una niña llamada Sally coloca una pelota en una canasta y se retira a jugar, mientras que otra niña llamada Anne retira la pelota de la canasta y la coloca en una caja. Ante esto, se les pregunta a las personas en dónde creen que Sally buscará la pelota cuando regrese (Tager-Flusberg, 2007; Grofer et al., 2003; Calderón et al., 2005). Como resultado, la literatura menciona que las personas con TEA responden correctamente en un 20% de los casos (a comparación de un 85% de casos en personas de desarrollo normal), sin embargo manifiestan dificultades cuando se les presenta tareas más complejas dentro del mismo constructo (Tager-Flusberg, 2007; Grofer et al., 2003; Ibáñez, 2005; Calderón et al., 2005).

Adicionalmente, existen diferencias en la forma en la que las personas con TEA manejan o responden hacia tareas de teoría de la mente. Es decir, que generalmente la contraparte de normal desarrollo tiende a desempeñarse en estas tareas valiéndose de su entendimiento social acompañado de funciones cognitivas que sustentan el procesamiento verbal, el uso de la memoria hacia eventos narrativos esenciales, y la inhibición de respuestas espontáneas. En contraste, los individuos con TEA tienden a considerar estas tareas a manera de problemas de

razonamiento lógico, y es justamente su déficit en las funciones ejecutivas de flexibilidad, memoria, y control inhibitorio, lo que hace que su desempeño sea tan pobre y se presenten consecuencias perjudiciales en el ámbito social que afectan el funcionamiento general de los sujetos (Valdez, 2001; Tager-Flusberg, 2007; Ibáñez, 2005). Así, Valdez (2001) y Attwood (2007) exponen los siguientes déficits a consecuencia de una teoría de la mente pobre: dificultad para identificar claves sociales o emocionales a través de la mirada o expresiones de otras personas; incapacidad para comprender el sentido figurado, prosodia o interpretación literal del discurso de terceros; generación de conceptos de irrespeto por parte de otras personas hacia individuos con TEA (es decir, son considerados de esta forma al no darse cuenta de las claves sociales enviadas por terceros); dificultad para entender la mentira o el engaño (sin embargo, la habilidad para mentir se puede desarrollar en períodos posteriores como mecanismo de evitación de consecuencias, aunque de forma muy inmadura); déficit para determinar si las conductas de otras personas son intencionales o accidentales; la incapacidad para manejar y resolver conflictos; y un mayor tiempo de procesamiento de información social debido a su enfoque cognitivo en lugar de intuitivo; entre otros (Attwood, 2007; Valdez, 2001).

Así, un estudio por Broekhof, Ketelaar, Stockmann, van Zijp, Bos y Rieffe (2015) se investigaron 3 elementos centrales de la teoría de la mente: intenciones, deseos y creencias, entre individuos con TEA (N=63) y de normal desarrollo (ND) (N=69) en un rango de edad de 2-6 años. La recolección de información se obtuvo mediante evaluaciones conductuales, las cuales mostraron que el grupo con TEA presentó un desempeño significativamente menor en comparación con el grupo control en el entendimiento de la intención de terceros, cuando éste implicó compartición social, como en la comprensión del señalamiento imperativo (TEA= 2.09; ND= 2.60) y declarativo (TEA= 1.88; ND= 2.38). No obstante, ambas condiciones tuvieron un

buen desempeño en la predicción de intenciones a partir de claves comportamentales. Por otro lado, ambos grupos se desempeñaron correctamente en la predicción de las elecciones de otras personas (deseos), sin embargo, cuando estas discrepaban de las propias, los individuos con TEA a diferencia del grupo control, se inclinaron por atribuir las suyas hacia los demás (TEA= 0.51; ND=0.83). También, los resultados del estudio arrojaron un promedio significativamente menor para el entendimiento de creencias en terceros ( $\bar{x}$  = 0.42), mediante una tarea de creencias falsas, a comparación del grupo de normal desarrollo ( $\bar{x}$  = 0.66). A pesar de estos resultados, el estudio presentó limitaciones en cuanto al diagnóstico temprano de algunos de los participantes, lo cual puede representar una desventaja para la investigación si el diagnóstico no es persistente en años posteriores. Sin embargo, dicho estudio es importante para la literatura sobre el TEA, ya que se sugiere que el bajo desempeño en tareas que requieren teoría de la mente por parte de niños con TEA puede deberse a la falta de motivación social presentada por esta población, más que una carencia persé de esta habilidad (Broekhof et al., 2015).

En otro estudio, llevado a cabo por Peterson, Wellman y Slaughter (2012) se compararon 5 elementos centrales a la teoría de la mente (deseos diversos, creencias diversas, acceso al conocimiento, creencias falsas y emociones escondidas) a los cuales se agregó una evaluación de sarcasmo. El desempeño de dichos elementos fue comparado entre 4 grupos: sujetos con sordera (N=31), autismo (N=44), síndrome de Asperger (N=41) y sujetos de normal desarrollo (N=68) en un rango de edad de 3 a 13 años ( $\bar{x}$  = 9 años). Los datos fueron obtenidos mediante evaluaciones observacionales a través de tareas enfocadas en “en el contraste entre el estado psicológico interno de un protagonista y, o bien la realidad o el estado mental de otro protagonista” (Peterson et al., 2012, p. 473). Después de los respectivos análisis, se obtuvo como resultado que el grupo de normal desarrollo se desempeñó de mejor forma en todos los

componentes evaluados ( $\bar{x}= 5.21$ ) en comparación con las otras tres condiciones, especialmente para los grupos de autismo ( $\bar{x}= 3.68$ ) y sordera ( $\bar{x}= 3.26$ ). No obstante, cabe tomar en cuenta la limitación del estudio en cuanto a la implementación del sarcasmo en la evaluación de ToM, lo cual fue desafiante inclusive para los sujetos dentro del grupo de normal desarrollo.

En conclusión, se puede apreciar que los individuos con TEA presentan una marcada deficiencia en tareas que involucran teoría de la mente, en contraste con personas de normal desarrollo. No obstante, existen nuevos estudios (Broekhof, 2015) que sugieren una falta de motivación social como factor significativo para un desempeño pobre en este dominio.

*Reconocimiento, expresión y reciprocidad emocional.*

El reconocimiento de emociones constituye una de las habilidades más determinantes para la competencia social de las personas, tanto así que ya está presente antes de los dos años y continúa madurando conforme a la edad, en lo que respecta a un desarrollo normal (Rump, Giovannelli, Minshew, & Strauss, 2009; Wong, Beidel, Sarver & Sims, 2012). A los cinco años las personas ya pueden desempeñarse en el reconocimiento de emociones básicas tales como felicidad y tristeza, casi con la misma precisión que un adulto; mientras que a los once años se agudiza la habilidad de reconocimiento de emociones más complejas, hasta llegar al pico de destreza de esta habilidad en la adultez conjuntamente con la velocidad del reconocimiento (Rump, et al., 2009; Wong et al., 2012). No obstante, la literatura sugiere que en el caso de las personas con TEA, el desempeño del reconocimiento de expresiones emocionales se ve afectado (Golan, Ashwin, Granader, McClintok, Day, Leggett & Baron-Cohen, 2010; Kuusikko, Haapsamo, Jansson-Verkasalo, Hurtig, Mattila, Ebeling, Jussila, Bölte, & Moilanen, 2009;

Rump et al., 2009), argumentando que esta habilidad nunca podrá alcanzar el nivel presente en personas sin esta condición (Rump et al., 2009).

En un estudio llevado a cabo por Rump et al. (2009) en el que se comparó el desempeño del reconocimiento de emociones básicas tales como felicidad, tristeza, ira, y miedo, en un grupo de 19 personas con autismo de alto funcionamiento, versus un grupo control de 18 personas con un rango de edad entre 5 a 7 años; se encontró que el grupo experimental mostró un desempeño por debajo del grupo control, especialmente al tratarse de emociones de ira y miedo, al igual que en el reconocimiento de emociones que tuvieron una expresión más sutil, y aquellas que fueron presentadas por un período breve de tiempo. Lo cual es consistente con la literatura en que se reporta que las personas con TEA necesitan de expresiones faciales más exageradas o acentuadas para poder interpretar el estado emocional de otros correctamente, o a su vez necesitan de otras estrategias como la prosodia del habla o del entorno (Kuusiko, 2009; Wong et al., 2012).

También, estos resultados concuerdan con que aquellos que presentan TEA pueden llegar a reconocer emociones básicas de manera similar a los que no presentan este continuum, siempre y cuando el tiempo de exposición al estímulo y el tiempo de procesamiento del mismo, destinado a generar una respuesta, no tenga límites (Tracy et al., 2011; Wong et al., 2012), un aspecto que en la investigación mencionada previamente no se empleó, resultando en un desempeño pobre en el reconocimiento emocional (Rump et al., 2009). Además, ambos grupos (experimental y control) consideraron a la felicidad como la emoción más fácil de reconocer, posiblemente porque para su reconocimiento se puede basar principalmente en la atención hacia la región de la boca; mientras que encontraran más complicado la identificación de la ira y el miedo, ya que estas emociones requieren fijar la atención en la integración del movimiento de la boca, los ojos, y la frente (Rump et al., 2009). En relación a este estudio y respectivos resultados, hay que tener en



consideración ciertas limitaciones relevantes como el tamaño reducido de la muestra, y la implementación de diferentes estímulos para el pre test y el post test (es decir, se utilizaron imágenes estáticas de emociones y luego emociones dinámicas mediante video) (Rump et al., 2009).

Por otro lado, los resultados mencionados anteriormente pueden ser explicados mediante *la teoría de la coherencia central débil*, que es “un estilo cognitivo que involucra la tendencia a procesar detalles perceptuales de forma separada, en lugar de considerar el todo” (Tracy et al., 2011, p. 103). Esto quiere decir que las personas con TEA al procesar rostros y sus respectivas expresiones emocionales, prestan atención a características específicas del rostro en lugar de enfocarse en la configuración total u holística de las mismas (Golan et al., 2010; Rump et al., 2009; Ryan & Charagain, 2010; Tracy et al., 2011). Esto dificulta el reconocimiento de emociones, particularmente las más complejas, ya que se requiere integración de varios componentes (como lo explicado con las emociones de ira y miedo) para identificarlas correctamente, así como por el lado contrario, resulta más sencillo el reconocimiento de la felicidad porque las personas pueden enfocarse en la característica específica de la boca en mayor proporción (Gross, 2005; Tracy et al., 2011).

Acompañado de la teoría de coherencia central débil, se encuentra la teoría de sistematización, que según Tracy y colaboradores (2011) son las “manifestaciones lingüísticas y sociales” de la mencionada teoría (p. 103), que consiste en “un patrón de procesamiento en el que el individuo se enfoca en los detalles de sistemas sociales o de comunicación para trabajar las reglas que los gobierna (Tracy et al., 2011, p. 103). Es decir, que las personas con TEA tienen una tendencia a sistematizar todo, lo cual les permite predecir comportamientos para poder controlarlos, ya que se sienten cómodos con lo conocido (Golan et al., 2010), del tal forma que

en el área del reconocimiento de emociones este mecanismo les sirve para identificarlas en contextos específicos (como en el caso de expresiones emocionales en imágenes estáticas), pero puede no ser beneficioso para identificar emociones en contextos más naturales donde el tiempo de exposición y procesamiento son más breves, los estímulos son espontáneos y más dinámicos (Tracy et al., 2011). En esta teoría se basaron los autores Golan et al. (2010) para crear el programa de *The Transporters*, una serie animada diseñada (vehículos sistemáticos con rostros reales humanos mostrando emociones dinámicas) para mejorar la habilidad de reconocimiento y entendimiento emocional de un grupo de niños con espectro autista. La investigación comparó un grupo con espectro autista (n=20, edad= 5-7 años) que recibieron el tratamiento consistente en ver el DVD del programa por 4 semanas; con otro grupo autista que no recibió el tratamiento (n=19, edad= 5-7 años); y un grupo control con desarrollo normal (n=18, edad= 5-7). Fueron evaluados dos veces, antes y después del tratamiento. En el pre test los sujetos de los grupos con espectro autista se desempeñaron por debajo de los sujetos del grupo control de desarrollo normal, sin embargo, en el post test, el grupo autista que se sometió a tratamiento mejoró en el reconocimiento de emociones, semejándose al desempeño del grupo control (con desarrollo normal) en todas las tareas, y hasta aplicando los conocimientos a contextos diferentes a los del programa (Golan et al., 2010). Estos resultados demuestran que mediante las estrategias de sistematización presentes en las personas con TEA es posible mejorar las habilidades de reconocimiento emocional. Por otro lado, es importante revisar las limitaciones que se presentaron en este estudio, como por ejemplo las variaciones en el involucramiento de los padres en la intervención del aprendizaje de sus hijos, lo cual no fue monitoreado; así como las horas y el total de episodios vistos por los niños antes del post test (Golan et al., 2010).

Otra teoría relevante en el proceso de reconocimiento de emociones en los individuos con TEA es la teoría de atención visual (Bal, Harden, Lamb, Van Hecke, Denver & Porges, 2010) en la cual se ha demostrado que diferentes emociones son expresadas en diferentes regiones del rostro. Por ejemplo, las emociones negativas se consideran que son expresadas de forma más común con la parte superior del rostro, mientras que las emociones positivas se piensa que son expresadas mediante la parte inferior del rostro (Bal et al., 2010). Por lo tanto, una persona puede llegar a conclusiones imprecisas acerca de las emociones si es que no presta atención a elementos relevantes o claves, o si no logra integrar lo que ve (Bal et al., 2010). Así pues, es sensato el pensar que mientras mejor sea la atención visual en cuanto a ciertas regiones de la cara, mejor sería la habilidad del reconocimiento de emociones (Bal et al., 2010). Enfocando esta teoría hacia las personas con TEA, se ha reportado que niños con esta condición tienden a fijarse mucho menos en los ojos de las otras personas cuando necesitan interpretar una emoción, y en cambio pasan más tiempo atendiendo regiones cerca de la boca, el cuerpo y/o objetos, lo que puede perjudicar el desempeño del reconocimiento de emociones negativas y más complejas principalmente (Bal et al., 2010; Golan et al., 2010). Esto a comparación de niños con un desarrollo normal en los que se ha reportado que fijan más su atención en los ojos (Bal et al., 2010). Para comprobar esto, Bal et al. (2010) llevaron a cabo un estudio con 17 participantes con autismo y PDD-NOS (grupo TEA), y 36 participantes con desarrollo normal del grupo control, en un rango de edad entre 7 y 17 años. Se les aplicó el Dynamic Affect Recognition Evaluation (videos que consisten en expresiones emocionales que pasan de neutral a la emoción final), sincronizado con el seguimiento de los ojos, y además se midió la latencia en el reconocimiento de emociones. Los resultados mostraron que el grupo TEA enfocó su mirada con mayor frecuencia a regiones off del rostro, (en los cuales no se aporta mucha información respecto a la

emoción) cuando se trató especialmente de la emoción de miedo, sin embargo estos sujetos se desempeñaron en general por debajo que los sujetos del grupo control, el cual si enfocó su mirada a los ojos y reconoció ciertas emociones de forma más rápida (Bal et al., 2010). Esto sugiere que los ojos proveen de información relevante para el reconocimiento de emociones, por lo tanto el mantener enfocar la vista a los ojos facilita el reconocimiento (Bal et al., 2010). En cuanto a las limitaciones de este estudio, se puede agregar que la muestra obtenida fue muy pequeña, en adición que muchos de los niños dentro de la misma se encontraban bajo tratamientos farmacológicos (lo cual pudo haber influenciado los resultados). Por último, esta muestra trabajó únicamente con individuos con TEA con un CI mayor a 75, lo cual puede no ser representativa de la población general de autismo (Bal et al., 2010).

Es importante mencionar que los individuos con TEA presentan dificultad no solo en el reconocimiento de emociones, sino también en lo que respecta al entendimiento y expresión de las mismas (Attwood, 2007). Así, en un desarrollo normal, las personas tienden a manifestar destrezas de comprensión emocional desde los dos primeros años de vida; mostrando respuestas (verbales o no verbales) ante iniciativa emocional de terceros. Posteriormente, se empieza a atribuir estados emocionales a situaciones externas e internas y se reconoce la experiencia de emociones simultáneas, así como la diferencia entre éstas (entre los 3-5 años) (Begeer, Koot, Rieffe, Meerum & Stegge, 2007). Por el contrario, las personas con TEA muestran dificultades en ésta área, evidenciadas a través de un déficit en el desarrollo de su teoría de la mente. Por tanto, es difícil entender el concepto de que las emociones propias y de otros, no solo son evocadas mediante situaciones objetivas, sino también por las representaciones que se tiene sobre las mismas. De igual forma, este bajo funcionamiento de la teoría de la mente influencia la comprensión de emociones mucho más complejas que involucran perspectiva social, como la

culpa, la vergüenza, decepción y el orgullo (Attwood, 2007; Beeger et al., 2007). De este modo, el entendimiento es sistematizado y escasamente atribuible a causas subjetivas o sociales (Beeger, Terwogt, Riegge, Stegge, Olthof & Koot, 2007). En consecuencia, si no es posible identificar y comprender estados mentales de terceros, va a ser aún más complicado el anticipar su comportamiento, por ende recibir retroalimentación para responder de manera coherente y empática (lo cual se conoce como déficit en la reciprocidad emocional) (Beeger et al., 2007; Beeger et al., 2007; Attwood, 2007; APA, 2013).

La literatura expone que las personas con TEA y un déficit cognitivo marcado tienden a presentar más dificultades en ésta área del entendimiento emocional, que aquellos sin compromisos cognitivos. Así, pueden comprender la manifestación de emociones básicas (especialmente las positivas), pero dentro de un contexto establecido o prototípico (se está triste con la muerte de un ser querido o se está alegre cuando se recibe un obsequio). Por el contrario, los individuos dentro de un nivel cognitivo normal, pueden nombrar, reconocer y comprender emociones de una mejor forma, sin embargo presentan dificultades en el entendimiento de emociones complejas y simultáneas, así como en la explicación y generalización de su comprensión a la vida diaria (Beeger et al, 2007).

Los seres humanos empiezan a expresar emociones desde el nacimiento, lo cual constituye una forma primordial de interacción y comunicación social. Al comparar a los individuos de normal desarrollo con aquellos con TEA, se pueden notar que los últimos suelen comunicar menos emocionalidad, o a su vez expresarse exclusivamente de manera idiosincrática. Además, existe evidencia sobre la falta de espontaneidad en la expresión afectiva, así como sus respuestas superficiales o mecánicas, las cuales se ven comprometidas cuando se enfrentan ante situaciones improvisadas o no estructuradas (Beeger et al., 2007; Beeger et al., 2007; Beeger et al.,

2010; Attwood, 2007). Adicionalmente, se ha propuesto que las personas con TEA manifiestan características de *alexitimia*, o la incapacidad de describir verbalmente el estado emocional propio, conjuntamente con sus diferentes niveles y complejidad (Scarpa et al., 2013; Beeger et al., 2007), razón por la cual muchas intervenciones se enfocan en el enriquecimiento de su vocabulario para reducir dichos problemas.

Por otra parte, a pesar de que muchos de estos estudios concuerden con que las personas que presentan trastornos del espectro autista se caracterizan por un déficit en el reconocimiento emocional, en la actualidad existen otros autores que intentan debatir aquella posición. Por ejemplo, en un estudio de Tracy et al. (2011) intentó medir si las 28 sujetos con TEA (Autismo de alto funcionamiento= 11; Trastorno de Asperger= 15; PDD- NOS= 2; edad  $\bar{X}$ = 147 meses) tienen un déficit en el reconocimiento de todas las emociones básicas: alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa, miedo y dos emociones socialmente más complejas como orgullo y desprecio, a comparación de un grupo control (n=31; edad  $\bar{X}$ = 147 meses). Para esto se les pidió que reconozcan las emociones en un marco de tiempo breve (1500ms) (Tracy et al., 2011). Los resultados resultaron inconsistentes con la literatura presentada previamente, ya que comparado con el grupo control los resultados fueron igual de precisos dentro del lapso de tiempo corto; igual de rápidos al pedirles que respondieran velozmente; e igual precisión en el reconocimiento de emociones más complejas (Tracy et al., 2011). Lo que esto sugiere es que es posible que los niños con TEA si en presentaron una forma de procesamiento lenta basado en detalles y sistematización, para el final de la niñez puede que se vuelva adecuado o eficiente para utilizarlo más rápidamente en el futuro (Tracy et al., 2011). Por supuesto, cabe recalcar que este estudio presentó de igual forma sus limitaciones, ya que puede ser que la falta de diferencias encontrada entre los grupos se debió al rango de edad utilizado (147 meses), por lo que sugieren réplicas del

estudio con muestras de infancia temprana y adultez para determinar si estas diferencias se dan más en estos rangos de edad. Adicionalmente, la muestra obtenida para esta investigación no se encontraba balanceada en cuanto a género, ya que había una marcada predominancia de hombres; y por último, el hecho que hayan participado únicamente sujetos con autismo de alto funcionamiento y no de bajo funcionamiento, mediante lo cual hubiésemos encontrado diferencias tal vez (Tracy et al., 2011).

### *Imitación.*

La imitación consiste en “una tendencia automática a sincronizar expresiones afectivas, vocalizaciones, posturas o movimientos de otra persona” (Ruggieri, 2013, p.14; Attwood, 2007) que se empieza a desarrollar poco después del nacimiento (Grofer et al., 2003). Esta destreza innata otorga a los individuos de beneficios tales como el entendimiento de las emociones propias y de otros, la experiencia de interacción social compartida (reciprocidad), un sentido de cercanía y apego con terceros, un mecanismo de comunicación social, así como un mecanismo de aprendizaje sobre las intenciones de otros (Grofer et al., 2003; Toth et al., 2006; Escorcía & Baixauli, 2012). Las personas pueden optar por dos tipos de imitación, la inmediata o la diferida. La primera consiste en la réplica de expresiones o movimientos al mismo momento en que se presenta el estímulo, mientras que la segunda se refiere a la aplicación demorada de conocimientos previamente almacenados en forma de representaciones mentales o secuencias de acción (lo cual involucraría procesos de memoria) (Toth et al., 2006). Las personas con TEA presentan déficits en la habilidad de imitación social, lo cual no solo afecta el dominio social de su funcionamiento, sino que también perjudica el desarrollo de la atención conjunta, teoría de la mente, reciprocidad socio emocional y el posterior desarrollo del lenguaje (Grofer et al., 2003; Toth et al., 2006). Siendo las principales dificultades de este cuadro clínico la imitación de

expresiones faciales y movimientos posturales o corporales, así como la imitación diferida de las acciones de los objetos (Escorcía & Bauxali, 2012; Toth et al., 2006; Gorfer et al., 2003). A pesar de esto, en los casos en los que se evidencia algún tipo de imitación, esta suele presentarse de manera extraña (ya sea muy exagerado o débil) (Grofer et al., 2003).

De esta forma, para analizar el proceso de imitación en población con espectro autista (N= 13;  $\bar{x}$ = 7.31) Carmo, Rumiati, Siugzdaite y Brambilla (2013) compararon dichas habilidades con un grupo de niños de normal desarrollo (N=14;  $\bar{x}$ = 7 años). Con este objetivo, se evaluó a la muestra de manera individual durante el transcurso de una hora, mediante 5 sets de tareas divididas en significativas (MF) o no significativas (ML). Las tareas significativas consistieron en gestos conocidos, sean estos con propósitos comunicacionales o intransitivos, o referentes al uso de objetos o transitivos. En cambio, los gestos no significativos consistieron en imitación de acciones nuevas o desconocidas por los participantes. Los resultados a partir de tales evaluaciones mostraron que los sujetos con autismo tuvieron un peor desempeño ( $\bar{x}$ =73.26) que su contraparte de normal desarrollo en todas las tareas de imitación ( $\bar{x}$ = 90.10), especialmente para aquellas no significantes. No obstante, al tratarse de la división entre gestos transitivos (TEA  $\bar{x}$ =98.71%; ND  $\bar{x}$ =100%) o intransitivos (TEA  $\bar{x}$ =74.63%; ND  $\bar{x}$ = 85.61), ambas condiciones se desempeñaron correctamente. Tales resultados aluden a la teoría de que las tareas significantes representan gestos conocidos, orientados hacia un objetivo y ensayados previamente, lo que se vuelve automatizado y más fácilmente imitable por individuos con TEA; mientras que los gestos no significativos son nuevos y requieren de pautas sociales que pueden estar carentes en dicha población (Carmo, 2013). Cabe, en última instancia, mencionar que el presente estudio exhibió limitaciones en cuanto al tamaño reducido de la muestra, y las



características demográficas restringidas respecto a la totalidad de muestra representada por sexo masculino.

Asimismo, en otro estudio en el cual se investigó la habilidad de imitación inmediata y diferida de un grupo de sujetos con TEA en comparación con uno de normal desarrollo, se encontraron resultados similares al estudio de Carmo y colaboradores (2013). Para esto, se obtuvo una muestra de 55 niños divididos en tres grupos: sujetos con TEA ( $N=188$ ; edad  $\bar{x}=40.44$  meses), con retrasos en el desarrollo ( $N=18$ ; edad  $\bar{x}=38.33$  meses), y de normal desarrollo ( $N=19$ ; edad  $\bar{x}=23.26$  meses) (Wu, Chiang & Hou, 2011). Dicho estudio evaluó habilidades de imitación mediante 4 tareas (significativas con objetos, no significativas con objetos, movimientos manuales y movimientos oro-faciales) de acción inmediata, o con inclusión de 10 minutos, para imitación diferida. Los resultados mostraron una diferencia importante en el desempeño de imitación no significativa inmediata entre las tres condiciones, evidenciando a los individuos con TEA con peores habilidades imitativas ( $\bar{x}=3.17$ ) que sus contrapartes de normal desarrollo ( $\bar{x}=4.58$ ) y con retrasos del desarrollo ( $\bar{x}=4.61$ ); lo cual no ocurrió con las demás tareas o estilos de imitación. Esto apoya lo encontrado en el estudio por Corma y colaboradores (2013) en cuanto a la sistematización o conocimiento previo asociado a las tareas significativas, lo cual podría explicar la falta de diferencias significativas entre las condiciones, al simplificar el proceso de imitación para sujetos con TEA y hacerlo posible. Adicionalmente, este estudio llevó a cabo un seguimiento 18 meses después de realizada la primera evaluación. Para esto la muestra se vio reducida a 11 participantes para el grupo de TEA y 11 participantes del grupo de retrasos del desarrollo, los cuales se sometieron nuevamente a tareas relevantes a habilidades de imitación. Los resultados de este seguimiento mostraron que aunque se evidenció un mejoramiento sutil en el desempeño de los sujetos con TEA, éste siguió estando por debajo ( $\bar{x}$

=3.55) de aquellos con retraso del desarrollo ( $\bar{x}$ =5.18). Dadas estos resultados, cabe acotar que se dieron bajo la limitación de una muestra reducida en el estudio principal y en el seguimiento, así como de presencia de procesos de intervención externa para la condición de TEA sobre los cuales no se tuvo acceso de información (Wu et al., 2011).

### *Categorización.*

La categorización se encuentra considerada como un aspecto importante del procesamiento cognitivo (presente desde la infancia), el cual ayuda a reducir el trabajo de la memoria al enfocar al individuo hacia las características significativas de los objetos, mientras se ignora los detalles innecesarios, fomentando así el aprendizaje (Gastgeb, Dundas, Minshew & Strauss, 2012; Gastgeb, Strauss & Minshew, 2006; Santos, Rondan, Rosset, Fonseca & Deruelle, 2008). Sin embargo, la literatura expone que los individuos con trastorno del espectro autista presentan deficiencias dentro de este ámbito cognitivo. Por ejemplo, se ha encontrado que existen déficits en la capacidad para categorizar objetos cuando las características centrales de los miembros son complejas o abstractas; no siendo este el caso para la categorización simple (Gastgeb et al., 2012; Gastgeb et al., 2006; Alderson & McGonigle, 2011). Así, para determinar este tipo de habilidades en población con TEA, Alderson y McGonigle (2011) llevaron a cabo un estudio comparativo entre una muestra de sujetos con espectro autista (N=14; edad  $\bar{x}$  = 159.50 meses) y un grupo control de normal desarrollo (N=14; edad  $\bar{x}$  = 160.29 meses) en un contexto de resolución de problemas. Para esto, los sujetos fueron evaluados mediante una tarea denominada *20 preguntas*, en la cual deben descubrir de entre un set de estímulos visuales (estándares y atípicos), y a través de preguntas de *si* y *no*, aquella imagen que el experimentador haya seleccionado al azar. Los resultados mostraron en primer lugar que los niños con TEA tuvieron un promedio más bajo al tratarse de completamiento de la tarea con estímulos estándares ( $\bar{x}$

=86.6%) en comparación con el grupo control ( $\bar{x}$ =98.25%), lo cual no ocurrió con la versión de estímulos atípicos. En segundo lugar, se encontraron diferencias significativas en la calidad de las preguntas realizadas por la condición clínica, en tanto que fueron mínimamente abstractas ( $\bar{x}$ =30.3%), y mucho más funcionales ( $\bar{x}$ = 16.5%) que en el grupo de normal desarrollo ( $\bar{x}$ =39.7% y  $\bar{x}$ =6.4% respectivamente). Por último, se encontró que los niños con TEA realizaron preguntas de baja calidad (referentes al descarte de un menor número de ítems) en mayor proporción que su contraparte, así como preguntas de prueba de hipótesis (que aluden a un solo ítem) (TEA  $\bar{x}$ =20.4%; ND  $\bar{x}$ = 4.2%). De esta forma, los autores exponen que dichos resultados se deben primariamente a una deficiencia en el proceso de categorización por parte de los individuos con TEA, ya que si bien se denotó cierta habilidad en su desempeño, ésta fue “limitada e ineficiente” (Alderson & McGonigle, 2011, p. 562). No obstante, cabe mencionar que las implicaciones de este estudio son limitadas, debido a limitaciones tales como el número reducido de muestra y la falta de consideración del coeficiente intelectual verbal de ambas condiciones (Alderson & McGonigle, 2011).

Asimismo, en otro estudio por Gastgeb y colaboradores (2006), se comparó el tiempo de reacción y precisión de categorización de un grupo de niños y adolescentes con TEA y su contraparte de normal desarrollo. Para esto, los autores recurrieron a la presentación digital de imágenes típicas, algo atípicas y atípicas, referentes a cuatro categorías específicas, (*perros, gatos, sillones y sillas*) ante la cual los participantes debían responder con verdadero o falso para su correspondiente categorización. Los resultados de dicha investigación revelaron que la tipicidad de los estímulos visuales afectaron el tiempo de reacción ante la categorización de ambas condiciones, más, fue el grupo con TEA el que se desempeñó con menos rapidez y precisión. Así, los niños con TEA respondieron 12% más despacio ante las imágenes algo

atípicas a comparación de un 3% del grupo control; y para las imágenes atípicas, la condición clínica respondió 42% más despacio que un 22% de su contraparte, mostrando así un desempeño significativamente pobre para los individuos con espectro autista. Por otro lado, los resultados de los adolescentes mostraron diferencias significativas en las respuestas únicamente para estímulos atípicos, evidenciando a la muestra con TEA mucho más lenta en su proceso de categorización (33%) que el grupo control (18%). Por tanto, los autores sugieren que las personas con TEA reflejan cierta habilidad para categorizar estímulos simples, evidenciándose inclusive una mejoría a través de su desarrollo; sin embargo, no es caso para aquellos estímulos más complejos y atípicos, lo cual apunta a una clara deficiencia en esta población a lo largo de su vida. No obstante, se debe considerar las limitaciones en cuanto a la naturaleza de los grupos de categorización, los cuales pudieron no haber diferido tanto en tipicidad otorgando facilidad de categorización en ciertas áreas (Gastgeb et al, 2006).

Por otro lado, se sugiere que las personas con TEA manifiestan un tipo de procesamiento de categorización diferente al de individuos de normal desarrollo, en tanto que los primeros no suelen categorizar las palabras para facilitar la memorización; tienden procesar la información de manera sistemática, basada en reglas restringidas, complicando la extracción de características de información compleja; dificultad en la creación espontánea de categorías dirigidas hacia metas; y por último, presentan dificultad al intentar procesar características de objetos como un conjunto, lo cual no ocurre cuando se trata de un solo objeto (Gastgeb et al., 2012; Gastgeb et al., 2006; Alderson & McGonigle, 2011).

Se han generado hipótesis sobre la razón de estos déficits en las personas con TEA, para lo cual se ha considerado principalmente una falla en las funciones ejecutivas de memoria (para recordar las características que definen un grupo de ítems y las representaciones mentales de

objetos) y flexibilidad (para modificar los elementos dentro de una categoría al enfrentarse a un cambio de información) (Alderson & McGonigle, 2011; Gastgeb et al., 2006). Adicionalmente se ha mencionado la posibilidad de la influencia del nivel lingüístico en cuanto a la comprensión de los conceptos a categorizar, en oposición a una falla en el propio proceso cognitivo (Alderson & McGonigle, 2011).

### *Funciones Ejecutivas.*

Las funciones ejecutivas se definen como un conjunto de procesos cognitivos encargados de la generación, monitorización, organización y control de los comportamientos y los pensamientos; los mismos que están enfocados hacia metas (Calderón et al., 2012; Martos & Paula, 2011; Etchepareborda, 2001; Ibáñez, 2005). Estos procesos han sido biológicamente identificados en el lóbulo frontal del cerebro, o más específicamente en la corteza prefrontal e incluyen destrezas tales como la planificación, la memoria de trabajo, la inhibición y control de impulsos, flexibilidad, entre otras (Attwood, 2007; Martos & Paula, 2011). En cuanto a su evolución, las funciones ejecutivas se desarrollan lenta y progresivamente desde el primer año de vida, alcanzando su clímax a los 18 años, seguido de un período de estabilización, al cual le continúa en la vejez un proceso de pérdida de éstas facultades cognitivas (Martos & Paula, 2011).

A pesar de que los resultados arrojados acerca de estos constructos en algunos estudios han sido mixtos, se conoce con certeza en la actualidad que las personas con TEA presentan mayores dificultades en la resolución de tareas que involucran la implementación de funciones ejecutivas, a comparación de personas de normal desarrollo (Grofer et al., 2003; Martos & Paula, 2011; Ibáñez, 2005). Por ejemplo, en el proceso de planificación, considerado como la habilidad

para establecer un plan estructurado en secuencias de acción para alcanzar un objetivo (Martos & Paula, 2011; Etchepareborda, 2001), los sujetos con TEA presentan un desempeño pobre especialmente cuando se trata de planificación de comportamientos complejos (ya sean estos largos en secuencia y número de acciones o por su prolongación de tiempo) (Hill, 2004; Ibáñez, 2005).

Por otro lado, se encuentran deficiencias en cuanto a la memoria de trabajo, la misma que se entiende como el proceso cognitivo de almacenamiento y procesamiento temporal de información (Etchepareborda, 2001; Attwood, 2007). Con respecto a esto, los déficits se centran principalmente entorno a la memoria de trabajo verbal en la que la complejidad de los estímulos va a jugar un rol determinante para el bajo desempeño, no siendo este el caso de estímulos que ocupan una carga reducida de procesamiento (Williams, Goldstein & Minshew, 2006). Esto quiere decir que mientras más compleja sea una tarea y los estímulos informacionales, los recursos memorísticos se van a sobre demandar y a enlentecer el procesamiento de información (E.j. más dificultad para recordar una historia que unos cuantos dígitos) (Williams et al., 2006). Además, se ha argumentado sobre la posibilidad de que la falta de adquisición espontánea de representaciones mentales tenga un impacto sobre la deficiencia de la memoria de trabajo. Es decir, que a pesar de que la memoria de trabajo sea un constructo finito, se puede dar el procesamiento de estímulos complejos (en individuos de normal desarrollo) gracias a la recuperación de esquemas previos que facilita y agiliza el actual procesamiento, más es un área poco desarrollada en aquellos con TEA (Anderson & McGonigle, 2011; Williams et al., 2006). Por otra parte, se ha encontrado que los niños con TEA no hacen uso de estrategias contextuales para sustentar su memoria, de la misma manera que lo harían otros niños; por ejemplo estas personas “recuerdan palabras organizadas de manera aleatoria, pero no demuestran el beneficio

esperado de la organización semántica o sintáctica” para la recuperación de la información (Williams et al., 2006, p.2). Además, se han generados hipótesis de que las deficiencias en la memoria de las personas con TEA pueden no deberse a una falla en este constructo persé, sino a compromisos en el procesamiento de información (Grofer et al., 2003). Por último, cabe recalcar que los individuos con TEA presentan mayores dificultades tratando recordar eventos recientes e información sobre interacciones sociales o conversaciones, que su contraparte de desarrollo normal (Williams et al., 2006; Attwood, 2007). Así en un estudio por Williams y colaboradores (2006) se evaluó el perfil de memoria de un grupo de 38 sujetos con TEA (edad $\bar{x}$ =11.68) comparado a un grupo control de normal desarrollo (N=38; edad $\bar{x}$ =12.16). Para esto, se administró el *Wide Range Assessment of Memory and Learning*, una batería de pruebas de memoria, consistente en 3 componentes principales: memoria visual, verbal y aprendizaje. Los resultados de esta evaluación mostraron que la condición clínica presentó un perfil de memoria por debajo del promedio del grupo control, lo cual fue evidenciado especialmente al ser expuestos ante tareas de memoria visual (TEA $\bar{x}$ =8.32, 8.63; ND $\bar{x}$ =10.13, 9.92) y verbal (TEA $\bar{x}$ =8.87, 8.89; ND $\bar{x}$ =10.39, 10.63) con estímulos complejos. Además, se encontró que el desempeño de los sujetos con TEA en tareas sobre memoria de trabajo espacial ( $\bar{x}$ =8.61) fue significativamente menor que su contraparte de normal desarrollo ( $\bar{x}$ =10.89). Por último, se encontró que el grupo con TEA ejecutó las tareas de recordación ( $\bar{x}$ =10.86) y reconocimiento ( $\bar{x}$ =10.88) complejas de peor forma que el grupo control ( $\bar{x}$ =13.63;  $\bar{x}$ =12.15 respectivamente). Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en las *habilidades de aprendizaje asociativo* (Williams et al., 2006, p.8) o la recordación verbal de listas de números o letras. Cabe mencionar que el estudio presenta limitaciones en cuanto al tamaño reducido de la muestra, y

sobre el desconocimiento de estrategias cognitivas empleadas por ambos grupos para completar las tareas en las que no hubo diferencias significativas (Williams et al., 2006).

Otro proceso cognitivo relevante a las funciones ejecutivas es la flexibilidad mental, que se refiere a la capacidad para cambiar un pensamiento o comportamiento para poder responder ante características de una situación o contexto cambiante (Martos & Paula, 2011; Etchepareborda, 2001; Hill, 2004). En este aspecto, el cuadro del TEA parece presentar una flexibilidad mental pobre evidenciada por déficits en la espontaneidad para generar nuevas ideas que le ayuden al individuo a acoplarse. Así, pueden observarse como parte de estas dificultades, indicadores conductuales relacionados, tales como estereotipias y la poca regulación motriz; así como la perseverancia de rituales y/o invariabilidad en la vida diaria del sujeto (Hill, 2004; Martos & Paula, 2011). Se puede relacionar la inflexibilidad mental con las dificultades en otros aspectos de las funciones ejecutivas tales como la planificación (mencionada anteriormente), y la capacidad generativa (la creación de nuevos objetivos y metas) (Martos & Paula, 2011).

Finalmente, se encuentra el proceso de inhibición. Esto se refiere a la abstención o interrupción de una respuesta en particular para dar paso a conductas más adaptativas (Etchepareborda, 2001; Martos & Paula, 2011; Hill, 2004). Uno de los grandes problemas presentados en los sujetos con TEA es la incapacidad de inhibición de respuesta prepotente, es decir el detener una respuesta que ha sido automatizada y activada nuevamente por un estímulo (Martos & Paula, 2011; Attwood, 2007). Por ejemplo, el que un niño actúe sin pensar en el contexto, consecuencias, o experiencia previa (Attwood, 2007). No obstante, en edades más maduras, las personas con TEA suelen mejorar sus habilidades de inhibición, empero bajo condiciones de mucha presión social y estrés se pueden presentar los déficits mencionados (Attwood, 2007).



Robinson, Goddard, Dritschel, Wisley y Howlin (2009) investigaron dichas funciones en una muestra de 54 niños con TEA, comparado con 54 niños de normal desarrollo emparejados en edad ( $\bar{x}$ = 150 meses), género (42 hombres:12 mujeres), coeficiente intelectual ( $\geq 70$ ) y vocabulario. Para alcanzar su objetivo, los autores recurrieron a la administración de varias tareas y test estándares para evaluar funciones ejecutivas de planificación, flexibilidad mental, inhibición de respuesta y auto-monitoreo. Así, los resultados mostraron que tanto el test de flexibilidad mental como en las tareas de auto-monitoreo no hubieron diferencias significativas entre los dos grupos, sin embargo se evidenciaron muchas más errores perseverantes que hacen referencia a dificultades con el pasar de un tema a otro, así como con la falta de auto evaluación de su propio desempeño. Asimismo, en las tareas de inhibición, se evidenció una ejecución mucho más pobre en individuos con espectro autista ( $\bar{x}$ =22.04) que en el grupo control ( $\bar{x}$ =23.63), en cuanto a la habilidad de inhibir respuestas prepotentes, utilizar estrategias para el mismo objetivo, así como con el tiempo y precisión de las respuestas en general. Por último, en referencia al área de planificación, los niños con TEA exhibieron un desempeño significativamente menor ( $\bar{x}$ =88.74) que su contraparte ( $\bar{x}$ =99.04), con respecto al número de intentos para completar las metas establecidas, formación de estrategias, y el completamiento total de las tareas, sugiere un claro déficit en ésta área. Por último, a pesar de dichos resultados evidenciando el claro déficit de la población con TEA, se debe tomar en consideración las limitaciones del estudio en cuanto a la diferenciación de métodos evaluativos (digitales vs. Manuales), los tipos de respuesta ante éstos, y la falta de enfoque en este punto (Robinson et al., 2009).

### *Lenguaje.*

La manifestación de los déficits de lenguaje en personas con TEA adquieren una forma muy variada de presentación, lo cual va a depender de las habilidades intelectuales, sociales y de desarrollo (APA, 2013; Soto, 2007). Así, dentro de este ámbito se evidencian tres fenotipos: personas con TEA con habilidades relativamente normales de lenguaje, en términos de fonología, morfología, léxico y sintaxis; personas que presentan deficiencias en las áreas antes mencionadas; y personas que no adquieren habilidades lingüísticas (consistente de un porcentaje muy bajo de la población) (Benítez-Burraco, 2008; Tager-Flusber, Paul & Lord, 2005).

Ya desde el nacimiento se van a presenciar características que van a marcar una diferencia entre un normal desarrollo y el TEA. Por ejemplo, se ha evidenciado que niños entre el nacimiento y los dos años muestran un menor grado de respuesta ante la voz materna, así como ante cualquier interlocutor que se dirija por su nombre. Otros estudios han mostrado que estos niños ya presentan habilidades expresivas y receptivas mucho menor a su edad de desarrollo, lo cual se ve continuado a edades posteriores. De esta manera, las fallas en el lenguaje se posicionan como uno de los criterios tempranos más relevantemente notables para un posible diagnóstico clínico (Tager-Flusberg et al., 2005; Benítez-Burraco, 2008; Artigas, 1999).

Se han encontrado deficiencias en el lenguaje en personas con TEA en cuanto al uso y entendimiento de palabras dentro del mismo grupo semántico, especialmente cuando se tratan de estados mentales cognitivos, y/o términos socioemocionales. Asimismo, se ha visto que en el amplio espectro se evidencian casos de personas con un vasto léxico, más se generan dificultades al ponerlo en práctica de manera normal dentro de un contexto social y coherente. En el área de sintaxis y morfología, se ha encontrado que las personas con TEA tienden a omitir morfemas,

generalmente relacionados a las conjugaciones verbales y artículos. Contrariamente a la sintaxis que se ha mostrado más similar a aquella de personas de normal desarrollo, pero con un perceptible retraso (Tager-Flusberg et al., 2005; Benítez-Burraco, 2008; Artigas, 1999).

En el área de expresión verbal, es bastante característico de los individuos con TEA el presentar ecolalia o la repetición inmediata o retrasada del lenguaje (Soto, 2007). A pesar de que es una de las características clínicas del desorden, muchos autores la han propuesto como una estrategia funcional para estas personas. Es así, que se evidencian cinco funciones principales de la ecolalia: “tomar turnos, respuestas afirmativas, peticiones, ensayos para ayudar el procesamiento, y la autorregulación” (Tager-Flusberg, 2005, p. 346). No obstante, la ecolalia, se ha visto que merma su presencia hacia edades avanzadas del desarrollo (Tager-Flusberg et al., 2005). Por otro lado, se encuentran dificultades en cuanto a la deixis de los individuos, lo cual se refiere a la utilización de palabras que sirven de señalamiento de personas, lugares, cosas, y de tiempo, que sirven para el cambio en las referencias de la comunicación social (entre locutor y escucha) (Tager-Flusberg et al., 2005; Soto, 2007; Artigas, 1999; Benítez-Burraco, 2008). Así, por ejemplo, las personas con TEA tienden a confundir pronombres en relación a sí mismos, es decir, que utilizan “tú” o “él/ella” para sustituir el “yo”, o se les dificulta el mantener coherencia cuando dentro de una conversación se alternan los pronombres referidos hacia una misma persona (dependiendo de quien se encuentra hablando y quien escuchando) (Tager-Flusberg et al., 2005; Artigas, 1999). Para estudiar esto, Roberts, Rice y Tager-Flusberg (2004) llevaron a cabo un estudio en el que se sometió a una muestra de TEA a tareas referentes a la utilización correcta de pronombres en tercera persona (ej. ¿Qué hace el hombre?), y conjugación pasada de verbos (ej. ¿Qué hizo el hombre?). Dicha muestra fue dividida en tres grupos dependiendo de su grado de déficit lingüístico: normal (n=27; edad $\bar{x}$ =103.6 meses); limítrofe (n=16; edad $\bar{x}$ =105.7

meses) y afectado ( $n=17$ ; edad  $\bar{x}=117.4$ ), siendo éste último el que exhibió un peor desempeño tanto en las tareas de pronombres ( $1\bar{x}=76.3$ ;  $2\bar{x}=61.3$  y  $3\bar{x}=36.8$  respectivamente), como en la de los verbos ( $1\bar{x}=63.8$ ;  $2\bar{x}=58.2$  y  $3\bar{x}=30.6$  respectivamente). Adicionalmente, los resultados mostraron que los sujetos del grupo más afectado presentaron ecolalia marcada en sus respuestas, empleo de otras terminaciones verbales, mayor número de errores y no respuestas que los otros dos grupos. Los autores sugieren que dichas dificultades reflejan sus carencias en la pragmática del lenguaje, y no solo una deficiencia en la estructura lingüística. Por último mencionan que se debe considerar los resultados bajo la limitación del reducido tamaño de muestra (Roberts et al., 2004).

Adicionalmente, se pueden evidenciar déficits en el área paralingüísticas principalmente en lo que respecta a la prosodia en sus tres componentes: gramatical, pragmático y afectivo. Entonces se observa en aquellas personas con TEA complicaciones al dar claves lingüísticas para diferenciar el tipo de discurso (preguntas, exclamaciones, etc.), acentuación para resaltar información nueva o dirigir la atención del escucha hacia la conversación, y dificultades para transmitir emocionalidad en el lenguaje (Tager-Flusberg et al., 2005; Attwood, 2007). Las consecuencias resultantes de estas características van a ejercer un efecto sobre la comprensibilidad del discurso propio (y de ellos hacia terceros) y por ende también la interacción social (Tager-Flusber et al., 2005; Attwood, 2007). Otras complicaciones relacionadas son el volumen y la velocidad del lenguaje, los cuales tienden a fluctuar indistintamente en el discurso (Artigas, 1999; Fejerman, 2010). Así, en un estudio por Peppé, McCann, Gibbon, O'Hare y Rutherford (2006), en el cual se investigó precisamente la naturaleza prosódica en la población autista, se encontró una significativa diferencia al ser comparados con un grupo control. Para esto, se obtuvo una muestra de 31 niños con TEA (edad  $\bar{x}=9.10$  años) y 72 niños de desarrollo

típico (edad  $\bar{x}$ =6.10 años), a los cuales se administró el *Profiling Elements of Prosodic Systems in Children*. Dicha prueba consiste de 4 componentes principales de medición prosódica, los cuales se dividen en tareas de acuerdo a su naturaleza de receptividad y procesamiento (input) o producción y expresión (output). Estos componentes son: *Turnend* o el discernimiento de si lo que se dice requiere respuesta (ej. ¿Zanahorias?, o zanahorias); *Affect* o la expresión/comprensión de agrado o desagrado (ej. ¡Té! Expresado con emoción y tono creciente, o té expresado con desgano y tono descendente); *Chunking* o “el señalamiento de los límites de una frase” (Peppé et al., 2006, p. 6); y *Focus* o el acento enfático en la pronunciación para transmitir un mensaje específico (ej. ese no es un carro viejo, es una CASA vieja).

Adicionalmente, se evaluó la entonación (la misma que se usa para *Turnend* y *Affect*), y prosodia en lo referente a pausas, duración y estrés de las sílabas (usada para *Chunking* y *Focus*).

Los resultados del PEPS-C mostraron que la condición clínica se desempeñó significativamente por debajo del grupo control, con un porcentaje promedio menor a 70% para 11 de 12 tareas, mientras que su contraparte de desarrollo normal alcanzó 7 tareas con un porcentaje promedio casi perfecto, 3 tareas sobre 70%, y solo 2 bajo este último. Así, en comparación con el grupo control, en el componente *Turnend* los individuos con TEA no lograron discernir las preguntas de las afirmaciones, considerando a todas las frases como afirmaciones (input), o expresando todo en son de pregunta (output); en cuanto al componente de *Affect*, los sujetos con TEA cometieron más errores de identificación sobre gusto o disgusto al escuchar un estímulo (input), a la vez que se obtuvieron respuestas ambiguas en la expresión propia (output). En *Chunking*, el grupo con autismo presentó más dificultades al otorgar pausas en sus afirmaciones para eliminar ambigüedad (output); mientras que en *Focus*, esta población cometió más errores respecto al énfasis en sílabas específicas (input). De esta manera, el estudio muestra deficiencias en la

población con TEA respecto a la prosodia, y sugiere que mientras que en algunos casos se trata de un retraso en el desarrollo de habilidades, en otros puede tratarse de una desviación de la prosodia normal (lo cual no fue evaluado en el estudio, y es considerado como su limitación), lo cual de igual manera perjudica su comunicación social (Peppé et al., 2006).

Otro aspecto del lenguaje que es particularmente peculiar en el TEA es la finalidad de la comunicación, ya que principalmente se centra en la transmisión de información nueva, en contraposición con las personas de desarrollo normal que apuntan a la transmisión de comentarios (pensamiento, sentimientos), reconocimiento hacia el interlocutor en el intercambio que se lleva a cabo, o para para entablar una interacción social de manera espontánea (Attwood, 2007; Tager-Flusberg et al., 2005; Artigas, 1999). Una vez involucrados en una conversación, las personas con TEA muestran dificultades con el seguimiento de pautas sociales como el respetar turnos y entender las intenciones del interlocutor para responder adecuadamente. Esto lleva a un discurso percibido generalmente como pedante y extremadamente formal por terceros, el cual se caracteriza por la excesiva cantidad de información expresada de manera unidireccional (especialmente acerca de intereses restringidos), énfasis en detalles irrelevantes, expresión sintáctica muy formal (uso de palabras extravagantes), y la toma literal de expresiones de sentido figurado, ironías, o bromas (Attwood, 2007; Flusberg et al., 2005). Se ha visto en otros casos dificultades en el procesamiento rápido de mucha información en cuanto a conversaciones con más de una persona, o cuando se dan muchos comandos instruccionales, lo cual también limita el aspecto pragmático del lenguaje en estos individuos (Attwood, 2007). Por último, cabe mencionar las habilidades de lectura en esta población, las cuales pueden llegar a ser una fortaleza respecto al desciframiento de palabras y su pronunciación, alcanzando en algunos casos niveles similares a las personas de normal desarrollo en lecturas simples. Sin embargo, suelen

presentarse problemas en la comprensión de los textos, especialmente en cuanto contenido extenso y más complejo (Attwood, 2007; Tager-Flusberg et al., 2005).

En conclusión, a pesar de que los déficits en ese ámbito son bastante heterogéneos y que en muchos casos exista un buen desarrollo verbal del lenguaje, las deficiencias en el área de comunicación no verbal y social, van a estar siempre formando parte del cuadro clínico en mayor o menor intensidad (Artigas, 1999; Tager-Flusberg et al., 2005; Soto; 2007).

#### *Intereses y comportamientos restrictivos.*

Los patrones repetitivos y restringidos tanto de intereses como de comportamiento componen un grupo diverso de respuestas que ayudan a definir y describir a las personas con trastorno del espectro autista (Lewis y Kim, 2009). Estas respuestas abarcan patrones repetitivos motores, el uso recurrente de los mismos objetos, patrones del habla repetitivos, la adherencia estricta a las rutinas y rituales, e intereses limitados pero con intensidad y enfoque anormales (APA, 2013). Lewis y Kim (2009) suman la conducta de auto-lesión a esta lista, así como ciertas compulsiones. Estas respuestas muestran consistencia específica con niveles de edad, así como las capacidades intelectuales y los tipos de intervención aplicados (APA, 2013). Además, se pueden caracterizar en términos de frecuencia, rigidez e inflexibilidad (Lewis y Kim, 2009).

Ha habido un debate en la literatura acerca de cómo los individuos que muestran tales patrones pueden distinguirse de aquellos que no se encuentran dentro del espectro pero que los presentan también. Principalmente esto tiene que ver con infantes y sujetos en la primera infancia, ya que muestran una alta prevalencia de comportamientos repetitivos, insistencia en la igualdad, la adhesión a rutinas y rituales, el uso predominante de los objetos, así como exclamaciones compulsivas, claramente semejantes a las descritas en el DSM V (Lewis & Kim,

2009). Sin embargo, la investigación ha mostrado que infantes y niños con trastorno del espectro autista pueden ser diferenciados por su frecuencia, duración e intensidad mucho más significativa de los patrones restringidos y repetitivos que se muestran (Richler, Bishop, Kleinke & Lord, 2007; Watt, Wetherby, Barber & Morgan 2008). De esta forma, los resultados de un estudio por Lam, Bodfish y Piven (2008) concluyeron que los patrones restringidos en general sirven como un instrumento para distinguir a las personas con TEA de otras poblaciones debido a una mayor prevalencia y severidad. Para esto, los autores evaluaron a una muestra de 316 individuos con TEA (edadx= 9.02 años) mediante la administración del *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADIS-R), una entrevista estandarizada para padres, destinada a determinar la presencia y severidad de síntomas autistas; y el *Autism Diagnostic Observational Schedules* (ADOS), una evaluación observacional enfocada en los participantes, empleada como sustento del ADIS-R. Así, como se mencionó anteriormente, los resultados mostraron que la ocurrencia de varios tipos de patrones restringidos (intereses circunscritos, insistencia de igualdad, motricidad repetitiva) denotó la severidad del cuadro clínico mediante déficits más marcados en cuanto a dominios sociales y de comunicación, lo cual podría llegar a ser un determinante en el diagnóstico y exclusión del desorden. No obstante cabe mencionar que el estudio únicamente utilizó el ADIS-R como método de evaluación de síntomas, más no es una prueba específica para intereses restringidos, lo cual pasó a ser una limitación, así como la falta de un grupo control (Lam et al., 2008).

Por otro lado, en un estudio por Esbensen, Seltzer, Lam y Bodfish (2009) examinaron 712 sujetos diagnosticados con trastorno del espectro autista (2-62 años) sobre la aparición de los diferentes patrones restrictivos, los mismos que garantizaron una distribución bastante uniforme entre niños, adolescentes y adultos. Para alcanzar este objetivo, se administró el Repetitive



Behavior Scale- Revised (RBS-R), el cual mide en una escala de 0 a 4 la ocurrencia y severidad de patrones repetitivos. Sus resultados indican una fuerte coherencia entre tipos específicos de comportamientos restringidos y repetitivos, y los diferentes niveles de edad. Por otra parte, llegaron a la conclusión de que las conductas repetitivas son más comunes y más graves entre las personas más jóvenes ( $x=30.92$ ) en comparación con los individuos de mayor edad ( $x=14.91$ ), independientemente de que se tome en cuenta los patrones en su conjunto o por subtipos (Esbensen, Seltzer, Lam & Bodfish, 2009). En particular, el patrón repetitivo más prevalente en la mayoría de las edades son los intereses limitados ( $x=1.14 - 0.67$ ), mientras que las conductas repetitivas auto-lesivas son las menos frecuentes ( $x=0.68 - 0.18$ ). Por otra parte, los patrones motrices repetitivos son más comunes que el cumplimiento estricto de los rituales y rutinas, así como compulsiones, pero se vuelven menos comunes que otros en edades más avanzadas (Esbensen, Seltzer, Lam y Bodfish, 2009). No obstante, según el DSM-V (APA, 2013), los adultos diagnosticados con trastorno del espectro autista y sin discapacidad intelectual o del lenguaje son capaces de aprender a suprimir los patrones motrices repetitivos en ambientes públicos. Las limitaciones del estudio se refieren a la obtención de datos transversales modificados, por tanto, los resultados obtenidos podrían mostrar diferencias en la muestra o una verdadera disminución de los síntomas por su desarrollo (Esbensen et al., 2009).

### *Movimiento y Coordinación.*

El deterioro en el movimiento y la coordinación es una característica común de los niños con trastorno del espectro autista (Green, Charman, Pickles, Chandler, Loucas, Simonoff, y Baird, 2009). Esta hipótesis ha sido ampliamente aprobada dentro de la comunidad científica; sin embargo, las metodologías y las muestras son al parecer inconsistentes (Fournier, Hass, Naik, Lodha y Cauraugh, 2010). Más allá de esto, una clarificación de los términos *habilidades de*

*movimiento y habilidades motoras* parece necesaria con el fin de diferenciar estos esquemas específicos, así como para resaltar su coherencia con trastorno del espectro autista. Las habilidades de movimiento se refieren a los movimientos dirigidos hacia un objetivo, como patear una pelota hacia un blanco. Estas habilidades son directamente observables y pueden medirse en términos de aciertos por intento (por ejemplo, marcar un gol seis de cada diez veces). Los niños aprenden estas habilidades fundamentales entre las edades de 1 a 7 años, después de adquirir la capacidad de caminar (Staples & Reid, 2010). En comparación, las habilidades motoras se refieren a las capacidades básicas que dotan a los individuos para realizar las habilidades de movimiento específicos (por ejemplo, la coordinación mano-ojo o balance). Estas habilidades no son directamente visibles, y necesitan ser deducidas de las habilidades de movimiento realizadas (Staples & Reid, 2010).

En cuanto a las habilidades de movimiento, los niños diagnosticados con trastorno del espectro autista muestran un bajo rendimiento de este ámbito en comparación con los niños sin éste diagnóstico (Staples & Reid, 2010). Estas diferencias aumentan con la edad, como consecuencia de la falta de práctica en niños con TEA, lo cual se puede referir a sus intereses restringidos, así como a su enfoque en los patrones de movimiento repetitivos (Staples & Reid, 2010). Así, en un estudio por Provost, Lopez y Heimerl (2006) se evaluaron las habilidades motoras de un grupo de sujetos con espectro autista (N=19; edadx=30.1 meses) en comparación con un grupo con retraso del desarrollo (N=19, y otro de normal desarrollo (N=18). A dicha muestra se les administró 2 pruebas estandarizadas: *Bayley Scales of Infant Development-Second Edition (BSID-II)* y *Peabody Developmental Motor Scales- Second Edition (PDMS-2)*, la primera con el objetivo de medir el “control del cuerpo, coordinación de músculos grandes, habilidades manipulativas finas de manos y dedos, movimiento dinámico, e imitación postural” (Provost et

al., 2006, p. 324); y la segunda para medir reflejos, habilidad de balance, locomoción, motricidad gruesa y fina, habilidades de coordinación mano-ojo (Provost et al., 2006). De la información obtenida por medio de estos instrumentos, se encontró que no hubo diferencias significativas entre los grupos de TEA y retraso del desarrollo, sin embargo si las hubo en comparación con el grupo control de normal desarrollo, el mismo que se desempeñó mucho mejor tanto en el BSID-II (TEAx= 57.1; RDx=56.7; NDx= 87.1) como en el PDMS-2 (TEAx= 76.3; RDx=77.7; NDx=93.2). Adicionalmente, se encontró que 16% de la muestra de TEA presentó un retraso motriz leve, mientras que un 84% presentó un retraso significativo. Es importante mencionar las limitaciones del estudio, las cuales tienen que ver con la naturaleza del análisis de datos (MANCOVA) la misma que se dice posible de incrementar la probabilidad de generación de errores tipo 1 en los resultados (Provost et al., 2006).

Con el fin de obtener una comprensión más profunda de las causas de los déficits de movimiento, hay que desviar la atención de las habilidades de movimiento hacia las habilidades motoras. Fournier y colaboradores (2010) resumen en su meta-análisis de 83 estudios de ASD, centrados en los déficits motores, que el autismo se asocia con mayor torpeza, alteraciones de coordinación motora e inestabilidad postural, lo que conduce a malos resultados en las pruebas estandarizadas de funcionamiento del motor. Se ha sugerido que la transmisión anormal de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y GABA puede afectar al rendimiento motriz (Fournier et al., 2010). Además, los estudios de neuroimagen han demostrado estructuras seminales anormales, así como un cuerpo calloso reducido, el cual es responsable de conectar las dos mitades del cerebro. Por lo tanto, los factores neurobiológicos sirven como una explicación de los déficits motores en niños con trastorno del espectro autista (Fournier et al., 2010). Estos deterioros en relación con los niños diagnosticados con trastorno del espectro autista y

discapacidad intelectual (CI <70), mostraron ser significativamente más marcados que los niños con trastorno del espectro autista y sin discapacidad intelectual (Green et al., 2009).

De acuerdo con Fournier y colaboradores (2010), los déficits motores pueden ocurrir incluso antes de discapacidades comunicativas o sociales, lo que subraya su importancia como una característica central del trastorno del espectro autista. Más importante aún, estos déficits motores pueden poner en peligro otros síntomas centrales debido a una limitada interacción con el mundo físico y social durante períodos de desarrollo importantes, como la primera infancia y la pubertad (Fournier et al., 2010). Es especialmente durante estos períodos críticos que el retraso en el desarrollo motor aumenta en comparación con los niños sin TEA (Staples & Reid, 2010). Una de las limitaciones del meta-análisis, cabe recalcar, es que la proveniencia de las muestras de los estudios seleccionados, ya que muchas de estas pueden ser compartidas, y la generalización de resultados puede ser delicada (Fournier et al., 2010).

### *Experiencia Sensorial.*

Los individuos diagnosticados con trastorno del espectro autista han mostrado una mayor prevalencia de respuestas atípicas a una serie de estímulos sensoriales (Robertson y Simmons, 2013). El término sensibilidad sensorial se refiere a la amplitud de las respuestas ante los estímulos auditivos, táctiles, visuales, así como el sentido del gusto y el olfato. Estas respuestas a los estímulos suelen describirse en términos de híper e hipo-sensibilidad (Robertson y Simmons, 2013). Híper-sensibilidad se refiere a una sobrecarga de estímulos, por ejemplo, la percepción de ruidos como extremadamente altos, o la luz como excepcionalmente brillante. En comparación, hipo-sensibilidad describe el fenómeno de las respuestas ausentes o anormalmente débiles a los estímulos sensoriales, como la falta de conciencia de los cambios extremos de temperatura

(Robertson & Simmons, 2013). De esta manera, Tomcheck y Dunn (2007) concluyen en su estudio que examina 281 niños (edad: 3-6 años) en comparación con 281 niños de normal desarrollo, que existe un déficit en la sensibilidad sensorial en el 95% de la muestra. Las diferencias más significativas entre los niños diagnosticados con trastorno del espectro autista y sin este diagnóstico fueron encontradas en áreas de búsqueda de sensaciones, filtrado auditivo y sensibilidad táctil (Tomcheck & Dunn, 2007). Estos resultados coinciden con los hallazgos de Wiggins, Robins, Bakeman y Adamson (2009), que también añaden sensibilidad olfativa y gustativa a la lista antes mencionada. Dichos resultados fueron obtenidos mediante la administración del *Short Sensory Profile*, el mismo que se encarga de evaluar el procesamiento sensorial en una escala de severidad. No obstante, es importante mencionar que el estudio presentó limitaciones referentes a región de la obtención de la muestra, la misma que fue limitada a solo una región; así como la falta de observación directa por los investigadores (Tomcheck & Dunn, 2007).

Otros factores han formado parte de la determinación de sensibilidad ante estímulos, como la evitación del contacto visual y el uso ineficiente de la mirada fija, así como la percepción de entradas táctiles como una sensación intensa y abrumadora que puede llevar a confusión (Tomcheck & Dunn, 2007).

Adicionalmente, la influencia mutua de los patrones repetitivos y restringidos y la sensibilidad sensorial, se puede encontrar para la selectividad alimenticia en niños con trastorno del espectro autista (Cermak, Curtin y Bandini, 2010). Los padres de los niños con TEA han descrito a sus hijos como comensales altamente selectivos con un repertorio de sólo cinco comidas. Otros patrones alimenticios observados son negativas frecuentes hacia alimentos, la ingesta excesiva, y/o la ingesta selectiva de tipos específicos de comidas tales como

carbohidratos (Cermak et al., 2010). Así, en un estudio por Bandini, Anderson, Curtin, Cermak, Evans, Scampini, Maslin y Must (2010) se investigó la selectividad de la comida en una muestra de niños con TEA (N=53; edad $\bar{x}$ = 6.6 años), en comparación con un grupo control de normal desarrollo (N=58; edad $\bar{x}$ = 6.7 años). Para esto, se administró un cuestionario dirigido a los padres de la muestra, para evaluar rechazo hacia alimentos y comidas de alta frecuencia (ingeridas 4 o más veces al día) en los niños. Adicionalmente, se pidió a los padres llevar un diario de comidas por tres días para evaluar repertorio restringido de alimentos. Los resultados del estudio indican que los sujetos con TEA mostraron más rechazo ante comida ( $\bar{x}$ =47.1%) que su contraparte de normal desarrollo ( $\bar{x}$ =18.9%), así como para el repertorio limitado de alimentos consumidos por día (TEA $\bar{x}$ =19; ND=22.5). Por otro lado, a pesar de que no se encontró una diferencia significativa para el consumo de alimentos de alta frecuencia entre ambas condiciones, 4 niños de 53 mostraron dicha conducta alimenticia a diferencia de 1 de 58 de normal desarrollo. Cabe mencionar que este último resultado pudo deberse a una limitación en la metodología de operacionalización de la variable, la cual definió al consumo de alta frecuencia como ingesta de un alimento específico por más de 4 veces al día, descartando alimentos consumidos 3 veces (Bandini et al., 2010). Este tema requiere mucha atención, ya que puede conducir a una nutrición inadecuada (Cermak et al., 2010).

### *Comorbilidad.*

La comorbilidad con TEA es un área de estudio que se encuentra actualmente en desarrollo, más aún con los cambios realizados dentro del DSM V que permiten el diagnóstico co-ocurrente de otras psicopatologías en personas dentro del espectro, lo cual no era permitido ampliamente en el DSM IV-TR (APA, 2013; Matson & Goldi, 2013). Anteriormente, la evaluación de comorbilidad en esta población era difícil debido a la falta de instrumentos

diseñados específicamente para este objetivo, sumado al amplio rango de coeficiente intelectual y habilidades lingüísticas que se da en el trastorno, y que hace que las evaluaciones personales tomen formas muy heterogéneas (Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas & Baird, 2008). No obstante, a lo largo de los años se han llevado a cabo varios estudios que han permitido conocer la alta incidencia actual de desórdenes comórbidos con TEA, así como las psicopatologías más comunes que pueden co-ocurrir con esta población. Dentro de las más identificadas se encuentran la discapacidad intelectual, el desorden por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del estado de ánimo, y los trastornos de ansiedad (APA, 2013; Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Tsai, 2014; Matson & Cervantes, 2014; Simonoff et al., 2008; Matson & Goldi, 2013; Grofer et al, 2003; Attwood, 2007).

La discapacidad intelectual se asocia generalmente con déficits en dominios cognitivos, sociales y funcionales, sin embargo pueden evidenciarse también problemas con la comunicación, con autolesiones, agresión en general, y estereotipias. Se estima que alrededor de 50-70% de personas con TEA presentan un cuadro conjunto de discapacidad intelectual, lo cual se ha estudiado como una de las causas notorias del agravamiento de síntomas presentes en el espectro, así como una correlación positiva entre la presencia de discapacidad intelectual con TEA y una mayor incidencia de comorbilidad con otros desórdenes en la adultez (Goldi, Matson & Cervantes, 2014; Matson & Nebel-Schwalm, 2007). En cuanto al desorden por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se puede acotar que es el segundo desorden más comórbido con los trastornos del espectro autista en poblaciones jóvenes. Así, en un estudio por Simonoff y colaboradores (2008) se trató de determinar la comorbilidad en población con TEA mediante una muestra de 112 sujetos con dicho diagnóstico, en un rango de edad entre los 10 y 14 años. Los resultados arrojaron en primer lugar, que un 70% de la muestra total presentó un cuadro

comórbido, y 41% presentó dos o más. En segundo lugar se identificó al TDAH como el segundo desorden más comórbido (28.2%) después de la ansiedad (29.2%); y en tercer lugar, se observó que del porcentaje de individuos con TEA y TDAH, el 84% presentó otro trastorno comórbido adicional (Simonoff et al., 2008), concluyendo que la probabilidad de comorbilidad es extremadamente elevada en esta población. La literatura hace mención de la importancia del estudio de esta comorbilidad debido al impacto sobre las personas que lo padecen conjuntamente con TEA. De esta manera, se ha observado un mayor déficit en el comportamiento adaptativo, las habilidades sociales y la calidad de vida en sujetos con ambos diagnósticos, en comparación a sujetos con solo uno de los trastornos. También, se muestran más proclives a presentar problemas en la escuela, así como niveles más intensos de rabietas y comportamiento repetitivo. Por último, apoyando la información previamente presentada, las persona con TEA y TDAH son más propensas a mostrar síntomas comórbidos de otros trastornos de manera más frecuente e intensa, que aquellos con solo un diagnóstico (Mannion & Leader, 2014).

La literatura también habla acerca de la frecuente comorbilidad con depresión, con un rango de prevalencia aproximado de 2 a 30% de la población con TEA, siendo este mucho mayor que el porcentaje en la población general (Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Strang, Kenworthy, Daniolos, Case, Wills, Martin & Dallas, 2012; Mazzone, Postorino, De Peppo, Fatta, Lucarelli, Reale, Giovagnoli & Vicari, 2013). De esta forma, aquellas personas que presentan mejores habilidades cognitivas se encuentran en el extremo superior del rango, pudiendo manifestar síntomas de la misma manera que personas con normal desarrollo (Matson & Nebel-Schwalm, 2007). Así, en un estudio llevado a cabo por Mazzone y colaboradores (2013) se investigó 30 sujetos con TEA, 30 con depresión mayor, y 35 de típico desarrollo en un rango de edad entre 7 y 17 años para determinar la presencia de trastornos de estado de ánimo comórbidos



dentro del espectro. Los resultados concluyeron que las personas con TEA presentan más sintomatología depresiva que los de normal desarrollo (de 8.4% a 26.3% de la muestra), pero ligeramente menos que las personas con diagnóstico primario de depresión mayor. Adicionalmente, se evidenció una correlación negativa con los síntomas y la funcionalidad de las personas con TEA, es decir que mientras más síntomas depresivos, peor funcionalidad global presentaban las personas (Mazzone et al., 2013). En otro estudio por Strang y colaboradores (2012) se examinó sintomatología depresiva y ansiosa en niños y adolescentes de 6 a 18 años (n=95). Para esto se usaron instrumentos que median síntomas emocionales, habilidades verbales y no verbales, y síntomas del espectro. Los resultados mostraron que el 44% de la muestra presentó síntomas depresivos dentro del rango clínico o limítrofe, así como 56% para ansiedad, lo cual apoya la literatura en cuanto a la comorbilidad de depresión en TEA (Strang et al., 2012). Mediante estudios como estos, se puede observar que la co-ocurrencia de la depresión con TEA puede traer consigo consecuencias considerables en la vida de los individuos, tales como detrimento en la prognosis futura, más vulnerabilidad ante el suicidio, aislamiento y agresión; complicaciones en el progreso de las diferentes intervenciones, y un efecto negativo en las familias de estos individuos (Matson & Nebel-Scwalm, 2007; Strang et al., 2012; Matson & Williams, 2014).

## **Tema 2. Ansiedad y trastorno del espectro autista.**

La ansiedad representa uno de los trastornos más comórbidos dentro de la población de niños y adolescentes con trastorno del espectro autista. Su prevalencia ha sido estudiada en varias investigaciones, llegando a la conclusión de un rango entre el 11-84% para la experimentación de algún grado de ansiedad en estas personas (Moree & Davis, 2010; White, Oswald, Ollendick & Scahill, 2009). Más aún, la presencia de este cuadro comórbido tiende a ser

superior en individuos con TEA que en la población de normal desarrollo, o con otros diagnósticos primarios tales como TDAH o desórdenes de conducta (Williams, Leader, Mannion & Chen, 2015; Scarpa et al., 2013). Asimismo, la edad y el IQ juegan un papel importante en la presencia de esta comorbilidad, existiendo una elevada prevalencia en personas con niveles altos de funcionamiento (TEA sin discapacidad intelectual), pero sintomatología ansiosa más leve en personas en la niñez temprana (e intensificándose conforme aumenta la edad) (White et al., 2009; Scarpa, 2013). Así, en un estudio por Bellini y colaboradores (citado en White, 2009) se examinaron los reportes de padres y auto reportes de 41 sujetos con TEA, en comparación con un grupo control de normal desarrollo. Los resultados del estudio arrojaron que las personas con TEA presentaron sintomatología ansiosa mucho más marcada que las personas de normal desarrollo, especialmente en dominios de ansiedad social, síntomas físicos, separación/pánico, y ansiedad general. En otro estudio por Farrugia y Hudson (2006) se investigó de igual manera la sintomatología ansiosa en un grupo de 29 personas con TEA, en comparación de un grupo control de 30 sujetos, y otro grupo de 34 personas con un único diagnóstico de trastorno de ansiedad (12-16 años). Se examinó también la relación de la ansiedad con pensamientos negativos, adaptabilidad, y problemas conductuales; todo esto, mediante auto reportes y reportes a padres. Los resultados concluyeron que las personas con TEA mostraron una mayor sintomatología ansiosa ( $x=34.38$ ) que aquellas de normal desarrollo ( $x=13.70$ ), pero casi a la par con los sujetos con trastorno de ansiedad ( $x=30.26$ ). Adicionalmente, se pudo ver que las personas del grupo con TEA mostraron cifras más elevadas para conductas problemáticas ( $x=18.45$ ), pensamientos automáticos negativos ( $x=47.03$ ) y adaptabilidad ( $x=53.07$ ) en comparación con el grupo ansioso ( $x=13.03$ ;  $x=27.88$ ;  $x=24.27$ ) y control ( $x=8.93$ ;  $x=18.67$ ;  $x=17.90$ ) (Farrugia y Hudson, 2006).

Por algún tiempo, se ha especulado acerca de las razones de alta prevalencia de esta comorbilidad en las personas del espectro autista, más hasta la fecha estas siguen sin ser completamente entendidas. A pesar de esto, se han propuesto algunas causas que explican esta co-ocurrencia frecuente de diagnósticos clínicos. Por ejemplo, una de las razones más mencionadas es la falta de precisión en cuanto al diagnóstico diferencial de esta población o el solapamiento fenotípico entre TEA y ansiedad (Williams et al., 2015; Scarpa et al., 2013; Gronhuis & Aman, 2012). Esto quiere decir que es particularmente complicado distinguir entre criterios tales como la evitación social en TEA y el malestar ansioso en fobia social; o en el caso de patrones de comportamiento repetitivo y seguimiento inflexible de rituales en TEA y síntomas de trastorno obsesivo compulsivo (Scarpa et al., 2013; Williams et al., 2015; White et al., 2009). No obstante, estudios recientes apoyan la posición de la ansiedad como trastorno comórbido debido a que sus síntomas muestran ser cuantitativa y cualitativamente diferentes a aquellos manifestados en el típico funcionamiento de personas con TEA; y también debido a que la población con ambos desórdenes tiende a responder de manera similar que sus contrapartes de normal desarrollo en cuanto a tratamientos cognitivos conductuales para ansiedad (Scarpa et al., 2013). Otra razón que se ha planteado para la presencia de ansiedad en TEA es la consideración de que el formar parte del espectro genera malestar intenso en la vida de las personas. Esto se refiere a la calidad de vida “impredecible, estresante, y abrumadora debido a la presión de conformarse con las actividades diarias tales como la escuela y las interacciones sociales, la dificultad para entender los estados mentales de otros, y la sensibilidad a estímulos sensoriales del ambiente” (Scarpa et al., 2013, p. 74). Adicionalmente, las personas con el diagnóstico primario de TEA muestran tasas elevadas de cortisol lo cual puede incrementar los niveles de estrés manifestado a través de la ansiedad.

El estudio de la comorbilidad con este desorden es de gran importancia debido a que puede ocasionar la intensificación de los síntomas centrales del TEA, dificultar el progreso de las intervenciones y generar una peor funcionalidad y prognosis a largo plazo, y por último puede impactar otros dominios como el desempeño académico o el comportamiento. Por tanto, un tratamiento efectivo puede ser determinante en el funcionamiento general de estas personas, lo cual se explora en las siguientes secciones (Williams et al., 2015; Scarpa et al., 2013).

### **Tema 3. Terapia Cognitiva Conductual.**

La terapia cognitiva conductual tiene sus bases históricas en dos enfoques ápicos dentro del área de la psicología: la terapia conductual, desarrollada a principios del siglo XX y la terapia cognitiva, emergente en la década de los 60 (Scarpa et al., 2013; Westbrook, Kennerly & Kirk, 2011; Dobson & Dozois, 2010). Ambas terapias nacieron como propuestas alternativas a los constructos psicodinámicos predominantes de la época, debido a la falta de evidencia empírica, así como de sustento observable y medible, que avalara tanto su efectividad como su teoría (Westbrook et al., 2011; Scarpa et al., 2013). Los psicólogos conductuales se enfocaron principalmente en las asociaciones entre estímulos y respuestas (basados en la teoría del aprendizaje), dejando de lado la atención hacia procesos inconscientes y apuntando siempre hacia el cambio observable del comportamiento (es decir nuevas respuestas ante la exposición de estímulos) (Scarpa et al., 2013; Westbrook et al., 2011; Dobson & Dozois, 2010). A pesar del éxito temprano de esta terapia, su enfoque reduccionista despertó cuestionamientos acerca del entendimiento holístico del comportamiento, reconociendo años más tarde el papel de las variables cognitivas (pensamientos, creencias, interpretaciones) como indispensables para el estudio de la conducta humana, y dando paso al posterior desarrollo de la terapia cognitiva (Westbrook et al., 2011; Scarpa et al., 2013). Esta última, desarrollada por el Dr. Aaron T. Beck

en la Universidad de Pennsylvania, propuso que los pensamientos distorsionados, así como las evaluaciones cognitivas poco realistas llevan a un estrés emocional e influyen la conducta de los individuos (Beck, 1995; Dobson & Dozois, 2010; Scarpa et al., 2013; Westbrook et al., 2011; Rachman, 2014). Ya en los años 70, con la llamada revolución cognitiva, las ideas de Beck y otros exponentes (Ej. Ellis, Meichenbaum, Lazarus) empezaron a posicionarse fuertemente en el mundo de la psicología, a través del crecimiento de la investigación que sustentaba su efectividad como tratamiento terapéutico (Beck, 1995; Beck Institute, 2015; Westbrook et al., 2011; Dobson & Dozois, 2010).

De esta manera, la terapia cognitiva conductual (CBT por sus siglas en inglés) se presenta como una de las formas de psicoterapia más influyente y ampliamente utilizada de los últimos tiempos (Cox & O'Doyle, 2011; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Hoffmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang; 2012), caracterizada por su breve duración, enfoque en el presente, carácter colaborativo y estructurado, así como por su orientación hacia metas, promoción de autoeficacia y la modificación cognitiva - conductual (Association for Behavioral and Cognitive Therapies [ABCT], 2015; Beck, 2011; Cox & O'Doyle, 2011). Sin embargo, es su fuerte respaldo empírico en cuanto a su efectividad a través de un amplio espectro de trastornos mentales (gracias a su continua adaptación), características demográficas (edad, estatus socio económico, nivel de educación) y escenarios (terapia individual, de pareja, familiar, o de grupos), lo que le otorga su renombre (Beck, 1995, Cox & O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006). Así, en una revisión de 106 meta análisis llevado a cabo por Hoffmann y colaboradores (2012) en la que se estudió la eficacia de la CBT con varios trastornos mentales, poblaciones de niños y adultos mayores, y en comparación con otras intervenciones; se concluyó que esta forma de psicoterapia tiene un mayor efecto positivo en desórdenes tales como ansiedad, bulimia,

trastornos somatoformes, problemas de control de ira, y estrés general (Hoffmann et al., 2012). Además, se encontró que existe gran evidencia para su efectividad en el tratamiento de niños con desórdenes de internalización, especialmente con síntomas del estado de ánimo y de ansiedad, llegando a superar los efectos de otras intervenciones, inclusive la psicofarmacológica (Hoffmann et al., 2012). Adicionalmente, el estudio mostró que la CBT es moderadamente eficaz con la población de adultos mayores, en especial con síntomas depresivos, en comparación con grupos control de lista de espera y placebo (al ser comparados con intervenciones farmacológicas) (Hoffman et al., 2012). No obstante, a pesar de esta vasta evidencia, dicho estudio presentó limitaciones en cuanto a la cantidad de ensayos de control aleatorio, así como de estudios con poblaciones minoritarias étnicas (Hoffman et al., 2012).

### ***Principios, modelo y triada cognitiva.***

La terapia cognitiva conductual tiene tres principios fundamentales que explican la relación causal existente entre los procesos cognitivos, el comportamiento y la afectividad humana, lo cual constituye la base fundamental del modelo cognitivo (Scarpa et al., 2013; Dobson & Dozois, 2010; Dobson & Dobson, 2009; Westbrook et al., 2011). El primero denominado *hipótesis de mediación*, habla justamente de cómo los pensamientos o las apreciaciones de estímulos o eventos externos ejercen gran influencia sobre las reacciones tanto conductuales como emocionales (Dobson & Dozois, 2010; Dobson & Dobson, 2009). El segundo principio o *hipótesis de acceso* alude a la condición consciente del contenido y procesamiento de los pensamientos, y por ende la posibilidad de monitoreo y evaluación; lo cual, según la CBT puede ser alcanzado a través de entrenamiento y atención adecuada (Dobson & Dozois, 2010; Dobson & Dobson, 2009). Y por último, se encuentra *la hipótesis de cambio*, la misma que describe la capacidad de las respuestas comportamentales y afectivas de ser alteradas

mediante el cambio cognitivo. En conjunto, estos principios dan a entender que una vez que se accede al proceso cognitivo, y se comprende el efecto de los mismos sobre la conducta y las emociones, su modificación puede ejercer un impacto trascendental en el tipo de respuestas ante estímulos, y por ende proveer herramientas para el bienestar humano (Kumar, Sharma, Kandavel & Reddy, 2012). Así, Kumar y colaboradores (2012) llevaron a cabo un estudio para determinar la influencia de las evaluaciones cognitivas en la calidad de vida (QOL) de personas con trastorno obsesivo compulsivo (n=31) en comparación con un grupo control (n=30) en un rango de 18 a 55 años. Para esto, los participantes completaron cuestionarios tales como *The Interpretations of Intrusions Inventory-31* y *The World Health Organization Quality of Life-Brief*, y sus resultados mostraron que las evaluaciones cognitivas acerca de los pensamientos intrusivos fueron significativamente más negativas en los pacientes con TOC que en el grupo control, y que paralelamente a esto se correlacionaban negativamente con el dominio psicológico de su calidad de vida, proporcionando puntajes generales de QOL más bajos que en la condición de control (X=179,48 y X=278,53 respectivamente) (Kumar et al., 2012). Dichos resultados apoyan la hipótesis de que las apreciaciones cognitivas ejercen influencia sobre la calidad de vida, y por ende el trabajo clínico sobre su modificación, basándose en los principios de la CBT previamente mencionados es de suma importancia. Cabe mencionar adicionalmente que esta investigación presentó limitaciones en cuanto al tamaño reducido de la muestra y la predominancia masculina de sus participantes (Kumar et al., 2012).

En este contexto, el modelo cognitivo de Beck propone que el procesamiento cognitivo desadaptativo, dígame la evaluación disfuncional de los eventos/estímulos, más no los eventos persé, es la base de las perturbaciones psicológicas y su perpetuidad (Beck & Haight, 2014; Beck, 2011; Roth, Eng & Heimberg, 2002); lo cual puede ocurrir con respecto a el “sí mismo, el

mundo y el futuro”, dominios significativos mejores conocidos como la *triada cognitiva* (Wright, Basco & Thase, 2006, p.2). Así, este modelo aporta con pautas dirigidas hacia el monitoreo, (re) evaluación y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales de manera realista y adaptativa, con el propósito de generar cambios consecuentes en el área conductual y afectiva, y a la vez establecer patrones que promuevan salud y bienestar a través de una conceptualización y tratamiento cognitivo conductual adecuado (Beck & Haigh, 2014; Beck, 2011; Cox & O’Doyle, 2011).

### ***Creencias centrales.***

Según Beck y Haigh (2014) las creencias centrales son “representaciones de abstracciones del contenido esquemático primario” (p. 6), siendo estas uno de los niveles de creencias más fundamentales y fuertemente arraigados en los seres humanos con respecto a la triada cognitiva (Westbrook et al., 2011; Beck & Haigh, 2014; Beck, 1995). Desde la infancia temprana, las creencias centrales se desarrollan a partir de diferentes experiencias e interacciones con el mundo y terceros, actuando como mecanismos de organización y entendimiento de las mismas (Mainieri, 2012; Roth & Heimberg, 2002). Se caracterizan por su naturaleza global, rígida y sobre-generalizada, lo cual hace que lleguen a ser consideradas como verdades absolutas, sean estas positivas o negativas. Cuando se activan, las creencias centrales desempeñan un papel de filtro, a través del cual se tiende a prestar atención exclusivamente a la evidencia que apoye su perspectiva, descartando toda aquella que la refute, y por tanto contribuyendo al mantenimiento de la creencia (Marinieri, 2012; Wenzel, 2012; Beck, 1995).

Se conoce que el contenido esquemático negativo se clasifica en dos categorías generales: la primera relevante a la desesperanza o incompetencia (Ej. “no soy suficiente”); y la segunda



categoría referente a la desvalorización o incapacidad de ser amado (Ej. “Estoy destinado a estar ser rechazado”) (Cox & O’Doyle, 2011, Beck, 1995, p.169). Adicionalmente, Beck y Haigh (2014) describen 5 dimensiones relevantes a las creencias centrales. La primera es su accesibilidad, la cual puede activarse mediante la hipótesis de diátesis-estrés (ante la presencia de estrés psicológico), o mantener un carácter más permanente e intrusivo (Ej. Trastornos de personalidad) (Beck, 1995; Beck & Haigh, 2014; Monroe & Simons, 1991). La segunda dimensión es la convicción de su validez, la misma que puede variar y ser medida a través del comportamiento resultante de la activación de la creencia (Ej. evitación, agresión, conducta repetitiva). La tercera, es la condición de absolutismo, la cual se relaciona con el nivel de intensidad e intrusión que tenga una creencia, entendiendo que aquellas situadas en la parte extrema del continuo (mínimo-máximo) evolucionan con el empeoramiento de los trastornos psicopatológicos (Beck & Haigh, 2014). La cuarta dimensión, es una de las más representativas y se refiere a la “dirección de atribución” de las creencias centrales (Beck & Haigh, 2014, p. 7), es decir, el volcamiento de responsabilidad y/o intencionalidad sobre el sí mismo (Ej. “soy incompetente”; “los demás *me* harán daño”) (Beck, 1995, p. 166). Y por último, está la dimensión de parcialidad, que alude a que dichas creencias pueden variar de “adaptativas a desadaptativas, de subclínicas a clínicas, y de intensidad leve a severa” (Beck & Haigh, 2014, p. 7).

Así, la terapia cognitiva conductual se enfoca en la identificación, evaluación y posterior modificación conjunta (paciente-terapeuta) de las creencias centrales disfuncionales, incorporando a lo largo del proceso, la psicoeducación necesaria acerca de las generalidades de las creencias, así como de aquellas específicamente relevantes al caso en tratamiento, con el fin de poner bajo escrutinio la validez de las mismas y devolver al paciente una perspectiva objetiva

y realista de sí mismo. No obstante, cabe mencionar que siendo este el nivel de cognición más arraigado en los seres humanos, el proceso de su modificación es progresivo y pausado, y va de la mano de la respuesta ante el trabajo con las creencias intermedias y pensamientos automáticos (Wenzel, 2012; Beck, 1995; Roth et al., 2002).

### *Creencias intermedias.*

Las creencias centrales toman partida en el desarrollo del subsecuente nivel cognitivo, conocido como creencias intermedias, las mismas que se consideran como “reglas, actitudes o asunciones” que influyen la forma en que las personas perciben y responden ante diferentes situaciones y estímulos (Wenzel, 2012, p.18; Dozois & Beck, 2008; Beck, 1995; Curwen, Palmer & Ruddell, 2000). Al igual que las creencias centrales, éstas se desarrollan desde edades tempranas como una forma de organizar, comprender y adaptarse a las experiencias que involucran al self, otros, y el entorno (Beck, 1995). Ante creencias centrales desadaptativas, las personas tienden a crear reglas y actitudes con el propósito de afrontarlas. De esta manera, una persona con la creencia fundamental de “soy un fracaso” puede desarrollar las siguientes creencias intermedias:

- Actitud: fallar es terrible.
- Regla: *debo ser exitoso en todo lo que haga* (Beck & Dozois, 2008, p. 123).
- Asunción: si trabajo arduamente, me irá bien. Si no me va bien, habré fracasado (Beck, 1995, p.140).

Mediante este ejemplo, se puede observar que existen creencias intermedias tanto positivas como negativas. Positivas (Ej. si trabajo arduamente me irá bien) en tanto que

promueven una reacción encaminada a un resultado favorable, mientras que las negativas (Ej. si no me a bien, habré fracasado) realzan la información sesgada que perpetúa la creencia central, y la afectación del estado psicológico (Wenzel, 2012). A diferencia de las creencias fundamentales, la identificación y modificación de este nivel cognitivo es un poco menos complejo y más accesible (Beck, 1995).

### ***Pensamientos automáticos.***

El último nivel cognitivo corresponde a los denominados pensamientos automáticos, considerados como el “flujo de pensamientos” (Riso, 2006, p. 63; Beck, 1995, p. 75) más próximo a la consciencia, y por ende de más fácil acceso y modificación. Estos pensamientos, comunes a todos los seres humanos, son generados constantemente como respuesta ante estímulos externos e internos a manera de evaluaciones rápidas (positivas, negativas o neutras) que otorgan un significado a las experiencias, e influyen las reacciones consecuentes a los mismos (Westbrook et al., 2011; Riso, 2006; Beck, 1995; Wright, 2006). Pueden manifestarse de manera verbal (auto-diálogo) o visual (imágenes mentales), y aunque no necesariamente se esté consciente de estos pensamientos a cada momento, son aceptados como verdades absolutas por el alto impacto que tienen sobre el estado de ánimo de las personas. De esta manera, tienden a ser las emociones evocadas por los pensamientos automáticos las que generalmente saltan a la consciencia, más que los pensamientos persé; sin embargo, mediante un entrenamiento adecuado, la identificación de los mismos se vuelven paulatinamente parte del procesamiento cognitivo (Riso, 2006; Westbrook et al., 2011; Beck, 1995).

Los pensamientos automáticos como su nombre lo indica, se caracterizan por su naturaleza espontánea y breve, no obstante, se pueden tornar predecibles una vez que se

identifica el tema central de sus creencias fundamentales (Beck, 1995; Wright, 2006). Por ejemplo, una persona con trastorno depresivo genera pensamientos que giran en torno a la “desesperanza, baja autoestima y al fracaso” (Ej. “nunca voy a lograr ser bueno en nada”) (Wright, 2006, p. 8); mientras que una persona con trastorno de ansiedad manifiesta pensamientos relacionados con “peligro, perjuicio, falta de control o habilidad para manejar amenazas” (Ej. “de seguro haré el ridículo frente a todos”) (Wright, 2006, p. 6). Adicionalmente, se debe tener en cuenta que dichos pensamientos suelen ser revelados de forma abreviada o discreta, más pueden ser desarrollados mediante preguntas acerca de su significado (Ej. “oh, no” puede significar “el terapeuta me enviará mucha tarea”) (Beck, 1995, p. 76).

Como se mencionó anteriormente, los pensamientos pueden tener valencias positivas, negativas o neutras, sin embargo se los evalúa y clasifica generalmente a través de su validez y utilidad (Beck, 1995). Siguiendo estas pautas, Judith Beck menciona que se pueden distinguir tres tipos de pensamientos automáticos: el primero es en esencia distorsionado, debido a que no puede ser desmentido a pesar de la evidencia que lo refuta; el segundo tipo de pensamiento es correcto, pero la conclusión que se infiere a partir del mismo es distorsionada; y el tercero es correcto en contenido, pero pragmáticamente disfuncional (1995). A partir de esta propuesta, se concluye que uno de los objetivos principales de la CBT es el ayudar a los pacientes a reconocer, evaluar (determinar su validez y utilidad), y responder adaptativamente a los pensamientos automáticos en terapia para lograr un alivio de los síntomas presentes, lo cual en un futuro se traduciría en la modificación de niveles cognitivos más arraigados, resultando en una mejor funcionalidad general, así como en una menor probabilidad a recaídas (Beck, 1995; Riso, 2006; Wright, 2006).

### *Distorsiones cognitivas.*

El concepto de distorsión cognitiva fue desarrollado por A. T. Beck como uno de los tópicos centrales en la conceptualización cognitiva del trastorno depresivo, sin embargo fue posteriormente expandido, reconocido y tratado en otros trastornos mentales por su relevancia terapéutica (Felgoise, Nezu, Nezu & Reinecke, 2006; Wright, 2006; Curwen et al., 2000). Tales distorsiones son consideradas como procesamientos cognitivos o errores de pensamiento negativamente sesgados que no reflejan la realidad de una manera funcional ni objetiva, desembocando en un impacto perjudicial sobre los pensamientos, emociones y comportamientos de las personas, lo cual pone en juego su bienestar (Ozdel, Taymur, Guriz, Gockser, Kuru, Hakan, 2014; Freitas, Barros & Mendonça, 2012; Beck, 1995).

Beck menciona que los errores cognitivos emergen como resultado de las creencias fundamentales desarrolladas desde la infancia, a través de las cuales se filtran e interpretan las experiencias (Freitas et al., 2012). Adicionalmente, cabe mencionar que estas distorsiones son comunes para todas las personas, aunque pueden presentarse patrones singulares de errores mentales para ciertos desórdenes (Beck, 1995; Curwen et al., 2000). A continuación se mencionan las distorsiones cognitivas más frecuentes:

1. *Filtraje o abstracción selectiva*: se refiere al proceso de prestar atención focalizada a un aspecto negativo de una situación, enalteciendo la importancia del mismo y sin atender a detalles positivos que lo contradigan o a la situación de manera holística (Freitas et al., 2012; Benenti, 2014, Felgoise, 2006). Por ejemplo: “Esta baja calificación en el examen significa que estoy haciendo un terrible trabajo” (A pesar de

- tener al mismo tiempo buenas calificaciones en su reporte escolar) (Beck, 1995, p. 119).
2. *Pensamiento polarizado*: es la tendencia a evaluar las experiencias acerca del self, el mundo y terceros en categorías absolutistas en lugar de considerar un continuum (Curwen et al., 2000; Beck, 1995). Por ejemplo: “si no soy completamente exitoso, entonces soy un fracaso” (Beck, 1995, p. 119).
  3. *Sobre-generalización*: se refiere al proceso de sacar conclusiones basadas en experiencia limitada, las cuales se expanden hacia otras situaciones (Felgoise, 2006). Por ejemplo: “siempre tomo malas decisiones (Felgoise, 2006, p. 119).
  4. *Interpretación del pensamiento*: Creer que se conoce los pensamientos o intenciones de otros sin considerar opciones plausibles alternativas. Por ejemplo: “él piensa que no sé nada acerca de este proyecto” (Beck, 1995, p. 119).
  5. *Visión catastrófica*: Tendencia a predecir el futuro de manera negativa para sí mismo u otros, y creer firmemente en las consecuencias sin dar cabida a otras posibilidades (Cuwen et al., 2000; Beck, 1995). Ejemplo: “me irá mal en la presentación, decepcionaré a mi compañía y perderé mi empleo” (Cuwen et al., 2000, p. 13).
  6. *Personalización*: atribuir los resultados de experiencias negativas (generalmente comportamientos o actitudes de otros) exclusivamente al sí mismo, sin considerar otras variables que también pudieron jugar un rol. Ejemplo: “mi marido me dejó porque era una pésima esposa” (siendo el marido infiel) (Riso, 2006, p. 71).

7. *Falacia de control*: Se trata del grado de control que una persona considera tener sobre su vida o acontecimientos dentro de la misma. Este puede encontrarse dentro de dos categorías extremas: competente y responsable por todo lo que sucede en su vida, o impotente y sin ningún control sobre la misma (Londoño, Álvarez, López & Posada, 2005). Ejemplo: “yo soy responsable del sufrimiento de las personas que me rodean” (Benenti, 2014, p. 5).
8. *Falacia de justicia*: considerar como injusto todo cuanto no coincida con los deseos y necesidades de las personas (Londoño et al., 2005). Por ejemplo: “es injusto que me hayan suspendido” (Benenti, 2014, p. 5).
9. *Razonamiento emocional*: Es la tendencia a valorar las emociones como hechos o verdades, ignorando evidencia contraria (Benenti, 2014; Londoño et al., 2014; Beck, 1995). Ejemplo: “sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero aun así me siento como un fracaso” (Beck, 1995, p. 119).
10. *Falacia de cambio*: considerar necesario que los demás cambien su comportamiento o actitud primero para alcanzar un subsecuente bienestar propio (Londoño et al., 2005). Por ejemplo: “La relación de mi matrimonio solo mejorará si cambia mi mujer” (Benenti, 2014, p. 6)
11. *Etiquetas globales*: se refiere al proceso de definir a uno u otros bajo una etiqueta general, fija y simplista en base a aspectos aislados de su comportamiento, sin considerar evidencia que lleve a una conclusión menos extrema (Beck, 1995; Londoño et al., 2005). Ejemplo: “soy un perdedor” (Beck, 1995, p. 119).

12. *Culpabilidad*: consiste en atribuir la responsabilidad de las circunstancias a uno mismo, fallando en considerar otros factores que tomaron parte en el asunto (Beck, 1995; Londoño et al., 2005). Ejemplo: “todo es mi culpa” (Benenti, 2014, p. 6).
13. *Los deberías o imperativos*: Tener o imponerse ideas o reglas rígidas acerca de cómo uno mismo u otros deben proceder, teniendo en cuenta que el incumplimiento de tales reglas trae consigo estrés emocional (Beck, 1995; Londoño et al., 2005). Por ejemplo: “Debería haberme esforzado más” (Beck, 1995).
14. *Tener razón*: tendencia a probar constantemente que la posición de uno es la única correcta, ignorando los argumentos ajenos (Londoño et al., 2005). Ejemplo: “yo tengo la razón, ella está equivocada” (Benenti, 2014, p. 5).
15. *Falacia de recompensa divina*: ocurre cuando no se trata de buscar soluciones a los problemas bajo la premisa de que en el futuro se solucionarán mágicamente, o que recibirán una recompensa por lidiar con el problema actual (Londoño et al., 2005). Por ejemplo: “mañana tendré mi recompensa” (Benenti, 2014, p. 5).

### ***Intervenciones.***

La terapia cognitiva conductual recurre a la implementación de diversas técnicas, fundamentadas en teoría y evidencia empírica, enfocadas en ayudar a los pacientes a modificar sus pensamientos, comportamientos, estado afectivo y respuestas fisiológicas (Beck Institute, 2015; Friedman, Thase & Wright, 2008; Beck, 1995). Dichas técnicas deben estar sujetas a la conceptualización y metas específicas que haya desarrollado el terapeuta para cada sesión, y a la vez, estar precedidas por el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Es así, que el plan



de tratamiento cognitivo conductual, debe ser adaptado a las necesidades de los pacientes, sus trastornos, grupos etarios (niños, adultos, adolescentes) y escenarios posibles de terapia (terapia de pareja, de grupos, y familiar) (Beck Institute, 2015; Friedman et al., 2008; Beck, 1995). A continuación se mencionan algunas de las intervenciones más comúnmente utilizadas en la CBT:

- *Cuestionamiento socrático*: técnica que utiliza un lineamiento lógico de preguntas que pretenden transmitir razonamiento inductivo a los pacientes con el objetivo de que puedan identificar pensamientos o creencias, estudiar su validez, y posteriormente desafiarlos y modificarlos (Verduyn, Rogers & Wood, 2009; Beck, 1995; Friedman et al., 2008). Ejemplo: “¿qué pasó por tu mente en ese momento?, ¿cuál es la evidencia de que tu pensamiento es correcto?” (Friedman et al., 2008, p. 1926).
- *Imaginería*: es generalmente utilizada cuando la evocación de cogniciones significativas no es suficiente o no es alcanzada fácilmente a través de un proceso de cuestionamiento directo (Beck, 1995; Friedman et al., 2008). La imaginería nace de la premisa de que los procesos cognitivos son de naturaleza verbal y visual, y que la posible modificación de las imágenes que ocasionan estrés emocional pueden conllevar a un mejoramiento importante en las personas (Holmes, Arntz & Smucker, 2007). Así, el terapeuta ayuda al paciente a visualizar detalladamente una situación en particular como si estuviera ocurriendo en el presente, hasta alcanzar resolución de la crisis, o en caso contrario continuar a través de imaginería que: coloque al paciente en un período de tiempo futuro, que ayude a cambiar la imagen o a lidiar con la misma (Beck, 1995).

- *Juego de roles*: dicha técnica puede ser empleada para diversos objetivos dentro de los cuales, al igual que la intervención previamente descrita, se encuentra la evocación, evaluación, y modificación de cogniciones importantes (pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales). Adicionalmente, se puede implementar dicha técnica dentro del área de la práctica y enseñanza de habilidades sociales, todo mediante la representación de una situación en específico, entre el terapeuta y el paciente (Friedman et al., 2008; Beck, 1995).
  
- *Registro de pensamientos disfuncionales*: este es una de las intervenciones más útiles y frecuentemente usadas para responder de forma más adaptativa ante los pensamientos automáticos y finalmente llegar a su modificación, lo cual trae consigo una reducción del malestar presente en los pacientes (De Oliveira, 2012; Beck, 1995). Este registro generalmente contiene varias columnas utilizadas para registrar: una situación específica, los pensamientos automáticos que emergen de la misma y la intensidad de creencia, las emociones, distorsiones cognitivas, respuestas más funcionales o adaptativas ante la situación, y el resultado en cuanto a las emociones, pensamientos y comportamientos (De Oliveira, 2012; Beck, 1995). Otro de los objetivos fundamentales de esta técnica es enseñar al paciente a auto monitorearse y a prestar atención a sus patrones de procesamiento cognitivo (Friedman et al., 2008).
  
- *Análisis de ventajas y desventajas*: a través de esta intervención se trata de minimizar los aspectos positivos de mantener un pensamiento o una creencia, mientras que se enfatizan los aspectos negativos con el objetivo de alcanzar su modificación. También es importante la implementación de esta técnica para

determinar la utilidad de estudiar a detalle un pensamiento automático (Friedman et al., 2008; Beck, 1995; De Oliveira, 2012).

- *Técnica de la flecha hacia abajo*: intervención empleada para determinar creencias intermedias y centrales arraigadas, a través de una serie de preguntas sobre el significado personal de las cogniciones emergentes. Así, la respuesta a la pregunta “¿qué significa para ti ese pensamiento automático?” encamina al terapeuta hacia creencias intermedias; mientras que la respuesta a la pregunta “si el pensamiento es correcto, ¿qué dice éste de ti?”, generalmente evoca una creencia central (Fefergrad & Zaretsky, 2013; Friedman et al., 2008, p. 1929; Beck, 1995).
- *Continuum cognitivo*: es una técnica destinada a examinar detenidamente un pensamiento o creencia de naturaleza polarizada mediante la representación de cogniciones a lo largo de un continuum. En este se señalan diferentes niveles de la creencia (0-100%), se establecen ejemplos dentro de los mismos, y se designa un ranking para el concepto que presenta el paciente de sí mismo (De Oliveira, 2012; Beck, 1995).
- *Actuar como si*: esta intervención se basa en la premisa de que así como la cognición pueden generar un cambio en el comportamiento, el comportamiento recíprocamente puede impactar la forma de pensar de los sujetos. Por tanto, el actuar de forma consistente con un nuevo pensamiento o creencia (diferente al disfuncional) conlleva a que se merme la intensidad de los mismos (De Oliveira, 2012; Beck, 1995).

- *Resolución de problemas*: se cuestiona a los pacientes acerca de problemas o dificultades que se le presentan o pueden presentar a lo largo de las sesiones, y se elabora una lista ante la cual se espera que progresivamente el paciente vaya tomando parte más activa en divisar y aplicar soluciones. Cabe recalcar que el desarrollo de habilidades de resolución de problemas puede ser un proceso complejo para algunas personas, para las que una participación terapéutica más prolongada e instrucción directa pueden ser de gran beneficio (Beck, 1995).
- *Toma de decisiones*: se puede facilitar el aprendizaje o desarrollo de toma de decisiones mediante procedimientos tales como el estudio de ventajas y desventajas de una situación en particular, o a través de una ficha de resolución de problemas en la cual se detalla: el problema, las creencias o pensamientos automáticos sobre el mismo, una respuesta más adaptativa, y una lista de posibles soluciones (McGovern, 2015; Beck, 1995).
- *Experimentos conductuales*: esta intervención generalmente es de carácter evaluativo, debido a que pone en prueba la validez de los pensamientos o creencias. Estos “ejercicios experienciales” (De Oliveira, 2012, p. 27) son determinados mediante un proceso colaborativo en el que se decide cuándo, dónde y cómo se van a poner en prueba dichas cogniciones, y a través del cual se trata de anticipar en sesión los posibles escenarios de respuesta ante el experimento (Friedman et al., 2008; De Oliveira, 2012; Beck, 1995).
- *Monitoreo de actividades y establecimiento de actividades*: el monitoreo de actividades tiene como función principal determinar el nivel y naturaleza de

actividad realizada por el paciente (Ej. de logro o placer), el estado anímico relacionado a la misma, y a su vez, concientizar al paciente sobre la relación estrecha entre estas dos (Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch & Rusch, 2010; De Oliveira, 2012; Friedman et al., 2008). Adicionalmente, el monitoreo de actividades actúa como una forma de evaluación del progreso del paciente dentro y fuera de terapia, en todos los componentes del modelo cognitivo (Kanter et al., 2010; Friedman et al., 200; De Oliveira, 2012; Beck, 1995). También, esta intervención puede ser fusionada con el establecimiento de diferentes actividades semanales, dígame actividades que pongan a la persona en contacto con sus propios recursos y generen sentimientos de logro y/o placer, tareas pendientes, práctica de habilidades determinadas, etc. (Beck, 1995; Kanter et al., 2010). Para esto, el paciente usualmente lleva un diario en el cual se detallan los días, horas, y actividades realizadas en la semana, y las emociones emergentes de las mismas. Este procedimiento puede darse en sesión o a manera de tarea, y su revisión se la realiza colaborativamente dentro de terapia (Friedman et al., 2008; De Oliveira, 2012).

- *Relajación*: se refiere a técnicas tales como la *relajación muscular progresiva* o *control de la respiración*. La primera hace referencia al proceso de tensionar y relajar grupos musculares, el mismo que a través del auto-monitoreo y el incremento en la concientización corporal, conlleva a la relajación (McCallie, Blum & Hood, 2006). El segundo, se refiere al enseñar al paciente patrones de respiración más funcionales ante estímulos estresores, los cuales se caracterizan

por ser pausados y profundos. Dicha respiración generalmente presenta un resultado de relajación (Friedman et al., 2008).

- *Tarjetas de apoyo*: Son tarjetas que detallan información útil y adaptativa para afrontar situaciones problemáticas específicas, a las cuales se tiene fácil acceso. Esta técnica puede ser llevada a cabo de diferentes maneras: como respuestas ante pensamientos o creencias disfuncionales, como pasos a seguir en un experimento conductual, o herramientas a usar ante un problema (Beck, 1995).
- *Tareas*: las tareas son una parte esencial de la CBT, consideradas como una continuación de lo visto en sesión. Éstas permiten obtener información relevante sobre el progreso del paciente, pero sobre todo, facilitan la profundización, práctica, y aplicación de las habilidades o herramientas trabajadas en terapia, en situaciones cotidianas (Kazantzis & Daniel, 2008). Es importante recalcar que dichas tareas deben ser diseñadas para adaptarse a las necesidades de cada paciente, siguiendo el principio colaborativo de la CBT, explicando a los pacientes su razón de ser y anticipándose en sesión ante posibles obstáculos para su cumplimiento (Beck, 1995).

#### **Tema 4. Aplicación de la terapia cognitiva conductual.**

##### ***CBT para tratamiento en niños/jóvenes de normal desarrollo.***

La terapia cognitiva conductual ha sido considerada, desde hace ya varios años, como un tratamiento empíricamente sustentado para niños y jóvenes de normal desarrollo con problemas de ansiedad (Scarpa et al., 2013; Moree & Davis, 2010; Albano & Kendall, 2002; Barret, Duffy,

Rapee & Dadds, 2001; Kendall, 1994). Dicha designación ha sido concedida debido al cumplimiento de estándares tales como: la aplicación de ensayos de control aleatorio mediante comparaciones con grupos control, y obtención de resultados clínicamente significativos; aplicación en poblaciones con condiciones específicas y criterios de inclusión válidos; procedimientos de evaluación confiables, manejo de información clínica adecuada, y replicación efectiva (Albano & Kendall, 2002; Calfant, Rapee & Carroll, 2007). No obstante, la implementación de la CBT en la población infantil ha sido motivo de debate por mucho tiempo, debido a la argumentación acerca de su inmadurez cognitiva para la participación dentro de terapia, y el nivel de efectividad a partir de la misma (Scarpa et al., 2013). Sin embargo, varios autores mencionan que mediante la consideración adecuada del nivel de desarrollo de los niños, se pueden diseñar modificaciones pertinentes en la intervención que se adapten a ellos y generen beneficios significativos (Albano & Kendall, 2002; Southam-Gerow & Kendall, 2000; Scarpa et al., 2013). Por ejemplo, se debe tener en cuenta habilidades, intereses y limitaciones, así como el tipo de reforzadores y proceso de aprendizaje de la población infantil (que difieren de la adulta) (Moree & Davis, 2010).

Al trabajar con problemas de ansiedad presentes en niños y jóvenes, el objetivo es la creación de una nueva “plantilla de afrontamiento”, es decir estructuras cognitivas más adaptativas y funcionales, a través de las cuales puedan filtrar, organizar y comprender información interna o externa (Kendall, 1993, p. 236; Moree & Davis, 2010). Para alcanzar esto, la CBT resalta 5 componentes esenciales en terapia que han mostrado ser efectivos para el tratamiento de la ansiedad en esta población (Albano & Kendall, 2002; Moree & Davis, 2010):

1. *Evaluación*: inicia mediante la recolección de información necesaria a través de varias fuentes relacionadas al paciente, seguido del desarrollo de la conceptualización, plan de intervención y establecimiento de la alianza terapéutica.
2. *Psicoeducación*: se refiere a un proceso de aprendizaje facilitado por el terapeuta, mediante la provisión de información relevante a la ansiedad y su presentación, “control del comportamiento, habilidades cognitivas, desarrollo emocional” y formas adaptativas de comunicación (Kendall, 1993, p. 236). Los temas vistos en este componente son la base de la práctica de habilidades y estrategias en etapas avanzadas de terapia.
3. *Reestructuración cognitiva*: identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, así como de autoevaluaciones y habla interna negativa.
4. *Exposición*: es el poner en práctica las habilidades y estrategias aprendidas a lo largo de la terapia en una situación controlada, real o imaginaria, lo cual se espera que desafíe las cogniciones disfuncionales o catastróficas presentes en el paciente, al mismo tiempo que se confronta la conducta de evitación y empiezan a modular las respuestas fisiológicas.
5. *Prevención de recaídas*: estudio dentro de sesión de posibles obstáculos a futuro, y el desarrollo de un plan de contingencia ante los mismos.

Así, dichos componentes fueron puestos bajo escrutinio desde el primer estudio de control aleatorio, publicado en 1994, sobre la efectividad de la CBT como tratamiento para trastornos de ansiedad en población joven (Kendall). Este estudio se llevó a cabo con una



muestra de 47 participantes, en un rango de edad de 9-13 años, la cual fue asignada aleatoriamente a la condición activa o a lista de espera. Aquellos en tratamiento con CBT recibieron 16 sesiones individuales y semanales de 50-60 minutos, las cuales se enfocaron principalmente en identificación de estados emocionales ansiosos y respuestas fisiológicas; reconstrucción cognitiva; desarrollo de un plan de afrontamiento; auto-monitoreo y auto-reforzamiento positivo; así como en estrategias conductuales de modelamiento, juego de roles, relajamiento y exposición (Kendall, 1994). Los resultados mostraron que al finalizar el tratamiento, el 66% de la muestra ya no cumplía con los criterios necesarios para los trastornos de ansiedad antes presentados, según las varias fuentes de obtención de información (auto reportes, padres y profesores). Estos resultados positivos fueron mantenidos en el seguimiento a corto (1 año) y largo plazo (3.35 años), no solo en la ausencia de un diagnóstico, sino también en la falta de puntuaciones clínicas en las diferentes evaluaciones (Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996), mostrando así su efectividad para el tratamiento con esta población. No obstante, se debe tener en cuenta las limitaciones del estudio, como el tamaño reducido de la muestra, y la influencia de factores externos de los participantes sometidos a lista de espera para el mantenimiento de resultados al momento del seguimiento a largo plazo (Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996).

En otro estudio de control aleatorio llevado a cabo por Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder y Suveg (2008) se comparó la efectividad de la CBT de modalidad individual (ICBT) y familiar (FCBT), con un grupo control activo denominado *Educación, Apoyo y Atención Familiar* (FESA) como tratamiento para la ansiedad en población joven, mediante series de cuestionarios y entrevistas clínicas a padres e hijos, en tres períodos de tiempo distintos: pretratamiento, post-tratamiento, y seguimiento después de 1 año. Para esto, se obtuvo

una muestra de 161 participantes, con una edad media de 10.27 años, y diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada (N=88), trastorno de ansiedad por separación (N=47) o fobia social (N=63). En las tres condiciones, las intervenciones se constituyeron de 16 sesiones de 60 minutos cada una, en las que se trabajó con enfoque individual (ICBT) o en integración con ambos padres (FCBT y FESA). Tanto la CBT como FCBT consistieron de dos secciones, la primera relevante al proceso de psicoeducación, y la segunda acerca de la práctica de habilidades mediante tareas de exposición. Por otro lado, la intervención FESA consistió en educación y apoyo a la familia acerca del cuadro clínico de ansiedad, sin recibir instrucción sobre habilidades y estrategias para afrontarla, o módulo de exposición y práctica con sus hijos (Kendall et al., 2008). Los resultados al momento del post-tratamiento indicaron que ambas intervenciones, ICBT y FCBT fueron significativamente más efectivas que el grupo control activo FESA, lo cual fue evidenciado mediante el porcentaje de la muestra que no cumplió con criterios necesarios para el diagnóstico de ansiedad después del tratamiento (64%, 64% y 42% respectivamente). Adicionalmente, al momento de seguimiento, los resultados previamente mencionados se mantuvieron o mostraron cierta mejoría desde el período de post-tratamiento (ICBT=67%; FCBT=64%; FESA=46%), lo cual muestra una vez más que la CBT es una intervención apropiada para población joven y que los resultados positivos pueden ser mantenidos a largo plazo (siendo esto consistente con otros estudios) (Kendal et al., 2008). Cabe mencionar que la ICBT arrojó resultados ligeramente superiores a los de la FCBT, sin embargo, los autores afirman que no quiere decir que se deba dejar de lado la participación de padres dentro del tratamiento con niños, es más la consideran un pilar fundamental. Por último, es importante mencionar que a pesar de estos resultados, la investigación presentó algunas limitaciones, como por ejemplo: una generalización limitada únicamente hacia contextos clínicos debido al origen de

la muestra; conocimiento de las condiciones comparativas por parte de los terapeutas; la operacionalización de la FCBT para este estudio es uno de los varios formatos que existen para el involucramiento parental en sesión (Kendall et al., 2008).

Así, a través de estudios como estos, es que la CBT se ha posicionado como una intervención efectiva para el tratamiento de trastornos de ansiedad infantil en sujetos de normal desarrollo; lo cual ha despertado interés en la investigación acerca de la efectividad de dicho tratamiento sobre problemas de ansiedad en población con TEA (Donoghue et al., 2010; Sze & Wood, 2008; Sze & Wood, 2007; Chalfant et al., 2007).

### ***CBT para tratamiento de ansiedad en TEA.***

La aplicación de la CBT sobre trastornos del espectro autista es un tema muy debatido en el campo de la psicología clínica, no solamente por las condiciones mencionadas en el apartado anterior respecto a la población infantil, sino también, debido a las deficiencias presentes en el cuadro que podrían interferir con la implementación de esta intervención de forma tradicional (Sze & Wood, 2007). Por tanto, la literatura sugiere que la efectividad de dicho estilo de terapia depende de modificaciones ajustadas al perfil de aprendizaje y nivel de desarrollo de los niños con TEA (Scarpa et al., 2013; Sofronoff, Attwood & Hinton, 2005; Sze & Wood, 2008; Donoghue et al., 2011). En la investigación emergente sobre dicho tema, las modificaciones implementadas en la terapia cognitiva conductual toman diversas formas, sin embargo, autores como Scarpa y colaboradores (2013), Moree y Davis (2010) y Donoghue y colaboradores (2011) mencionan las tendencias predominantes y más comúnmente empleadas en el área clínica para trabajar con trastorno del espectro autista.

Una de las adaptaciones más relevantes al TEA es el hincapié en la educación afectiva. Esto se refiere a que frente la dificultad de lectura o reconocimiento e interpretación de emociones en sí mismos y terceros, es necesaria la implementación de protocolos en la intervención terapéutica que prioricen una psicoeducación emocional diferenciada. Dicha educación debe ser transmitida mediante un lenguaje simplificado y concreto, el cual ayude a fortalecer la comprensión sobre la conexión existente entre las respuestas fisiológicas, los comportamientos, y expresiones faciales referentes a una emoción. Otros temas a tratar con esta población son conceptos básicos sobre emociones, su importancia, formas de reconocimiento y la práctica acorde; al mismo tiempo que se trata de buscar alternativas más visuales y concretas que faciliten su comprensión. Por ejemplo, se puede pedir a los pacientes dibujar sus emociones, o pretender que son científicos explorando nuevos planetas de emociones (Scarpa et al., 2013; Attwood, 2007).

Otra de las modificaciones más comunes es la implementación significativa de ayudas visuales empleadas generalmente en contextos de psicoeducación (conceptos básicos de la CBT) y reestructuración cognitiva. Este medio visual tiene por objetivo el facilitar el proceso de aprendizaje de los clientes, dar paso al progreso dentro de sesión, desarrollar de empatía, identificar emociones y dar respuestas adecuadas ante situaciones sociales. Entre las alternativas más utilizadas se encuentran las historias sociales y narrativas, imágenes, dibujos, o caricaturas, hojas de trabajo, afirmaciones emocionales, videos, opciones múltiples, horarios visibles y caja de herramientas (estrategias de afrontamiento) (Scarpa et al., 2013; Moree & Davis, 2010). La siguiente modificación se refiere a la incorporación de intereses especiales o restringidos dentro de terapia. Esta consideración surge de la necesidad de incrementar el involucramiento, la atención, la motivación y la participación por parte de los pacientes, así como de mejorar la

alianza terapéutica. No obstante, se debe tener en cuenta un balance en la adición de dichos intereses, los mismos que no deben ser excesivos en uso, o caso contrario se podrían generar obsesiones problemáticas que interfieran con su acercamiento social. Por tanto, es recomendable que de manera progresiva se suprima la utilización de los mismos para favorecer la práctica de las habilidades sociales adquiridas a lo largo de sesión (Scarpa et al., 2013; Moree & Davis, 2010).

Una de las consideraciones más significativas al trabajar con TEA es el involucramiento parental, consistente en un proceso de psicoeducación y participación activa como *coaches* fuera de terapia. El objetivo principal de su involucramiento es la posibilidad de generalización del contenido de terapia a contextos fuera de la misma (hogar y escuela), mediante la promoción de la práctica de habilidades adquiridas en situaciones reales. Para lograr este objetivo el terapeuta generalmente discute después de cada sesión lo visto durante la misma, se contestan inquietudes, se habla sobre el progreso y la importancia del cumplimiento de las tareas. De esta manera, los padres entienden mejor la situación en la que se encuentran sus hijos, y comprenden la importancia de gradualmente permitir que ganen un sentido de independencia al practicar y dominar habilidades por su propia cuenta. Adicionalmente, este trabajo conjunto con padres tiene un papel protector, ya que funciona como prevención de posibles recaídas (Scarpa et al., 2013; Attwood, 2007; Moree & Davis, 2010; Sofronoff et al., 2005). Por otro lado Moree y Davis (2010) proponen una modificación denominada “jerarquías específicas del desorden” (p. 348), referente a casos en los que se trata un trastorno o características comórbidas al TEA. En dichas circunstancias, los autores plantean un enfoque que abarque el desorden de diagnóstico primario, a la vez que sus aspectos comórbidos. Esto facilita la reducción del cuadro clínico general, y por ende se da paso al incremento del funcionamiento global del paciente. Por ejemplo, al tratar la

ansiedad en un niño con TEA, es necesario abarcar su deficiencia en habilidades sociales (Moree & Davis, 2010).

En un estudio de control aleatorio realizado por Sofronoff y colaboradores (2005) se investigó la efectividad de la terapia cognitiva conductual como tratamiento de ansiedad en personas con TEA, así como la efectividad del involucramiento parental en terapia. Para esto se obtuvo una muestra de 71 niños, entre 10 y 12 años de edad, para ser partícipes de una intervención de 6 semanas de duración. En dicho estudio se compararon 3 grupos: CBT de manera individual (N=24), CBT con involucramiento de padres (N=27), y un tercer grupo de lista de espera (N=20). La metodología para recolección de información se basó en reportes de padres con respecto a los síntomas de ansiedad presentes en los niños, documentados en tres períodos de tiempo diferentes: pre-intervención (T1), post-intervención (T2) y después de 6 semanas (T3). Los participantes recibieron sesiones semanales de 2 horas, las cuales se basaron principalmente en educación afectiva y estrategias de afrontamiento. Los resultados mostraron en primer lugar, que la CBT fue efectiva en la reducción de síntomas ansiosos con ambos grupos activos, según reportes de padres, superando en gran medida a los resultados del grupo en lista de espera. Sin embargo, se encontró que el grupo con involucramiento parental obtuvo resultados significativamente mejores en reducción global de síntomas ansiosos (T1=35.25; T2=32.25; T3=21.11) en comparación al grupo de CBT individual (T1=40.23; T2=36.17; T3=29.42). Adicionalmente, los padres reportaron resultados cualitativos positivos en ambos grupos, relacionados a una mayor participación social, mayor autoconfianza, y desencadenamiento paulatino de estrés, acompañado de una recuperación más rápida. Cabe mencionar, no obstante, que el presente estudio tuvo limitaciones relacionadas al tamaño reducido de la muestra, y la obtención de información a través de una sola fuente (Sofronoff et al., 2005).

Donoghue y colaboradores (2011) adicionalmente proponen adecuaciones a la intervención en cuanto a consideraciones empáticas, creatividad, autoeficacia y auto-descubrimiento y criterios para una terapia agradable. En lo referente a empatía, estos autores mencionan como relevante la interrupción firme (al encontrarse con una tangente) y las conversaciones claras sobre los posibles problemas de comunicación entre las dos partes. Esto se sugiere para evitar el reforzamiento de la comunicación unidireccional, y generar una mejor conexión con el paciente. En cuanto a la creatividad, se plantea la utilización de varios medios para la promoción de motivación y participación, como las ayudas visuales mencionadas anteriormente o medios alternativos de comunicación como mensajes de texto, emails, y notas escritas (como una opción a la comunicación verbal). Adicionalmente, para incrementar el involucramiento de los pacientes se sugiere incorporar videos, películas, libros, historias, o personajes ficticios que representen experiencias relevantes a su situación. Otra de las adecuaciones es la promoción de auto descubrimiento y autoeficacia, a través de la cual se trata de dirigir la atención hacia las fortalezas y cualidades de los niños y utilizarlas a su favor como estrategias de afrontamiento, para de esta forma permitirles desarrollar y dominar progresivamente habilidades propias. Por último, el terapeuta deberá tratar de que las sesiones sean agradables para los pacientes, mantener su motivación, interés y participación; adecuar el entorno a las necesidades sensitivas de los niños, incorporar sus intereses, mantener las sesiones y actividades cortas, así como utilizar objetivos y lenguaje claro, concreto, y simple (Donoghue et al., 2011).

Así, en un ensayo de control aleatorio llevado a cabo por Sung, Ooi, Goh, Pathy, Fung, Ang, Chua y Lam (2011), se estudió los efectos de la CBT como tratamiento de ansiedad en niños con TEA en comparación con un programa de recreación social (SR). Para esto se obtuvo

una muestra de 70 participantes, en un rango de edad de 9 a 16 años, la cual fue aleatoriamente asignada a una de las dos condiciones activas, CBT (N=36) o SR (N=34). La condición de terapia cognitiva conductual estuvo conformada sesiones semanales de 90 minutos (16 en total), dentro de las cuales se incorporaron modificaciones apropiadas para el perfil de desarrollo de la población mencionada como “estructura, estrategias visuales, role-plays, e historias sociales” (p.639). Dicha intervención se caracterizó por 3 secciones: reconocimiento y comprensión de emociones, estrategias de manejo de la ansiedad, y finalmente, estrategias de resolución de problemas (Sung et al., 2011). Por otro lado, el programa de recreación social consistió igualmente en 16 sesiones de 90 minutos semanales, en las que se promovió la práctica de habilidades de auto-desarrollo, habilidades motrices, de involucramiento, habilidades sociales. La SR difirió de la CBT en que los participantes no recibieron psicoeducación afectiva, estrategias de afrontamiento o resolución de problemas (Sung et al., 2011). Para la obtención de información, se administraron dos escalas (*Spence Child Anxiety Scale* y *Clinical Global Impression-Severity Scale*) para medir ansiedad en la muestra antes de la intervención (T1), posteriormente a la misma (T2), y después de 3 (T3) y 6 meses (T4). Así, el estudio encontró que ambas condiciones activas mostraron reducciones clínicamente significativas en cuanto a síntomas de ansiedad generalizada (CBT: T1=5.96, T4=3.21; SR: T1=5.83, T4=2.93) y síntomas globales de ansiedad (CBT: T1=29.66, T4=21.54; SR: T1=35.03, T4=21.17) al momento de seguimiento, es decir, 6 meses después. Así, los autores concluyen que una de las explicaciones para estos resultados, es la implementación de estrategias eficaces con población autista en el programa SR, como es la estructura y las ayudas visuales. Además, esta condición atendió déficits específicos del TEA como las habilidades sociales, lo cual pudo contribuir en la reducción de su ansiedad. Por último, Sung y colaboradores mencionan que ambas condiciones



fueron efectivas por ciertos elementos que mantuvieron en común: “sesiones regulares dentro de un escenario estructurado, terapeutas consistentes, exposición social, y el uso de estrategias para niños con TEA” (2011, p. 644).

De igual manera, en otro ensayo de control aleatorio se estudió la efectividad de un programa de CBT adaptado para ajustarse a las necesidades o déficits de niños con trastorno del espectro autista con síntomas comórbidos de ansiedad. Para esta investigación la muestra fue de 36 niños, en un rango de edad de 7 a 11 años, los mismos que fueron aleatoriamente asignados a 16 sesiones de CBT (N=14) o a una lista de espera de 3 meses (N=23). La condición activa consistió en un trabajo con los niños y sus familias de manera independiente (es decir que las sesiones semanales de 90 minutos, fueron divididas para trabajar 30 minutos con los niños y 60 minutos con las familias). En el módulo de trabajo con niños se incluyó principalmente entrenamiento afectivo, estrategias de afrontamiento y exposición gradual; sin embargo, se incorporaron modificaciones para trabajar sobre déficits en habilidades sociales, teoría de la mente, habilidades adaptativas, intereses restringidos, habilidades de auto-ayuda, atención y motivación. Por otro lado, el módulo con los padres consistió en un entrenamiento en promoción y asistencia de las exposiciones in vivo de sus hijos, y en formas de reforzamiento y comunicación positiva para facilitar a los niños el dominio de habilidades y ganancia gradual de independencia (Wood, Drahota, Sze, Har, Chiu & Langer, 2009). La obtención de información relevante a los síntomas de ansiedad fue obtenida mediante entrevistas semiestructuradas (ADIS-C/P), reportes de padres e hijos (MASC) antes de la intervención (T1) y post-tratamiento (T2). Los resultados mostraron que la intervención modificada de CBT fue efectiva para tratar TEA con trastornos comórbidos de ansiedad. Así, 63% de la condición de CBT, al momento de post tratamiento, no cumplió con criterios para trastornos de ansiedad; en comparación a 9.1% de la

muestra del grupo de lista de espera. Estos resultados fueron mantenidos en el seguimiento después de 3 meses (80% del grupo CBT). Por último, cabe mencionar las limitaciones presentes en este estudio. En primer lugar, el instrumento evaluativo MASC no es una herramienta que ha sido estudiada con población autista, y podría ser que no sea adecuada como medida de cambio; y en segundo lugar, el tamaño reducido de la muestra (Wood et al., 2009).

De esta manera, se puede ver que la aplicación de la terapia cognitiva conductual con niños diagnosticados con TEA y trastornos comórbidos ansiosos es factible y efectiva, siempre y cuando se tenga en consideración las adaptaciones necesarias para el perfil de desarrollo de esta población (Wood et al., 2009; Scarpa et al., 2013; Attwood, 2007; Sofronoff et al., 2005; Sze & Wood, 2008; Lang et al., 2010). En la Tabla 7 se tiene un resumen de las modificaciones más comúnmente aplicadas en la investigación actual.

Tabla 7

*Modificación de la CBT para su aplicación en TEA*

Perfiles del trastorno del espectro autista	Detalle breve	Medidas a tomar con población con TEA	Modificaciones generales
<b>Perfil de aprendizaje</b>			
ADHD y función ejecutiva	Períodos cortos de atención Dificultad para enfocar la atención de una tarea a otra Dificultad para la planificación y organización Hiperactividad e impulsividad Problemas con la memoria de trabajo Manejo de tiempo	Intervención estructurada horarios establecidos, constantes y visibles actividades de corta duración tareas desglosadas enfátizar información importante incorporar ayudas visuales implementar reglas claras repetición de instrucciones asistencia parental reducir distracciones en el entorno dar retroalimentación	Educación Afectiva  Incremento de ayudas visuales y concretas  Énfasis en aspectos conductuales
Mente monotemática	Inflexibilidad de pensamiento y resolución problemas Dificultad para pedir ayuda a otros ante un problema Dificultad para ver alternativas Dificultad para aprender de los errores	Dar opciones múltiples Estrategias de relajación-reducen ansiedad Rol Plays Ensayos conductuales Social Stories	Intereses especiales
Temor a cometer errores	Atención enfocada en errores Necesidad de estar en lo correcto-creencias intermedias Cooperación comprometida Rigidez cognitiva Posible evitación a actividades nuevas	Promover sugerencias sin críticas Transmitir que un error no es una deficiencia mental Modelamiento Reforzadores que aludan a su intelecto Instrucción de charlas internas positivas	Involucramiento parental
Consistencia y certeza	Insistencia en la previsibilidad y la consistencia cotidiana	Preparación cuidadosa ante cambios Actividades agendadas por sesión Suministrar información clara acerca de los objetivos Proveer tiempo de duración de actividades y de sesión	Jerarquías específicas
Intereses especiales y talentos	Intereses restringidos	Incorporación de intereses a la intervención Uso de talentos como estrategias de afrontamiento	
Alexitimia	Vocabulario reducido para describir niveles de experiencia emocional. Dificultades para reconocer gestos emocionales	Psicoeducación Cuantificar la intensidad de las emociones	
Comunicación	Descripción de pensamientos y emociones a terceros mediante conversación.	Optar por alternativas Escribir en lugar de hablar Uso de mensajes de texto/e-mails Dar ejemplos concretos	Consideraciones empáticas
<b>Perfil de lenguaje</b>			
	Dificultades principales en la pragmática Lenguaje estereotipado Uso deficiente del contexto Interpretación literal Dificultad con la prosodia Tendencia a ir por la tangente Repercusión sobre alianza terapéutica	Pedir retroalimentación para evaluar comprensión Ayudas visuales para asistir a instrucciones verbales Rol plays Ensayos conductuales Recordatorios sobre el trata a ser tratado Pistas visuales para cortar con la tangente Sesiones cortas Entrenamiento en habilidades de comunicación	Sesiones creativas  Fomento al auto descubrimiento y eficacia
<b>Perfil Social</b>			
	Déficits en las habilidades sociales: Comunicación social Reciprocidad Comunicación no verbal Desarrollo y mantenimiento de relaciones significativas	Enseñar habilidades de lectura de mente (pistas) Enseñar expresiones faciales para mostrar emociones La conexión es expresada de manera conductual Entrenamiento en habilidades sociales	Intervención entrenada
<b>Perfil sensorial</b>			
	Sensibilidad aguda ante estímulos externos	Acomodar el entorno de acuerdo a la tolerabilidad Velar por el comfort Preguntar Formas apropiadas de satisfacción sensorial	

**Nota.** Fuente: Scarpa, White & Attwood (2013). *CBT for Children and Adolescents with High-Functioning Autism Spectrum Disorders*. (p. 27-41). New York: NY.

## **Tema 5. Conceptualización del caso.**

Basado en la problemática del paciente expuesta en el capítulo anterior, así como en las formulaciones teóricas aquí presentadas, se puede dar paso a la conceptualización clínica dentro de los parámetros de la terapia cognitiva conductual.

### ***Creencias centrales.***

El desarrollo de las cogniciones subyacentes más significativas del auto-concepto y del entorno, fue tomando forma desde edades muy tempranas en la vida del paciente, mediante experiencias propias, interacciones con terceros, e información externa; las mismas que han actuado como filtro de funcionamiento vital para XX (Beck, 1995). Ya desde la infancia, el paciente fue expuesto a estímulos tales como una retroalimentación parental de extrema preocupación y sobreprotección por evidentes retrasos en hitos de su desarrollo, relevantes al lenguaje expresivo, coordinación motriz, y cuidado personal básico. Por tanto, el paciente recibió atención especial y asistencia constante hasta una edad avanzada (9-10 años aproximadamente), tiempo en el cual no tuvo necesidad de dominar dichas habilidades, más desarrolló la creencia central de “no soy suficientemente bueno”. Esta creencia se vio reforzada posteriormente, a través de la observación de la evolución normal del crecimiento de sus hermanas menores, así como por la realización de sus deficiencias en ámbitos personales (tareas básicas del diario vivir), sociales (bullying, interacción social), y académicos (completamiento de ciertas tareas individualmente, problemas en la escuela con profesores y compañeros). Adicionalmente a esto, debido a las constantes evaluaciones médicas y psicológicas a las cuales fue sometido XX, en adición al trato diferenciado recibido por parte de terceros, llevó a que el paciente desarrolle creencias centrales tales como “soy extraño” y “soy defectuoso”.

En relación a esto, XX siente seguridad al estar cerca de sus padres y al recibir su asistencia, lo cual demuestra una buena relación entre ambos subsistemas; sin embargo, la contraparte significa que al percibir su falta, esta seguridad disminuye, contribuyendo en la generación de una creencia central de vulnerabilidad (*soy vulnerable*). Esta creencia es consistente con los rasgos co-ocurrentes de ansiedad en XX, ya que muchos de sus síntomas se hacen evidentes ante cogniciones relevantes al bienestar de sus padres, ergo su bienestar y seguridad. Conjuntamente, la disposición de un entorno en el cual XX se ve protegido por sus figuras primarias en mayor proporción que otros individuos, brindándole resguardo ante cualquier contratiempo, da sustento al desarrollo de un concepto de “el mundo es peligroso”, ya que si se está fuera sin sus padres, algo podría sucederle. Ante esto, hay que considerar aspectos significativos al diagnóstico de TEA que corroboran esta creencia. Por ejemplo, el hecho de presentar deficiencias en el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales concluye en un despertar ansioso para XX, al encontrarse ante una situación en la que dicha habilidad se ve requerida (más no dominada), y aún más si es que las personas con las que se debe interactuar son desconocidas para el paciente. Es decir, además de la consideración del entorno como un lugar peligroso, XX generó una creencia de que otros “me van a hacer daño”, lo cual se ha reforzado mediante experiencias de bullying en el contexto académico.

### ***Creencias Intermedias***

El paciente a su vez, en un intento de organizar y comprender su entorno y sus experiencias, desarrolló actitudes, asunciones y reglas relevantes a las creencias centrales mencionadas anteriormente. Así, en referencia a la creencia de “no soy lo suficientemente bueno”, XX generó reglas tales como “debo esforzarme mucho en lo que hago” y “no debo cometer errores”; asunciones como “si cometo errores me va a pasar algo”; y actitudes

como “los errores son malos”. Tales creencias intermedias se hicieron presentes mediante situaciones en las que hubo consecuencias ante errores, como reprimendas de profesores en la escuela o en casa, generalmente involucrando tonos de voz elevados, a los cuales XX es sumamente sensible. Además, dichas experiencias generaron en el paciente asunciones de “si cometo errores los demás pensarán que hay algo mal conmigo”, las mismas que se reforzaron y mantuvieron mediante las constantes evaluaciones de las cuales formó parte. Consecuentemente, es entendible el *arousal* ansioso que evidencia el paciente ante la idea, tanto de los errores como de las evaluaciones, teniendo en cuenta que mediante los mismos se estarían develando conceptos de sí mismo que son duros de enfrentar, por ejemplo “si me evalúan, se darán cuenta que soy extraño o defectuoso” (asunción), o “no debo hablar de mis aspectos negativos” (regla). Esto, más el trato diferenciado recibido y el constante bullying presenciado en la escuela (físico y psicológico), contribuyeron para que XX genere creencias intermedias relevantes a su auto concepto de extrañez. De esta forma, creencias intermedias como “si me molestan es porque soy diferente” y “ser diferente es malo” se dieron cabida como mecanismos de funcionamiento.

Por otro lado, en lo referente a cogniciones sobre la inseguridad del su entorno y terceras personas, así como de su vulnerabilidad, XX desarrolló creencias intermedias como “si no estoy con mis padres me puede suceder algo malo”, “quedarme sin padres sería terrible”, “si interactúo con desconocidos me pueden hacer daño”, y “tengo que tener cuidado y defenderme de los demás”. Tales creencias intermedias denotan un constante estado de alerta y vigilancia, que podrían explicar la activación de los síntomas ansiosos en el paciente, al interpretar ciertas situaciones como amenazantes para su integridad y considerar que no se posee los recursos necesarios para afrontarlas.

Cabe mencionar, que las deficiencias características del trastorno del espectro autista juegan un rol importante en este nivel de cognición, ya que como Attwood menciona (2007), el tratar de acoplarse a las pautas sociales y demandas del diario vivir cuando no se tiene dominancia o completo entendimiento de las mismas, puede llevar al desarrollo de ansiedad (que a la vez pueden intensificar las deficiencias del cuadro primario).

### ***Pensamientos Automáticos.***

Este nivel de cognición fue considerablemente más asequible que las creencias intermedias o centrales, y a través del cual se dio inicio al trabajo con el paciente. No obstante, dichos pensamientos se mostraron concordantes con las estructuras cognitivas más arraigadas. Por ejemplo, XX genera corrientes de pensamientos automáticos que denotan evaluaciones rápidas del entorno a manera de amenaza o peligro, con dirección de atribución hacia él mismo, lo cual hace evidente su estado ansioso. Así, corrientes de pensamiento tales como “me va a pasar algo malo”, “no es seguro interactuar con personas desconocidas”, “me van a evaluar”, “seguro piensan que soy extraño”, “me molestan a propósito” y “algo malo les va a pasar a mis papás” tienden a ser constantes en el día a día de XX, desencadenando emociones ansiosas y respuestas acordes a los mismos (fisiológicas o conductuales), que generalmente tienden a ser desadaptativas (golpear, mentir, acelerar la respiración, evitación o aislamiento) y perjudiciales al funcionamiento.

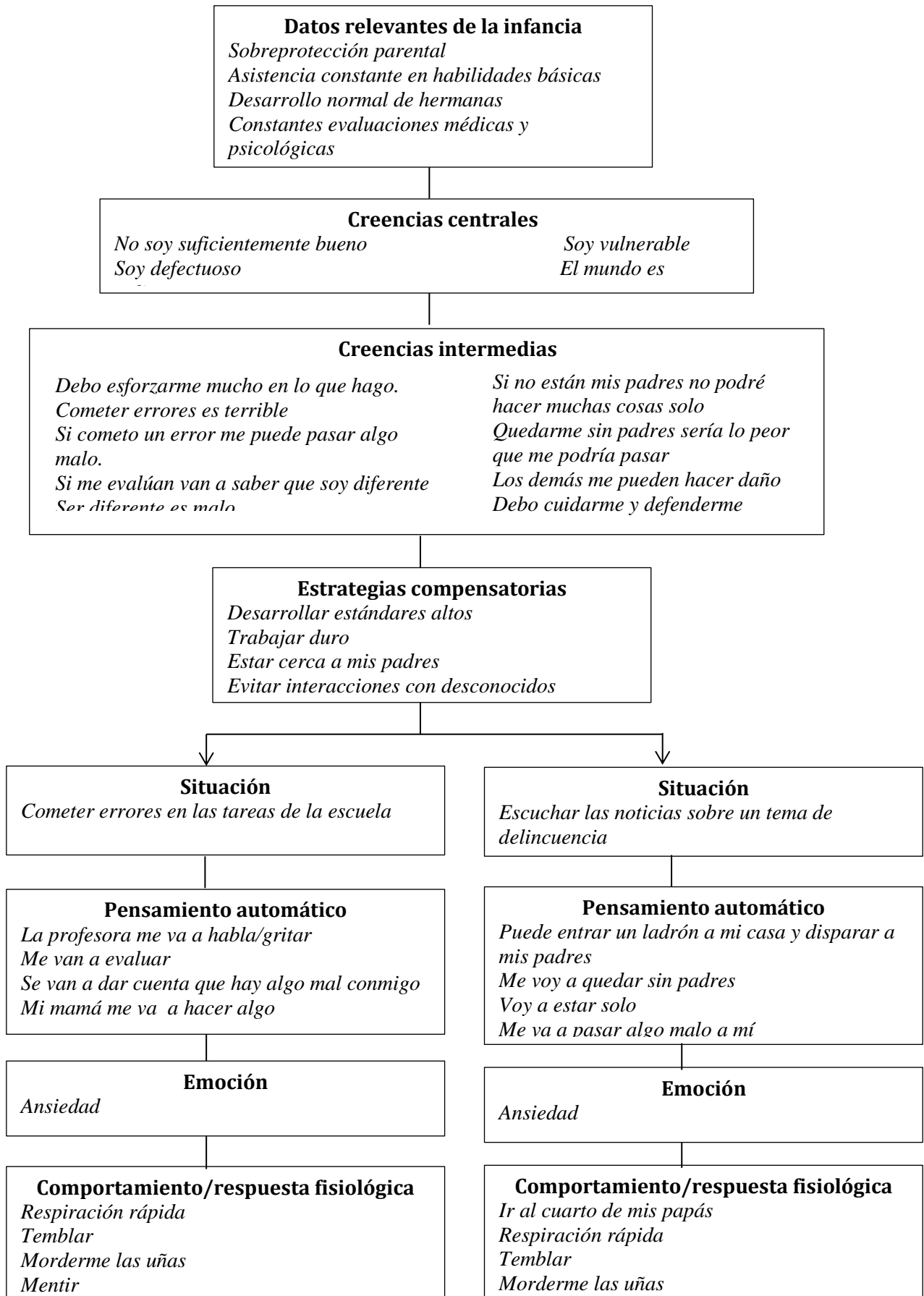
### ***Distorsiones cognitivas.***

Como se puede ver en la sección anterior, muchos de los pensamientos del paciente se caracterizan por tener sesgos o errores cognitivos. En primer lugar, se destaca la visión catastrófica en cuanto pensamientos escalan hasta alcanzar un clímax de eventos negativos

o perjudiciales para sí mismo, otros o su entorno. Por ejemplo, XX tiene pensamientos sobre el bienestar de sus padres y el suyo. Así, el paciente inicia pensando “algo malo les va a pasar a mis padres”, “se van a morir”, “voy a vivir solo”, y por último “me va a pasar algo malo a mí”. O en cuanto a cometer errores XX piensa “me voy a sacar malas notas”, “la profesora me va a hablar” y “mi mamá me va a hacer algo”. Adicionalmente, lo mismo sucede con aspectos fisiológico en el paciente, por ejemplo al sentir dolor de cabeza XX piensa “es algo grave” o “necesito tomar algún medicamento”. En segundo lugar, también se dan cabida los deberías. Esto es evidente cuando XX es víctima de burlas en la escuela, ya que piensa “debería hacer algo para que no se burlen más”, “debería defenderme”. En tercer lugar, XX presenta distorsiones de interpretación del pensamiento, en cuanto piensa que los demás lo consideran extraño o que le van a hacer daño sin evidencia válida. También hay muestras de minimización o subestimación de los recursos personales para manejar ciertas situaciones (Clark & Beck, 2010), como “no podré realizar esto sin mis padres”.

En la siguiente figura se muestra un ejemplo de la conceptualización cognitiva del paciente, evidenciando el orden jerárquico de las cogniciones previamente analizado.





**Figura 1.** Conceptualización cognitiva

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio busca analizar la efectividad de la terapia cognitiva conductual para la reducción de síntomas comórbidos ansiosos, y determinar si su mejoría influye en la funcionalidad del paciente respecto a su diagnóstico primario de espectro autista. Para esto, se siguió un diseño de estudio de caso, el mismo que mediante recolección de información pre y post intervención, buscó responder a las preguntas de investigación previamente planteadas. A continuación, se detallará la metodología aplicada al presente estudio, considerando tanto las herramientas de evaluación y diagnóstico administradas al paciente, así como el curso y la estructura del tratamiento.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

El método de investigación seleccionado, denominado estudio de caso, es una indagación empírica destinada a la obtención de un entendimiento profundo acerca de un individuo o fenómeno en particular (Yin, 2011). Dicho diseño utiliza formas de investigación cualitativa, cuantitativa o mixta para responder ante la problemática del estudio, testear hipótesis o ser parte de una generación teórica (al permitir responder preguntas de “cómo” y “por qué”) (Baxter & Jack, 2008; Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Adicionalmente, el estudio de caso permite tomar en consideración el contexto en el cual se plantea el problema, permitiendo al investigador el recoger información de fuentes diversas y usarlas para una mejor comprensión casuística. Por consiguiente, el presente estudio justifica la selección de esta metodología mediante sus objetivos de comprensión a fondo de la problemática del paciente, en este caso la sintomatología ansiosa asociada al TEA, así como del detalle de la aplicación y efectividad de la terapia cognitiva conductual con sus respectivas modificaciones; en conjunto con el análisis del contexto social y familiar en el que se sitúa XX. Cabe

mencionar, de igual manera, que se implementa una forma de investigación mixta al utilizar evaluaciones psicométricas para medir resultados objetivos y comparativos de pre y post tratamiento, a la par de observación natural de la evolución del paciente, para determinar cambios en su funcionamiento. Por último, dicha metodología es adecuada para el presente estudio en cuanto la misma permite aportar con un conocimiento más amplio y profundo sobre el tema en cuestión, en un afán de comprender mejor a dicha población y las posibles formas de intervención efectivas (Feldman, 2002; Hernández et al., 2010).

## **Curso del tratamiento**

### **Breve descripción del estado mental actual.**

El paciente es referido a terapia bajo petición de la madre, la cual demuestra preocupación sobre el estado sintomatológico de su hijo. Para esto, el progenitor asiente voluntariamente a los parámetros estipulados dentro del consentimiento informado, el mismo que es redactado por el departamento de psicología de la USFQ.

XX se muestra en pleno uso de sus facultades mentales, reconociendo factores referentes a su entorno físico, personal y social. No obstante, transmite preocupación y ansiedad a través de su lenguaje verbal (voz temblorosa, ecolalia, o falta de respuesta ocasional) y no verbal (postura corporal reducida y encorvada, apego significativo hacia la madre, manierismos, tensión muscular y evasión de contacto visual) con respecto al nuevo proceso de interacción. Adicionalmente, el paciente muestra una narrativa coherente en cuanto sus experiencias y aportes dentro de terapia; sin embargo, le cuesta mantener la atención enfocada en un tema de conversación por períodos largos de tiempo. En relación a esto, XX se muestra fácilmente distraído con elementos de su entorno, y pareciera no comprender pautas sociales de espacio personal, turnos conversacionales, o lectura de estados emocionales en terceras personas y sí mismo. No obstante, el paciente presente niveles adecuados de retención y comprensión de información, y a pesar de no tener

referencias objetivas sobre su coeficiente intelectual, no muestra déficits significativos en ésta área. Por último, su apariencia física denota un cuidado personal óptimo, aunque conoce que requiere de asistencia por parte de sus padres para completar tareas relevantes al caso.

### **Herramientas de investigación aplicadas**

Para el presente estudio se optó por la implementación de cuestionarios y pruebas psicométricas que midiesen objetivamente la sintomatología del paciente, ya sea ésta de manera general, en referencia exclusiva a sus síntomas ansiosos o aquellos pertenecientes al diagnóstico primario de espectro autista. Tales herramientas fueron utilizadas para determinar cambios en el paciente, al comparar su estado pre post intervención, así como la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el trabajo con esta población. De esta manera, se espera poder de responder adecuadamente a las preguntas de investigación planteadas en este estudio.

A continuación se describen las herramientas utilizadas para la evaluación del paciente.

#### **Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM-34)**

El CORE-OM-34 es un cuestionario de auto-reporte desarrollado por *CORE System Group* en la Universidad de Leeds del Reino Unido, destinado a medir el estado de estrés psicológico en cuatro áreas significativas: 1) bienestar subjetivo (Ej. *me he sentido bien conmigo mismo*); 2) problemas-síntomas, referentes a “ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos” (Ej. *Me he sentido tenso, ansioso o nervioso*); 3) funcionamiento general, relevante a las relaciones interpersonales (Ej. *He pensado que no tengo amigos*); y 4) riesgo, o conductas de autolesión y daño a terceros (Ej. *He sido violento hacia los demás*) (Feixas, Evans, Trujillo, Saúl, Botella, Corbella, González, Bados López, García Grau, &

López-González, 2012, pp. 112-115). Los 34 ítems que conforman estas dimensiones presentan un método de respuesta correspondiente a la escala de Likert, es decir, mediante la posibilidad de elección de cinco puntas de frecuencia (0-4) que escalan desde “nunca” hasta “siempre o casi siempre”, lo cual indica que a mayor puntaje se evidencian más problemas sintomatológicos (Evans, Connell, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark, & Audin, 2002; Feixas et al., 2012).

Dicho cuestionario, fue normado en una muestra de 1996 sujetos oriundos del Reino Unido, correspondientes a un grupo clínico (N=890) y uno no clínico (N=1106). A través de este estudio se obtuvo resultados significativamente positivos en cuanto a la aceptabilidad o el porcentaje de completamiento del cuestionario (80% de la muestra clínica y 91% de la no clínica); consistencia interna (Cronbach alfa entre 0.75-0.90); y estabilidad test re-test (0.87-0.91) (Evans, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark, Milne, y Connell, 1998).

Autores como Feixas y colaboradores (2012) y Evans y colaboradores (2002) sugieren el uso del CORE-OM-34 para determinar efectividad del proceso terapéutico, así como para determinar una mejora sintomática en los pacientes. No obstante, cabe mencionar, que no es apropiado como herramienta de diagnóstico.

### **Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED).**

El SCARED es un cuestionario de auto-reporte desarrollado por Birmaher y colaboradores en el año 1997, el mismo que tiene por objetivo la evaluación de ansiedad relevante a los criterios propuestos por el DSM IV-TR, en población entre 8 y 18 años de edad (Vigil-Colet, Canals, Cosi, Lorenzo-Seva, Ferrando, Hernández Martínez, Jané, Viñas & Domènech, 2009). Adicionalmente, el SCARED se encuentra disponible a manera de reporte para padres, el cual puede ser administrado en sujetos entre 6-18 años

(Verhulst & van der Ende, 2006). Esta herramienta consta de 41 ítems organizados en cinco dimensiones sintomatológicas medibles: 1) Desorden de pánico, 2) Ansiedad generalizada, 3) Ansiedad por separación, 4) Fobia social y 5) Fobia escolar, los cuales son respondidos mediante una escala Likert de 3 puntos (*Nunca - a veces - casi siempre*) (Isolan, Salum, Osowski, Amaro & Manfro, 2011; Jastrowski, Evans, Tran, Khan, Weisman & Hainsworth, 2012).

El SCARED fue normado en una muestra de 640 individuos en Estados Unidos, de los cuales 340 eran pacientes ambulatorios y 300 padres de familia. Después de la administración de las formas respectivas de la evaluación (auto-reporte o reporte de padres), se evidenció una consistencia interna de 0.74 a 0.93 (Crombach alfa); confiabilidad test re-test de 0.70 a 0.90; una moderada concordancia entre las formas de padres e hijos ( $r=0.47$ ); y una sensibilidad de discriminación de ansiedad del 71%, mostrando así propiedades psicométricas adecuadas en el campo de la investigación (Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman & Neer, 1997; Verhulst & van der Ende, 2006; Vigil-Colet et al., 2009).

#### **Vineland Adaptive Behavior Scales – Second Edition: Survey Interview Form.**

El Vineland-II es una herramienta evaluativa del comportamiento o funcionamiento adaptativo o “el desempeño diario de actividades requeridas para la suficiencia social y personal”, la misma que puede ser administrada a individuos desde su nacimiento hasta los 90 años de edad (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005, p. 6). Dicha edición, desarrollada por Sparrow y colaboradores (2005) está diseñada para evaluar 4 dominios generales referentes a la *comunicación, habilidades del diario vivir, socialización y habilidades motrices*, (además de un dominio opcional para la evaluación de *comportamiento desadaptativo*) cada uno consistente de 2 o 3 subdominios adicionales (Sparrow et al., 2005; Community University Partnership [CUP], 2012) los cuales están detallados en la Tabla 8. Los sujetos

que completan esta medida, pueden responder de acuerdo a una escala de 3 puntos, correspondientes a “usualmente”, “parcialmente”, o “nunca” (Sparrow et al., 2005).

Tabla 8.

*Descripción de contenido de las formas del Vineland-II*

<b>Dominios y Subdominios</b>	<b>Contenido</b>
<b>Dominio de Comunicación</b>	
Receptiva	Cómo el individuo escucha y pone atención, y qué entiende.
Expresiva	Lo que el individuo dice, cómo usa sus palabras y oraciones para obtener y proveer información.
Escrita	Lo que el individuo entiende acerca de cómo las letras forman palabras, y de lo que lee y escribe.
<b>Dominio de Habilidades del Diario Vivir</b>	
Personal	Cómo el individuo come, se viste, y practica higiene personal.
Doméstica	Las tareas domésticas que el individuo lleva a cabo.
Comunidad	Cómo el individuo usa su tiempo, dinero, el teléfono, la computadora, y sus habilidades de trabajo.
<b>Dominio de Socialización</b>	
Relaciones Interpersonales	Cómo el individuo interactúa con otros.
Juego y Tiempo Libre	Cómo el individuo juega y utiliza su tiempo libre.
Habilidades de Afrontamiento	Cómo el individuo demuestra responsabilidad y sensibilidad hacia otros.
<b>Dominio de Habilidades Motrices</b>	
Gruesa	Cómo el individuo usa sus brazos y piernas para movimiento y coordinación.
Fina	Cómo el individuo usa sus manos y dedos para manipular objetos.
COMPOSICION DE COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO	Composición de los dominios de comunicación, habilidades del diario vivir, socialización y habilidades motrices.
<b>Dominio de Comportamiento Desadaptativo (OPCIONAL)</b>	
Índice de Comportamiento Desadaptativo	Composición comportamientos de internalización, externalización y otros tipos indeseables de comportamiento que puedan interferir con el funcionamiento adaptativo del individuo.
Ítems Críticos de comportamiento Desadaptativo	comportamientos desadaptativos más severos que puedan proveer información clínica importante.

**Nota.** Fuente: Sparrow, S., Cicchetti, D., & Balla, D. (2005). *Vineland-II. Vineland adaptive behavior scales. Survey forms manual.*

Minneapolis: NCS Pearson Inc. (p. 3).

Para medir dichos dominios, el Vineland-II se encuentra disponible en 3 versiones:

1) *Survey Interview Form* y *Parent/Caregiver Form*, dirigidas hacia padres o cuidadores primarios con el objetivo de proveer información sobre el comportamiento adaptativo del niño. Ambas formas contienen los mismos ítems y dominios evaluativos, más difieren en su proceso de administración, sean éstos en forma de entrevista estructurada o escala de calificación (CUP, 2012; Sparrow, 2005); 2) *The Extended Interview Form*, destinada a

una evaluación más profunda de los 4 dominios generales, además de dar pautas para el desarrollo de tratamientos; y 3) *The Teacher Rating Form*, que como su nombre lo indica es una evaluación por parte de maestros acerca de su percepción sobre el comportamiento adaptativo del niño dentro del contexto académico (CUP, 2012).

Cabe mencionar, que esta herramienta puede también ser utilizada como parte del proceso diagnóstico para varios desórdenes clínicos o discapacidades. Por ejemplo, retraso mental, trastornos del espectro autista, retrasos del desarrollo, entre otros. Adicionalmente, el Vineland-II es empleado para medir el desarrollo de las personas, así como su elegibilidad para programas de intervención o asistencia otorgada por el Estado. Por último, ésta medida de evaluación es también empleada como estrategia de monitoreo sobre el funcionamiento general y para motivos investigativos (Sparrow et al., 2005; CUP, 2012).

El Vineland-II fue estandarizado en el año 2004 en 44 estados de Estados Unidos, con una muestra de 3695 sujetos representativos de edades entre 0 y 90 años, y divididos entre un grupo no clínico y clínico. Los resultados de dicha estandarización mostraron una consistencia interna de  $<0.90$  para las tres versiones de la medida en cuanto a los dominios generales, mientras que para los subdominios varió entre 0.80 a 0.90. En referencia a la confiabilidad test re-test se evidenciaron puntajes entre 0.73 y 0.92 tanto en dominios como subdominios. Finalmente, se encontró que esta herramienta tiene una buena discriminación entre población clínica y no clínica, lo cual añadido a los demás resultados exponen una propiedad psicométrica significativa (CUP, 2012; Sparrow et al. 2005).

### **Behavior Assessment System for Children, Second Edition.**

El BASC-2 es un sistema diseñado para evaluar el comportamiento y las auto percepciones de niños y adultos jóvenes dentro de un rango de edad de 2 a 25 años



(Reynolds & Kamphaus, 2004). Además, sus autores, Reynolds y Kamphaus, mencionan que es una batería de evaluación enfocada a “facilitar el diagnóstico diferencial y clasificación educacional de una variedad de desórdenes emocionales y conductuales de niños, y a ayudar a diseñar planes de tratamiento” (Brassard & Boehm, 2007, p. 542). Esta prueba presenta dos características relevantes en cuanto a su naturaleza, el ser una evaluación *multimétodo* y *multidimensional*. Multimétodo se refiere a la disposición de cinco componentes destinados a evaluar al niño desde diferentes perspectivas, los cuales pueden ser utilizados de manera individual o combinada. Entre estos componentes se encuentra la escala de valoración para padres, maestros y de auto-reporte, así como una encuesta extensa sobre el historial de desarrollo y un sistema de observación del estudiante (Reynolds & Kamphaus, 2004). Por otro lado, se denomina a esta prueba como multidimensional debido a que mide varios aspectos del comportamiento y de la personalidad de los sujetos a evaluar, incluyendo dimensiones positivas o adaptativas, y negativas o clínicas (Reynolds & Kamphaus, 2004).

El BASC-2 fue estandarizado con una muestra representativa de la población de los Estados Unidos en lo que respecta a edad, sexo, estatus económico, etnicidad, cultura, región geográfica, entre otras características demográficas relevantes, además de considerar grupos clínicos y no clínicos (Reynolds & Fletcher-Janzen, 2007). Para esto se administraron alrededor de 13000 escalas de reporte a padres (PRS), maestros (TRS) y niños/adolescentes (SRP) en 40 estados americanos. Los resultados de dicha estandarización arrojaron resultados importantes en cuanto a la confiabilidad de la prueba. Así, se encontró una consistencia interna en un rango entre 0.81 a 0.96; confiabilidad test re-test en un intervalo de 8 semanas de 0.86 a 0.94 para la escala de maestros, y 0.77 a 0.90 para la escala de padres y de auto-reporte; y por último una confiabilidad entre evaluadores

de 0.53 a 0.82 para la escala de maestros y de 0.70 a 0.84 para la escala de padres (Reynolds & Kamphaus, 2010).

Las aplicaciones del El BASC-2 son vastas, sin embargo, es usado principalmente para evaluar dimensiones tales como la personalidad, problemas de comportamiento, y trastornos emocionales, además de atributos positivos de los sujetos, de los cuales se puede sacar ventaja para el proceso de planeación e implementación de tratamiento (Reynolds & Kamphaus, 2004). Además es útil para las regulaciones federales en cuanto al diagnóstico de trastornos emocionales severos en escuelas, y/o detección de problemas de comportamiento leves en categorías de problemas como los de aprendizaje o retraso mental (Reynolds & Kamphaus, 2004).

### **Diagnóstico y evaluación funcional**

A partir de la información obtenida a lo largo del proceso, a través de auto-reportes, reporte de padres y observación clínica, en adición al sustento diagnóstico del Vineland-II, se confirmó el diagnóstico de trastorno de espectro autista según los criterios del DSM V. No obstante, se empleará el formato de evaluación multiaxial establecido por el DSM IV-TR para detallar mejor la condición del paciente y proveer de un marco referencial que asista en una mejor comprensión del caso.

#### **EJE I: 299.00 Trastorno del espectro autista**

Requiere asistencia para déficits en comunicación social (Nivel 1)

Requiere asistencia para déficits en comportamientos repetitivos y restringidos (Nivel 1)

Sin deficiencias intelectuales acompañantes

Sin deficiencias lingüísticas acompañantes (en el área expresiva y escrita)

#### **EJE II: V71.09**

**EJE III: V71.09****EJE IV:**

- **A) Problemas con el grupo primario de apoyo:** Sobreprotección parental.
- **B) Problemas relacionados con el entorno social:** Apoyo social carente (sin contar con los miembros de la familia); bullying, agresión.
- **C) Problemas educacionales:** Discordia con maestros y compañeros de clase; entorno escolar inadecuado.

**EJE V:**

**GAF= 57** (en admisión)

**GAF= 70** (post intervención)

**Trastorno del espectro autista.**

De acuerdo con el DSM V (APA, 2013), XX cumple con los criterios requeridos para el diagnóstico de trastorno de espectro autista (*para la revisión completa de los criterios y especificadores de severidad del TEA, referirse a las Tablas 5 y 6*). Los síntomas representativos del trastorno presentes en el paciente son los siguientes:

1. Déficits en comunicación e interacción social penetrantes y mantenidos, evidenciados mediante *deficiencias en la reciprocidad socio-emocional* (acercamiento o contacto inusual con terceros, dificultad para conservar reciprocidad en la conversación, falta de interés en compartir intereses o emociones, dificultad para entablar una interacción y/o responder a la misma); *deficiencias en la implementación de comportamientos no verbales que reflejan comunicación* (contacto visual, atención conjunta, postura, expresiones faciales y orientación corporal inusual o carente); y *deficiencias para desarrollar, mantener y comprender relaciones sociales* (poco interés social o atípico, rechazo social, carencia de juego social, preferencia de actividades individuales, preferencia por un círculo social de menor edad y amistades unidireccionales) (APA, 2013). Cabe mencionar que estos

síntomas corresponden a una severidad de nivel 1, el cual hace referencia al nivel más bajo de asistencia requerida para su funcionamiento, más aún denota déficits significativos, los cuales interfieren en varios ámbitos de vida del paciente (APA, 2013).

2. Presencia de comportamientos, intereses o actividades repetitivas y restringidas, evidenciados mediante *motricidad, manipulación de objetos y lenguaje estereotipado* (ecolalia, aplausos o agitación de las manos); *adherencia intensa en cuanto a rutinas, acompañado de resistencia al cambio; intereses restrictivos, de intensidad sumamente elevada* (moldear con plastilina la mayor parte del tiempo); e *hipersensibilidad ante ciertos estímulos* (ruidos muy fuertes, palabra o acción de vomitar). Dicho dominio se encuentra considerado dentro del nivel 1 de severidad, el cual refleja necesidad de asistencia para el funcionamiento. No obstante, tales síntomas tienden a perjudicar otras áreas vitales, e interfieren con el desarrollo de independencia en el sujeto (APA, 2013).

Adicionalmente, XX no presenta déficits intelectuales, o de lenguaje expresivo o escrito, sin embargo, mediante el Vineland-II se denotó una habilidad muy baja en cuanto a su lenguaje receptivo. Por último, los síntomas aquí mencionados, según reporte de padres, datan desde edades muy tempranas del desarrollo de XX, los mismos que no pueden ser mejor explicadas por una discapacidad intelectual o retraso general (APA, 2013).

### **Sintomatología ansiosa**

A pesar de no presentar un diagnóstico formal referente a un desorden de ansiedad específico, a través de las medidas empleadas en el presente estudio, así como por reporte de padres, se evidenció una sintomatología de características ansiosas bastante elevada en el paciente. De esta manera, en la Tabla 9 se presentan las características o síntomas comunes de la ansiedad según Clark y Beck (2010), de las cuales el paciente XX presenta habitualmente las siguientes:

- Ritmo cardíaco y respiración acelerada
- Tensión muscular
- Miedo a lesiones físicas o a la muerte
- Miedo a evaluaciones negativas por parte de terceros
- Pensamientos atemorizantes
- Concentración pobre
- Atención reducida
- Hipervigilancia
- Evitación de situaciones amenazantes
- Búsqueda de seguridad
- Agitación o inquietud
- Nerviosismo
- Impaciencia

*Tabla 9. Características principales de la ansiedad*

---

*Síntomas Fisiológicos*

(1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) falta de aliento, respiración rápida; malestar estomacal, diarrea; (3) dolor o presión del pecho; (4) sensación de asfixia; (5) mareos; (6) sudor, sofocos, escalofríos; (7) náusea, malestar (8) temblores; (9) hormigueo o entumecimiento de brazos, piernas; (10) debilidad, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) boca seca.

*Síntomas cognitivos*

(1) miedo de perder el control, no ser capaz de hacer frente; (2) miedo de lesiones físicas o de muerte; (3) miedo de "volverse loco"; (4) miedo de evaluación negativa por terceros; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o desprendimiento; (7) concentración pobre, confusión, distractibilidad; (8) estrechamiento de atención, hipervigilancia hacia amenazas; (9) memoria pobre; (10) dificultad en razonamiento, pérdida de objetividad.

*Síntomas Conductuales*

(1) evitación de claves o situaciones de amenaza; (2) escape, "flight"; (3) Búsqueda de seguridad; (4) inquietud, agitación; (5) hiperventilación; (6) congelamiento, inmovilidad; (7) dificultad para hablar.

*Síntomas afectivos*

**(1) nervios, tensión; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) al borde, inquieto; (4) impaciente, frustrado.**

Nota. Fuente: Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press. (p. 16).

## Estructura del tratamiento

### Lista de situaciones y problemas.

1. Sintomatología ansiosa
2. Déficits en relaciones interpersonales
3. Dificultad para reconocimiento y expresión de emociones
4. Carentes habilidades de afrontamiento y resolución de problemas
5. Impulsividad

### Metas a corto plazo.

1. Introducir la terapia cognitiva conductual, así como el modelo y triada cognitiva a través de técnicas visuales y concretas adecuadas para el nivel de desarrollo del paciente.
2. Establecer una buena alianza terapéutica.
3. Psicoeducar al paciente sobre su diagnóstico mediante *la actividad de atributos*, propuesta por Tony Attwood (2007) y medios visuales.
4. Psicoeducar al paciente acerca de sus emociones y promover la exploración de las mismas dentro y fuera de sesión.
5. Enfocar la terapia alrededor de la sintomatología ansiosa, sin descuidar los síntomas del trastorno primario.
6. Identificar fortalezas en el paciente y fomentarlas dentro de sesión.
7. Modificar pensamientos disfuncionales a través de un registro de pensamiento adecuado para cumplir con las necesidades y habilidades del paciente.
8. Trabajar sobre pensamientos automáticos acerca del bienestar de su familia, modificando errores cognitivos de visión catastrófica (Ej. *va a entrar un ladrón, les va a disparar a mis padres y me voy a quedar solo*).
9. Trabajar sobre pensamientos acerca de cometer errores, y distorsión cognitiva de lectura de la mente (Ej. *me van a hablar o a hacer algo*).

10. Desarrollar cooperativamente estrategias de afrontamiento para la ansiedad. Dentro de este proceso se trabaja con técnicas de relajación, herramientas sociales, cognitivas y conductuales (Attwood, 2004).
11. Apelar a los intereses del paciente mediante procedimientos que los incorporen, para así generar motivación y progreso.
12. Hacer frente a la impulsividad, carencia de pautas sociales y fluidez conversacional mediante *historias sociales* y *comic strips*.
13. Llevar a cabo un monitoreo emocional, a través de un diario de sesión en el cual se reporte el nivel de intensidad, en una escala del 0-10.
14. Establecer *rapport* con los padres e involucrarlos dentro del proceso de terapia para obtener mayores resultados en la generalización de lo visto dentro de sesión con el paciente.
15. Psicoeducar a los padres sobre el diagnóstico de su hijo y su sintomatología, así como sobre la forma de trabajo en sesión.
16. Motivar a los padres a promover una mayor autonomía en su hijo.

**Metas a largo plazo.**

1. Disminución de los síntomas ansiosos.
2. Disminución de la intensidad y pervasividad de los síntomas del espectro autista en la cotidianeidad del paciente
3. Mejoría del funcionamiento global de XX
4. Aplicación de las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas en varios contextos fuera de sesión.
5. Manejo efectivo de los síntomas ansiosos mediante herramientas conjuntamente creadas.
6. Colaboración de los padres en la promoción de lo aprendido en sesión, dentro y fuera del contexto familiar.

7. Comunicación con autoridades pertinentes en la escuela de XX para la generalización de lo trabajado en el contexto educativo.

### **Consideraciones éticas y legales**

Los lineamientos éticos están considerados como uno de los dominios más importantes dentro de la práctica profesional psicológica, pues éstos otorgan pautas de desempeño enfocadas en la preservación del bienestar público y en la protección de la integridad profesional (Neimeyer, Taylor & Wear, 2011; Fisher, 2009). Por tanto, el conocimiento tanto de los principios generales como de los diferentes estándares establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) es una tarea fundamental dentro de todos los contextos en los que se ejerce la profesión, ya que demuestra un “compromiso con la práctica buena y justa de la ciencia de la psicología” (Fisher, 2009, p. 34).

Así, esta rama de la salud mental se asienta en cinco principios generales y aspiracionales que contribuyen con un contexto analítico, sobre los cuales los psicólogos se basan para desempeñarse adecuadamente en sus diferentes roles (Fisher, 2009). Tales principios son:

Principio A: Beneficencia y no maleficencia

Principio B: Fidelidad y responsabilidad

Principio C: Integridad

Principio D: Justicia

Principio E: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas (Fisher, 2009).

De estos principios se derivan los estándares relevantes al código de ética, considerados como reglas específicas de conducta (Fisher, 2009), los cuales serán explicados a continuación dentro del contexto clínico del estudio de caso.



Como parte del protocolo de las consultas psicológicas ofrecidas por la USFQ, y previo a cualquier tipo de intervención, se debe obtener un consentimiento informado por parte de los participantes de terapia, tal como lo estipula el código de ética en el *estándar sobre relaciones humanas* (código de ética 3.10a, Consentimiento Informado). Este consentimiento debe constar de una explicación general de la naturaleza de la terapia en un lenguaje comprensible, y adicionalmente, se debe otorgar un tiempo necesario para dar cabida a cualquier inquietud que presenten los participantes (*Estándar sobre terapia*. Código de ética 10.01 Consentimiento Informado para Terapia). En este caso, siendo el paciente un menor de edad, se procedió a la firma del consentimiento informado por parte del representante legal (Anexo A). No obstante, se ofreció una explicación adecuada para el nivel de desarrollo del niño sobre la terapia y se esperó por su asentimiento (código de ética 3.10b, Consentimiento Informado) (Fisher, 2009).

Un estándar de suma importancia para el trabajo terapéutico es el mantenimiento de confidencialidad (código de ética 4.01) respecto a la información de los pacientes obtenida y registrada dentro de sesión. Éste aspecto fue discutido y puesto en conocimiento en la revisión del consentimiento informado junto con los participantes (madre e hijo), a la vez que se presentaron las excepciones en las cuales los psicólogos están en la obligación legal de romper confidencialidad (código de ética 4.02a, Discusión sobre los Límites de Confidencialidad). Así, a lo largo del proceso, la información proveída tanto por el representante legal como por el paciente fue manejada bajo dichos estándares, siempre velando por el bienestar y los derechos de dichas personas (Fisher, 2009).

En relación al *estándar de privacidad y confidencialidad*, se tomaron medidas necesarias para poder utilizar la información del paciente en el presente estudio de caso. En primer lugar, se obtuvo la autorización escrita por parte de la madre del paciente a través del consentimiento informado; y en segundo lugar, en el proceso de redacción del estudio

se procedió por modificar nombres u otra información relevante que pueda contribuir con el reconocimiento de la identidad del paciente (código de ética 4.07, Uso de Información Confidencial para Propósitos Didácticos) (Fisher, 2009). Otro aspecto relevante al presente estudio, es el procedimiento de registro de sesiones mediante grabaciones de video (código de ética 4.03, Grabaciones). Para que esto se pudiese llevar a cabo, fue imperativo el obtener autorización escrita y previa de parte del representante legal, lo cual se cumplió de igual manera mediante el consentimiento informado (Fisher, 2009).

Por otro lado, en el proceso terapéutico con el paciente se emplearon varios instrumentos de evaluación bajo la luz del estándar que lleva su mismo nombre. Así, la terapeuta seleccionó, administró, calificó e interpretó estas medidas acorde con las necesidades del paciente, y bajo las pautas establecidas por sus respectivos manuales e investigación pertinente (código de ética 9.02, Uso de Evaluaciones) (Fisher, 2009). Es relevante mencionar que para llevar a cabo la administración de dichas herramientas evaluativas, es imprescindible la obtención de una autorización escrita por parte del representante legal del paciente, lo cual en el estudio se llevó a cabo mediante un consentimiento informado (Anexo B) desarrollado exclusivamente para este propósito, en el cual se detalla el tipo de evaluación y se da apertura a posibles preguntas por parte de los participantes (código de ética 9.03, Consentimiento Informado en Evaluación) (Fisher, 2009).

Por último, otro de los estándares relevantes al presente estudio es el *de competencia*, el mismo que hace referencia al desempeño profesional psicológico únicamente dentro de los límites de sus capacidades, entrenamiento, experiencia supervisada, y consultas psicológicas (código de ética 2.01, Límites de Competencia) (Fisher, 2009). En relación a este estudio en particular, teniendo en cuenta sus bases académicas y el estatus formativo de la terapeuta, se tomaron medidas necesarias para

aplacar la falta de conocimiento o experiencia en esta área de investigación. De esta manera, la terapeuta recibió supervisión por parte de profesores competentes en el área, mantuvo contacto con profesionales ejerciendo con población con espectro autista, e investigó exhaustivamente sobre el presente tema.

### **Aspectos de la relación terapéutica**

#### **Transferencia**

El concepto de *transferencia* fue acuñado y desarrollado tempranamente por Freud, dentro de los paradigmas del enfoque psicodinámico, el mismo que hacía referencia a

La experiencia de emociones, impulsos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente, los cuales son inapropiados para la persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones originadas con respecto a personas significativas de la infancia temprana (Cartwright, 2011, p. 113).

Visto de esta manera, y en concordancia con los principios fundamentales de la terapia cognitiva conductual, parecería que dicho término es incompatible con este enfoque. Sin embargo, esta terapia conceptualiza a la transferencia bajo la luz de esquemas cognitivos o representaciones mentales referentes al sí mismo, otros y su relación con éstos; en conjunto con procesos intrapsíquicos y estrategias de interacción (Cartwright, 2011). De esta manera, a pesar de que no se considera a la transferencia como una herramienta fundamental para la CBT, si es significativa dentro del proceso terapéutico, tanto para una mejor comprensión del paciente y su mundo, así como para el desarrollo de un buen *rapport* y la efectividad terapéutica que éste conlleva (Cartwright, 2011; Prasko, Diveky, Grambal, Kamaradova, Mozny, Sigmundova, Slepeky & Vyskocilova, 2010).

Entonces, siguiendo estas pautas, la transferencia es un constructo que no se limita al contexto clínico, si no que se expande a la cotidianidad de las personas al activarse los

esquemas cognitivos (desarrollados desde edades tempranas) mediante claves relevantes a los mismos (Cartwright, 2011; Prasko et al., 2010). Ante esto, la respuesta transferencial de parte del cliente hacia el terapeuta tiende a ser de tipo emocional (ej. ansiedad), cognitiva (ej. las personas me van a hacer daño), conductual (ej. contacto visual carente o censura de la información compartida con el terapeuta), o motivacional (ej. no deseo enfrentarme a esto) (Prasko et al., 2010), lo cual da cabida a la aplicación de la terapia cognitiva conductual.

En el presente estudio, el proceso transferencial ocurre cuando el paciente relaciona el proceso terapéutico y el contacto con la terapeuta con sus creencias subyacentes acerca del mundo y terceros, conceptualizándolos como entes peligrosos que le pueden causar daño, o evaluarlo como una persona extraña. Además, XX genera una relación entre sus experiencias negativas del pasado, acerca de sus intentos fallidos por iniciar relaciones sociales, y la idea de tener que entablar una nueva relación con una nueva persona (terapeuta) en el presente. Dichas respuestas de transferencia fueron exploradas con el paciente para ver que cogniciones se encontraban detrás de la ansiedad expresada mediante lenguaje verbal y no verbal, para así poder trabajar con aquellas que representaban disfuncionalidad.

### **Contratransferencia**

Al igual que la transferencia, la contratransferencia es un concepto que nació del enfoque psicodinámico, el mismo que enfatiza el impacto del cliente sobre procesos inconscientes o no resueltos del terapeuta (Cartwright, 2011). Este significado mantuvo su dominancia durante el auge de la terapia psicodinámica (aproximadamente hasta 1950), sin embargo, posteriormente las diferentes perspectivas psicológicas fueron desarrollando conceptos propios que abarcaron todo un amplio espectro de respuestas cognitivo-afectivas por parte del terapeuta hacia el paciente (Cartwright, 2011; Prasko et al., 2010). A

diferencia de la corriente Freudiana, la cual consideraba a la contratransferencia como un factor perjudicial para la relación y efectividad terapéutica, la perspectiva cognitiva conductual remarca su utilidad dentro de la misma, ya que contribuye como una fuente de entendimiento y puerta de acceso hacia el mundo interior del paciente (Prasko & Vyskocilova, 2010). Para alcanzar este objetivo, el terapeuta necesita conocer que la respuesta contratransferencial es común en la práctica profesional, y ser consciente de sus habilidades para reconocer, entender y expresar sus propias emociones en un proceso de auto reflexión o supervisión clínica con enfoque en el paciente (Prasko et al., 2010). Conjuntamente, se debe tener en cuenta que el proceso de contratransferencia, dentro de la perspectiva cognitiva conductual, incluye activación de los esquemas subyacentes del terapeuta en referencia a la relación terapéutica y a las reacciones por parte del cliente (Prasko & Vyskocilova, 2010). Así, al estar consciente y analizar tanto los componentes cognitivo, conductuales y emocionales de la contratransferencia, se puede obtener pautas que indican la forma en la que el entorno reacciona hacia el paciente, y tomar medidas necesarias para un mejor trabajo con el mismo (Prasko et al., 2010; Prasko & Vyskocilava, 2010).

En relación al estudio de caso aquí descrito, las respuestas de contratransferencia se evidenciaron mediante pensamientos automáticos que denotaban inseguridad y preocupación acerca del progreso del paciente (ej. *no se van a dar mejoras*), sobre sus habilidades para ser parte de la terapia (ej. *no va a poder hacer esto*), o con respecto a la capacidad de la terapeuta de alcanzar sus objetivos y velar por el bienestar de XX. Ante la concientización de estos pensamientos, se recurrió a supervisión a cargo de profesores PhD de la USFQ, para elaborar en estos pensamientos y tratar de reducir el impacto que pudiesen tener dentro del proceso terapéutico.

## Temas e intervenciones

La intervención del presente estudio consistió en 17 sesiones de 45 minutos cada una, llevadas a cabo de forma individual con el paciente en cuestión dentro de su residencia. Así, XX recibió terapia cognitiva conductual implementada por una estudiante de último año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito, bajo supervisión de profesores competentes en el área.

Esta intervención estuvo conformada por 5 secciones centrales, las cuales fueron concordantes con las necesidades terapéuticas del paciente. La primera sección fue referente al período de pre-intervención (1era sesión), en el cual se llevó a cabo la entrevista clínica con el representante legal, y se obtuvo la autorización por escrito o consentimiento informado de la madre del niño, tanto para la participación del hijo en terapia, como para la administración de las evaluaciones psicológicas al mismo. La segunda sección (sesiones 2-6) se enfocó principalmente en el reconocimiento y comprensión de las emociones en sí mismo y terceros (*Educación Afectiva*). Esto se basó en el procedimiento planteado por Tony Attwood en su libro *Exploring Feeling: Cognitive Behaviour Therapy to Manage ANXIETY* (2004), en el cual se psicoeduca al participante acerca de diferentes emociones (ej. felicidad, tristeza, enojo), empero se enfatiza en ansiedad (Sung et al., 2011). Así, se le presentó y analizó conjuntamente con el paciente material visual acerca de diferentes aspectos de las emociones, por ejemplo, las características gesticulares, conductuales y fisiológicas que ayudan en el reconocimiento de las mismas (Anexo C); así como pensamientos y situaciones que se consideran como desencadenantes o activadoras. Con esta información, es que se pudo proceder a la explicación del modelo cognitivo, asimismo, mediante ayudas visuales, creativas, y acorde con el nivel de desarrollo del niño. El modelo fue comprendido y reforzado mediante la

realización de registros de pensamiento, para lo cual se pidió al paciente que dibujase una situación reciente en la que se haya sentido de una manera en particular (feliz, triste, enojado, o ansioso), seguido del detalle de pensamientos que fueron activados mediante el estímulo situacional, la emoción relevante, su intensidad y las conductas asociadas (Ver anexo C). Adicionalmente, en esta sección se llevó a cabo psicoeducación acerca del trastorno del espectro autista mediante la *actividad de atributos* (Attwood, 2007), la misma que propone considerar y resaltar los aspectos positivos en comparación con las dificultades características del cuadro, a partir de un lenguaje adecuado para el paciente.

La tercera sección de la intervención (sesiones 7-12) se enfocó en el desarrollo de técnicas para el manejo de la ansiedad, lo cual se realizó mediante la presentación de la caja de herramientas emocionales (2007). Esta técnica es una colección de estrategias diseñadas para manejar emociones negativas, las cuales son creadas en trabajo cooperativo con el paciente y su familia o círculo más cercano de apoyo (Attwood, 2007; Attwood, 2004). Existen diferentes tipos de herramientas dentro de la caja de emociones, las cuales están divididas en la forma en la que liberan energía emocional (rápida o pausada), y en aquellas que ayudan con la modificación del pensamiento (Attwood, 2004). Así, las herramientas utilizadas con XX fueron principalmente relacionadas a las actividades físicas, habilidades de relajación (ej. ejercicios de respiración o tensión distensión muscular), asistencia social (manejo de emociones mediante la interacción con otros), estrategias cognitivas (el uso de las fortalezas cognitivas del paciente; ej. auto discurso afirmativo, imaginaria, poner situaciones activadoras en perspectiva), y herramientas inapropiadas (qué comportamientos empeoran el estado emocional) (Ver Anexo D) (Attwood, 2004). Dichas herramientas fueron presentadas al paciente a través de tarjetas (ayuda visual y concreta), en las cuales debía dibujar y escribir la estrategia desarrollada;

y como acto seguido se realizó un análisis para determinar en qué situaciones las herramientas podían ser implementadas. Como reforzamiento de esta sección, se enviaron tareas en las cuales XX debía utilizar al menos una de sus herramientas a lo largo del día cuando se activara su ansiedad. El objetivo de las tareas fue el de ayudar con la generalización de lo aprendido dentro de terapia hacia contextos fuera de la misma.

La cuarta sección (sesiones 13-16) estuvo dirigida hacia el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas, en donde se prestó atención a tópicos relevantes al diagnóstico primario y sus deficiencias asociadas. Para esto se recurrió a técnicas tales como historias sociales, *comic strips* y role plays. Las historias sociales, desarrolladas por Carol Gray en 1991 (Attwood, 2007), tienen por objetivo el ayudar a los individuos dentro del espectro autista a aprender o reforzar “pautas sociales, pensamientos, emociones y guiones de comportamiento” adecuado (Attwood, 2007, p.69), además de ayudar a las personas en su entorno a comprender la perspectiva desde el punto de vista del alguien con el trastorno (Attwood, 2007). Tales historias, transmiten información importante y acorde al nivel de entendimiento de las personas, acerca de cómo reaccionar ante una situación en particular. Así, los individuos con TEA tienen un formato a seguir, y no se sienten vulnerables, incapaces o intranquilos ante una situación que les genere problemas (Attwood, 2007). En relación al estudio presente, se construyeron historias sociales acerca de “jugar con amigos”, “espacio personal”, “bullying”, y “pautas de conversación” (Anexo E). Por otro lado, los *comic strips conversations* se refieren a una técnica utilizada en CBT para ayudar a los niños a reconocer sus pensamientos, creencias o intenciones acerca de una situación en particular, o también como una forma de introspección ante sus propias respuestas y el impacto que pueden tener en ellos y otros; por tanto, se parte de esta realización para poder modificarlas (Attwood, 2004). La presentación de esta técnica es



mediante el dibujo de una secuencia de eventos en la que personajes conversan entre sí y transmiten sus emociones y pensamientos (Attwood, 2004), lo cual fue llevado a cabo en las sesiones con XX, mediante el uso de una Tablet (ayuda visual, creativa y acorde a los intereses del niño). Por último, los *role plays* (descritos en el capítulo 2), se emplearon como reforzadores de lo visto en terapia mediante la recreación de situaciones específicas y problemáticas para el paciente, en las cuales tuvo que utilizar las diferentes técnicas aprendidas en las sesiones.

La última sección (sesión 17), estuvo enfocada a la administración de las evaluaciones post intervención, en conjunto con el cierre de la terapia. No obstante, cabe mencionar, que toda la intervención estuvo basada en una estructura bastante definida, y que después de cada sesión se dedicó un tiempo corto para la retroalimentación con la madre del paciente.

## ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, se detallarán los resultados pre y post intervención obtenidos a través de las herramientas de evaluación descritas en el capítulo anterior.

### **Análisis de resultados CORE OM-34**

El CORE-OM-34 es una herramienta de evaluación de estrés psicológico, la cual se enfoca en medir cuatro dimensiones principales: bienestar subjetivo, problemas-síntomas, funcionamiento general y riesgo. Dicha herramienta, en su naturaleza de cuestionario de auto-reporte tiene por objetivo medir mejorías sintomatológicas en los pacientes, así como determinar la efectividad de los procesos terapéuticos. El CORE OM-34 presenta puntajes adecuados en cuanto a consistencia interna (0.75 a 0.90), y confiabilidad test-re-test (0.87 a 0.91) (Feixas et al., 2012).

La administración de la presente medida de evaluación se la llevó a cabo como procedimiento protocolario de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito, así como un método pertinente para medir la efectividad de la intervención aplicada y determinar la existencia de una mejoría general en la sintomatología del paciente entre ambos períodos de evaluación.

#### **Pre Intervención.**

La primera administración del CORE OM-34 tuvo lugar al inicio de la primera sesión terapéutica, después de discutir y consentir los parámetros del consentimiento informado. Esta evaluación fue completada de forma manual por la representante legal del paciente en función de éste último (Anexo F). Los resultados obtenidos revelan una puntuación clínica (Global= 18.2) dentro del rango *moderado* (16-20), es decir por sobre el punto de corte. Dicho rango sugiere que la sintomatología de XX se encuentra afectando o

interfiriendo significativamente en una o más áreas vitales del paciente, o moderadamente su funcionamiento general (Core System Group, 1998). Al analizar los puntajes de las escalas individualmente, encontramos que tanto Bienestar Subjetivo como Problemas-Síntomas y Funcionamiento General se hallan asimismo dentro del rango clínico *moderado* (20, 18.3 y 20.8 respectivamente); mientras que la escala de Riesgo (11.7) se encuentra en el rango clínico *medio* (10-16), es decir causando una dificultad menor que las otras tres escalas. En la Tabla 10 se encuentra resumidos los resultados del CORE OM-34 pre-intervención.

**Tabla 10. Resultados pre intervención para el CORE OM-34**

<i>Escalas</i>	<i>Puntuación total</i>	<i>Puntuación media</i>	<i>Puntuación clínica</i>	<i>Rango</i>
Bienestar Subjetivo	8	2	20	Moderado
Problemas-Síntomas	22	1.83	18.3	Moderado
Funcionamiento General	25	2.08	20.8	Moderado
Riesgo	7	1.17	11.7	Medio
Puntaje global	62	1.82	18.2	Moderado
Puntaje sin "Riesgo"	55	1.96	19.6	Moderado

### **Post Intervención.**

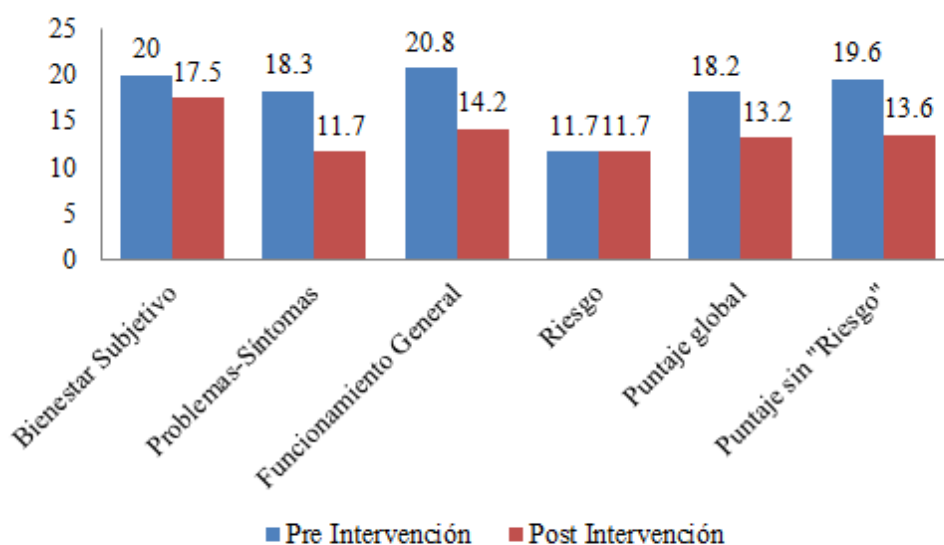
La segunda administración del CORE OM-34 fue llevada a cabo al finalizar las sesiones terapéuticas. De igual forma que en la anterior ocasión, esta evaluación fue completada por la madre del paciente (Anexo G), en referencia a XX. Los resultados obtenidos mostraron un cambio en comparación con los puntajes obtenidos en la pre-intervención. De esta manera, la puntuación clínica pasó de un rango *moderado* a uno *medio* (11-15), lo cual según el Índice de Cambio Fiable reconoce que dicha mejoría “supera el nivel de azar o error de medición” (Feixas et al., 2012, p. 16), es decir, que presenta un cambio de mínimo cinco puntos en la puntuación clínica, reduciendo así la severidad del rango y mejorando los síntomas. No obstante, a pesar de que la puntuación global del paciente en la post-intervención fue de 13.2 (rango medio), este sigue estando

por sobre el punto de corte clínico, lo cual refiere a una cierta dificultad en una o más áreas del funcionamiento de XX (Core System Group, 1998).

Al analizar las escalas de manera individual, se observa que todas menos el Bienestar Subjetivo (*rango moderado*), se encuentran dentro de un rango de gravedad *medio*. De este grupo, únicamente las escalas de Problemas-Síntomas y Funcionamiento General presentan un cambio fiable ( $\geq 5$ ), más no es el caso para Bienestar Subjetivo y la escala de Riesgo ( $\leq 5$ ). El resumen de los resultados post-intervención se observan en la Tabla 11, así como también una gráfica (Figura 2) con la comparación entre ambos períodos de tiempo (pre y post).

**Tabla 11. Resultados post intervención para el CORE OM-34**

<i>Escalas</i>	<i>Puntuación total</i>	<i>Puntuación media</i>	<i>Puntuación clínica</i>	<i>Rango</i>
Bienestar Subjetivo	7	1.75	17.5	Moderado
Problemas-Síntomas	14	1.17	11.7	Medio
Funcionamiento General	17	1.4	14.2	Medio
Riesgo	7	1.17	11.7	Medio
Puntaje global	45	1.32	13.2	Medio
Puntaje sin "Riesgo"	38	1.36	13.6	Medio



**Figura 2. Comparación de resultados pre y post intervención del CORE OM-34**

### **Análisis de resultados SCARED/ SCARED-P**

El *Screen for Child and Related Emotional Disorders* es un cuestionario de auto-reporte (o reporte de padres) que busca evaluar sintomatología ansiosa en individuos de 8 a 18 años, con el objetivo de determinar un posible cumplimiento de criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR. Esta prueba consiste de 5 escalas individuales (desorden de pánico, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y fobia escolar), y un índice total que las engloba a todas ellas. Su estandarización arrojó resultados adecuados en cuanto a su consistencia interna (0.74 a 0.93) y confiabilidad test-re-test (0.70 a 0.90) (Birmaher et al., 1997).

El *SCARED* fue administrado con el propósito de medir la sintomatología ansiosa del paciente y determinar la existencia de cambios una vez implementada la intervención. Adicionalmente, se buscó mediante el *SCARED* el sustentar reportes realizados por la madre y observaciones directas de la terapeuta con respecto a este tema.

#### **Pre Intervención.**

La administración del *SCARED* se llevó a cabo durante la primera sesión terapéutica, una vez obtenido el consentimiento informado para dicha evaluación por parte de la madre del paciente. Esta prueba fue completada en la versión de auto reporte del niño (*SCARED*) (Anexo H) y reporte de padres (*SCARED-P*) (Anexo I), y calificada de manera manual según las pautas establecidas en su investigación. Los resultados de la prueba por parte del cliente exhiben una sintomatología ansiosa significativa, la cual sugiere la presencia de un trastorno de ansiedad (Puntaje total= 33). Así, al considerar los resultados individuales de las escalas vemos que presentan puntajes significativamente elevados para ansiedad por separación (11 puntos) y para fobia social (10 puntos); no obstante al revisar los criterios respectivos en el DSM IV-TR, vemos que no cumple totalmente con los

mismos, ya que muchos de estos se superponen con criterios del diagnóstico primario del paciente (TEA), o no causan una discapacidad tan grave en áreas vitales de la vida del paciente.

En cuanto a los resultados de la madre de XX, se puede observar puntajes mucho más elevados que en el reporte de su hijo, lo cual puede deberse a un sub-registro por parte del paciente, o a una percepción mucho más severa de la sintomatología por parte del representante legal. De esta manera, tanto en el puntaje total del SCARED-P (60 puntos), así como en las escalas individuales de ansiedad se denotó una elevación significativa (Desorden de pánico=21; GAD=12; Ansiedad por separación=14; Evitación escolar significativa=6), a excepción de la escala de fobia social (7 puntos). La Tabla 12 expone los resultados completos tanto del SCARED como del SCARED-P para pre-intervención.

**Tabla 12. Resultados pre-intervención del Screen for Child Related Anxiety Disorders**

	<i>SCARED</i>	<i>SCARED-P</i>	<i>Rango clínico de las dimensiones sintomatológicas</i>
Puntaje total	33*	60*	≥ 25
Desorden de pánico	4	21*	≥ 7
Trastorno de ansiedad gene:	6	12*	≥ 9
Ansiedad por separación	11*	14*	≥ 5
Fobia social	10*	7	≥ 8
Evitación escolar significat	2	6*	≥ 3

*Nota: \*resultados pueden sugerir la presencia de algún trastorno de ansiedad según criterios del DSM IV-TR*

### **Post Intervención.**

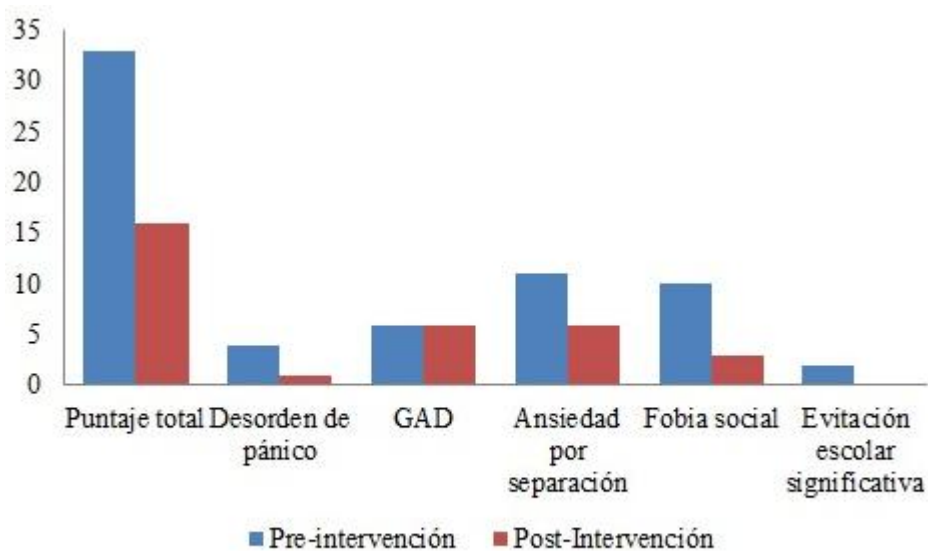
La segunda administración del SCARED tuvo lugar al finalizar el proceso terapéutico con el paciente. En esta ocasión los resultados de dicha evaluación tanto para el auto reporte del niño (Anexo J) como para el reporte de la madre (Anexo K) exhibieron un decrecimiento importante en la sintomatología de XX (Figura 3 y 4). Es así, que el puntaje total de ambas pruebas (SCARED=16; SCARED-P=24) no alcanzó el punto de corte (≥ 25) para considerarse dentro del rango clínico y sugerir la presencia de un trastorno de ansiedad. Por otro lado, al considerar las escalas individuales del reporte del niño, se aprecia que solo la de ansiedad por separación se mantuvo dentro del rango clínico (6

puntos), pero de todas formas, en menor intensidad que los resultados de pre-intervención. En cambio, los resultados de la madre muestran una diferencia considerable a comparación de los de la primera administración, tanto así que únicamente la escala de ansiedad por separación y la de fobia social representaron puntajes clínicos (7 y 9 puntos respectivamente) a diferencia de los resultados pre-intervención en los que todas las escalas menos una (ansiedad por separación), mostraron un rango clínico. La Tabla 13 resume los resultados post-intervención para el SCARED y SCARED-P.

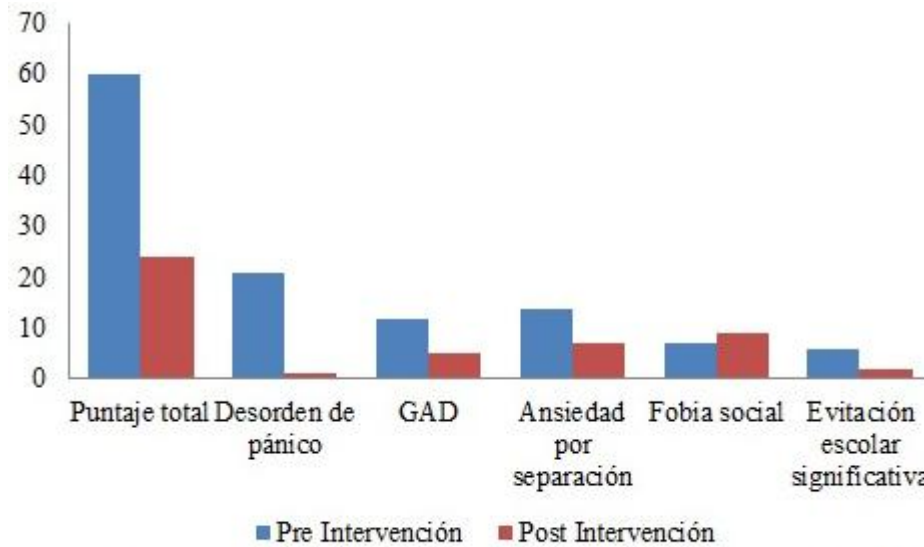
**Tabla 13. Resultados post-intervención del Screen for Child Related Anxiety Disorders**

	<i>SCARED</i>	<i>SCARED-P</i>	<i>Rango clínico de las dimensiones sintomatológicas</i>
Puntaje total	16	24	$\geq 25$
Desorden de pánico	1	1	$\geq 7$
Trastorno de ansiedad gene:	6	5	$\geq 9$
Ansiedad por separación	6*	7*	$\geq 5$
Fobia social	3	9*	$\geq 8$
Evitación escolar significat	0	2	$\geq 3$

*Nota: \*resultados pueden sugerir la presencia de algún trastorno de ansiedad según criterios del DSM IV-TR*



**Figura 3. Comparación entre resultados pre y post intervención del SCARED**



*Figura 4. Comparación entre resultados pre y post intervención del SCARED-P*

### **Análisis de resultados Vineland-II**

Se administró el Vineland Adaptive Behaviors Scale-2<sup>nd</sup> Edition al paciente XX. El Vineland-II mide las habilidades personales y sociales de los individuos desde el nacimiento hasta la edad adulta, proporcionando información sobre las habilidades de un individuo en relación con las destrezas prácticas necesarias para cuidarse a sí mismo y llevarse bien con terceros en casa y en la comunidad. La conducta adaptativa se refiere al rendimiento típico del individuo en las actividades del día a día. Estas escalas, por lo tanto, evalúan lo que una persona realmente hace, en contraste con lo que él o ella es capaz de hacer. El Vineland cubre comportamientos adaptativos en cuatro ámbitos diferentes: Comunicación, Habilidades de la vida diaria, socialización y habilidades motoras. También proporciona una puntuación compuesta que resume el desempeño del individuo en todos estos dominios. Su consistencia interna es mayor a 0.90 para los dominios y entre 0.80 y 0.90 para los subdominios, mientras que su confiabilidad test re-test fue de 0.73 a 0.92 tanto para dominios como subdominios (Sparrow et al. 2005). A continuación se presentan las puntuaciones pre intervención y post intervención de XX en esta prueba.



## **Pre Intervención.**

### ***Funcionamiento adaptativo general.***

El puntaje estándar de 81 para el *Compuesto de Comportamiento Adaptativo* de XX resume el nivel general de su funcionamiento. El nivel de confianza del 90% muestra una buena probabilidad de que su *Compuesto de Comportamiento Adaptativo* se encuentre dentro del rango de 75-87. Este compuesto clasifica al funcionamiento adaptativo general del paciente como *moderadamente bajo*; él puntea más alto que 10% de otros niños de 11 años (Anexo L).

### ***Desempeño en los dominios de comportamiento adaptativo.***

Los puntajes estándar de XX en los dominios de comportamiento adaptativo, junto con las bandas de error al 90% de intervalo de confianza, son los siguientes:

*Comunicación*,  $90 \pm 8$  (82-98); *Habilidades de la Vida Diaria*,  $89 \pm 8$  (81-97); y

*Socialización*,  $69 \pm 8$  (61-77). Sus puntajes en los dominios de Comunicación y

Habilidades de la Vida Diaria corresponden a rangos percentiles de 25 y 23

respectivamente, los cuales se encuentran en un nivel adaptativo *adecuado*. Por otro lado,

el puntaje del paciente en el dominio de Socialización corresponde a un rango percentil de

2, el cual se encuentra clasificado en un nivel adaptativo *bajo*, en comparación con niños

del mismo rango de edad. La Tabla 14 muestra un resumen de los puntajes estándar,

rangos percentiles, y niveles adaptativos de los dominios.

### ***Desempeño en los subdominios.***

Los v-scores de los subdominios de XX, junto con las bandas de error al 90% de intervalo de confianza, son los siguientes: *Receptivo*,  $8 \pm 2$  (6-10); *Expresivo*,  $13 \pm 2$  (11-

15); *Escrito*,  $19 \pm 2$  (17-21); *Personal*,  $15 \pm 3$  (12-18); *Doméstico*,  $13 \pm 2$  (11-15);

*Comunidad*,  $12 \pm 2$  (10-14); *Relaciones Interpersonales*,  $8 \pm 2$  (6-10); *Juego y Tiempo*

*Libre*,  $10 \pm 3$  (7-13); y *Habilidades de Afrontamiento*,  $10 \pm 2$  (8-12). Los v-scores de los subdominios de *Comunicación* del paciente se encuentran en un nivel adaptativo bajo (Receptivo), adecuado (Expresivo) y moderadamente alto (Escrito); con edades equivalentes de 2:5, 8:7, y 15:3, respectivamente. Los v-scores de los subdominios de *Habilidades de la Vida Diaria* se encuentran en un nivel adaptativo adecuado (Personal y Doméstico) y moderadamente bajo (Comunidad); con edades equivalentes de 11:3, 10:0, y 9:0. Los v-scores respecto a los subdominios de *Socialización* se encuentran en un nivel adaptativo bajo (Relaciones Interpersonales), moderadamente bajo (Juego y Tiempo Libre, y *Habilidades de Afrontamiento*); con edades equivalentes de 3:11, 6:7, y 5:6 respectivamente. Referirse a la Tabla 14 para el resumen de los niveles adaptativos y edades equivalentes de los subdominios.

**Tabla 14. Puntajes pre intervención para dominios, subdominios y compuesto de comportamiento adaptativo del Vineland-II Survey Interview Form**

DOMAIN	Standard Score	Percentile Rank	Adaptive Level	Age Equivalent
Communication Domain	90	25	Adequate	
Receptive			Low	2:5
Expressive			Adequate	8:7
Written			Moderately High	15:3
Daily Living Skills Domain	89	23	Adequate	
Personal			Adequate	11:3
Domestic			Adequate	10:0
Community			Moderately low	9:0
Socialization Domain	69	2	Low	
Interpersonal Relationships			Low	3:11
Play and Leisure Time			Moderately low	6:7
Coping Skills			Moderately low	5:6
Adaptive Behavior Composite	81	10	Moderately low	

*Nota: Puntuaciones estándar entre 85 y 115 se consideran dentro del rango estadísticamente promedio.*

***Fortalezas y debilidades según los puntajes estándar de los dominios.***

El funcionamiento adaptativo de XX en el área de Socialización (puntaje estándar de 69) representa una debilidad personal porque se encuentra a más de 10 puntos por

debajo de la mediana estándar del dominio. Por otro lado, el puntaje estándar del dominio de Comunicación (puntaje estándar 90) no sugiere una fortaleza o debilidad personal debido a que sus puntajes se encuentran a menos de 10 puntos sobre la mediana. El puntaje del dominio de Habilidades de la Vida Diaria es la mediana, por lo cual no se considera ni una fortaleza o debilidad relativa.

Al evaluar los *Pairwise Comparisons*, los cuales “permiten realizar análisis estadísticos de las diferencias de puntuaciones entre pares de subdominios y pares de dominios” (Sparrow et al., 2005, p. 59) al comparar los resultados con la muestra de estandarización de la prueba, la diferencia de 21 puntos entre el puntaje estándar de Comunicación de 90, y el puntaje estándar de Socialización de 69, es a la vez estadísticamente significativa al nivel de 0.05 e inusual; la diferencia cae en el extremo 5 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional. La diferencia de 20 puntos entre el puntaje estándar de Habilidades de la Vida Diaria de 89, y el puntaje estándar del dominio de Socialización de 69, es de igual manera estadísticamente significativo al nivel de 0.05 e inusual, ya que esta diferencia cae en el extremo 5 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional.

Se debe notar que en el caso de XX, el primer método evaluativo de la puntuación estándar, el cual identificó su debilidad significativa en Socialización, proveyó la información más concisa sobre sus fluctuaciones de dominio. El segundo método, la evaluación de los *Pairwise Comparisons*, indicó que los puntajes elevados en Comunicación y Habilidades de la Vida Diaria en comparación con los puntajes de Socialización ocurren en la muestra normativa infrecuentemente (5 por ciento). El tercer método, denominado determinación del rango, no suministró información nueva. Los rangos de 21 y 20 caen dentro del rango de 35 puntos sugerido para considerar al

*Compuesto de Comportamiento Adaptativo* como una descripción significativa del funcionamiento general del paciente.

***Fortalezas y debilidades según los v-scale scores de los subdominios.***

Al considerar los subdominios dentro de Comunicación, se puede ver que su desempeño en el subdominio Receptivo (v-score de 8) representa una debilidad personal para el paciente, debido a que se encuentra 5 puntos por debajo de la mediana de 13 puntos. De manera opuesta, su desempeño en el subdominio Escrito (v-score de 19) denota una fortaleza personal para XX, ya que se encuentra 6 puntos por arriba de la mediana de los v-scores para ese dominio. Otra fortaleza corresponde al subdominio Personal (v-score de 15) dentro de Habilidades de la Vida Diaria, ya que se encuentra 2 puntos por arriba de la mediana de dicho dominio. Contrariamente, el desempeño de XX en el subdominio de Relaciones Interpersonales (v-score de 8) perteneciente a Socialización representa otra debilidad personal, ya que se encuentra 2 puntos por debajo de la media para ese dominio.

Cuando se evalúa las comparaciones potencialmente informativas entre los subdominios pertenecientes a diversos dominios, la diferencia de 5 puntos entre el subdominio Expresivo (v-score de 13) y el subdominio de Relaciones Interpersonales (v-scores de 8) es estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 y es también inusual. La diferencia cae entre el extremo 1 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional. Además, la diferencia de 4 puntos entre el subdominio Receptivo (v-score de 8) y el subdominio de Comunidad (v-score de 12) es significativa para 0.05 e inusual, ya que cae en el extremo 10 por ciento para el grupo etario de XX en la muestra normativa. Por último, otra diferencia significativa para 0.05 es entre los subdominios Personal (v-score de 15) y de Relaciones Interpersonales (v-score de 8), debido a que presentan una diferencia de 7 puntos que cae en el extremo 1% para el grupo de edad del paciente.

### ***Hipótesis sobre las fluctuaciones del perfil.***

El clínico podría generar varias hipótesis acerca del desempeño de XX en el *Survey Interview Form*. El perfil de puntajes de XX muestra déficits en diferentes áreas de comportamiento adaptativo. Dicho perfil se asemeja a aquel para autismo de alto funcionamiento o síndrome de Asperger en cuanto presenta los puntajes más bajos en el dominio de Socialización en comparación con los otros dominios. Además, existen discrepancias significativas a través de varios subdominios, y muestra puntajes especialmente bajos para Relaciones Interpersonales (el desempeño en éste subdominio parece ser el contribuyente más importante hacia su debilidad en el dominio de Socialización), Juego y Tiempo Libre y Habilidades de Afrontamiento en comparación a otros subdominios. No obstante, el perfil alude a niveles adaptativos bajos para el subdominio de Expresivo, más XX presenta un nivel adecuado (aunque muestra puntajes bajos en el subdominio Receptivo). Esto puede deberse a que su trastorno involucra una habilidad verbal superior a lo usual en este espectro, relevante más hacia el perfil de Asperger, el cual muestra puntajes generales más elevados para el dominio de Comunicación.

Todas las hipótesis generadas por su desempeño deben ser apoyados por observaciones de comportamiento adicionales, o resultados de otras evaluaciones.

### ***Comportamiento desadaptativo.***

Los v-scores de 22, 21 y 23 para las sub-escalas de *Internalización*, *Externalización* y el *Índice de Comportamientos Desadaptativos* respectivamente, caen dentro del nivel clínicamente significativo y responden a un intervalo de confianza del 90%. Todos estos valores podrían estar sustentando los problemas que encuentra el paciente dentro de su contexto escolar con sus compañeros de clase y profesores, o también apoyando su

impulsividad y su sintomatología ansiosa. La Tabla 15 muestra los resultados pre-intervención para los comportamientos desadaptativos y su índice.

**Tabla 15. Puntajes pre intervención para comportamientos desadaptativos de internalización, externalización e índice de comportamientos desadaptativos.**

Maladaptive Behavior Domain	Standard Score	Level
Internalizing	22	Clinically significant
Externalizing	21	Clinically significant
Maladaptive Behavior Index	23	Clinically significant

### ***Conclusiones.***

El funcionamiento general adaptativo de XX se encuentra clasificado como moderadamente bajo, mostrando las puntuaciones más bajas, así como debilidades personales respecto al dominio de Socialización. Este resultado no es inesperado considerando el diagnóstico primario del paciente dentro del espectro autista, y teniendo como uno de los criterios principales las dificultades en el área social. Adicionalmente, se presentan niveles especialmente bajos para el subdominio Receptivo, y moderadamente bajos para los subdominios de comunidad, Juego y Afrontamiento. Una revisión sobre los ítems en estas áreas podría ser utilizada para trabajar sobre ellas e incrementar el funcionamiento general del paciente. Por último, se debe tener en cuenta la significancia mostrada en el funcionamiento desadaptativo de XX y trabajar sobre esto durante la intervención.

### **Post Intervención.**

#### ***Funcionamiento adaptativo general.***

El puntaje estándar de 87 para el *Compuesto de Comportamiento Adaptativo* de XX resume el nivel general de su funcionamiento. El nivel de confianza del 90% muestra una

buena probabilidad de que su *Compuesto de Comportamiento Adaptativo* se encuentre dentro del rango de 81-93. Este compuesto clasifica al funcionamiento adaptativo general del paciente como *adecuado*; él puntea más alto que 19% de otros niños de 11 años (Anexo M).

### ***Desempeño en los dominios de comportamiento adaptativo.***

Los puntajes estándar de XX en los dominios de comportamiento adaptativo, junto con las bandas de error al 90% de intervalo de confianza, son los siguientes:

*Comunicación*,  $94 \pm 8$  (86-104); *Habilidades de la Vida Diaria*,  $103 \pm 8$  (95-111); y

*Socialización*,  $69 \pm 8$  (61-77). Sus puntajes en los dominios de Comunicación y

Habilidades de la Vida Diaria corresponden a rangos percentiles de 30 y 58

respectivamente, los cuales se encuentran en un nivel adaptativo *adecuado*. Por otro lado,

el puntaje del paciente en el dominio de Socialización corresponde a un rango percentil de

2, el cual se encuentra clasificado en un nivel adaptativo *bajo*, en comparación con niños

del mismo rango de edad. La Tabla 16 muestra un resumen de los puntajes estándar,

rangos percentiles y niveles adaptativos de los dominios.

### ***Desempeño en los subdominios.***

Los v-scores de los subdominios de XX, junto con las bandas de error al 90% de

intervalo de confianza, son los siguientes: *Receptivo*,  $15 \pm 2$  (13-17); *Expresivo*,  $13 \pm 2$

(11-15); *Escrito*,  $14 \pm 2$  (12-16); *Personal*,  $17 \pm 3$  (14-20); *Doméstico*,  $17 \pm 2$  (15-19);

*Comunidad*,  $12 \pm 2$  (10-14); *Relaciones Interpersonales*,  $9 \pm 2$  (7-11); *Juego y Tiempo*

*Libre*,  $9 \pm 3$  (6-12); y *Habilidades de Afrontamiento*,  $10 \pm 2$  (8-12). Todos los v-scores de

los subdominios de *Comunicación* del paciente se encuentran en un nivel adaptativo

*adecuado*; con edades equivalentes de 11:0, 8:7, y 10:10, respectivamente. Los v-scores de

los subdominios de Habilidades de la Vida Diaria se encuentran en un nivel adaptativo adecuado (Personal y Doméstico) y moderadamente bajo (Comunidad); con edades equivalentes de 14:0, 13:9 y 11:3. Los v-scores respecto a los subdominios de Socialización se encuentran en un nivel adaptativo bajo (Relaciones Interpersonales y Juego y Tiempo Libre) y moderadamente bajo (Habilidades de Afrontamiento); con edades equivalentes de 4:8, 5:10, y 5:6 respectivamente. Referirse a la Tabla 16 para un resumen sobre los niveles adaptativos y edades equivalentes de los subdominios aquí presentados.

**Tabla 16. Puntajes post intervención para dominios, subdominios y compuesto de comportamiento adaptativo del Vineland-II Survey Interview Form**

DOMAIN	Standard Score	Percentile Rank	Adaptive Level	Age Equivalent
Communication Domain	92	30	Adequate	
Receptive			Adequate	11:00
Expressive			Adequate	8:7
Written			Adequate	10:10
Daily Living Skills Domain	106	66	Adequate	
Personal			Adequate	11:3
Domestic			Moderately high	10:0
Community			Moderately low	9:0
Socialization Domain	69	2	Low	
Interpersonal Relationships			Low	4:8
Play and Leisure Time			Low	5:10
Coping Skills			Moderately low	5:6
Adaptive Behavior Composite	88	21	Adequate	

***Fortalezas y debilidades según los puntajes estándar de los dominios.***

El funcionamiento adaptativo de XX en el área de Habilidades de la Vida Diaria (puntaje estándar de 103) representa una fortaleza personal porque se encuentra a 9 puntos por encima de la mediana estándar del dominio. En contraste, su funcionamiento en el área de Socialización (puntaje estándar de 69) representa una debilidad personal debido a que se encuentra 25 puntos por debajo de la mediana para ese dominio. Por otro lado, el dominio



de Comunicación no representa fortalezas o debilidades relativas, debido a que su puntaje es considerado como la mediana del grupo.

Al evaluar los *Pairwise Comparisons*, mediante la comparación con datos normativos establecidos por la prueba de medición, la diferencia de 25 puntos entre el puntaje estándar de Comunicación de 94, y el puntaje estándar de Socialización de 69, es a la vez estadísticamente significativa al nivel de 0.05 e inusual; la diferencia cae en el extremo 5 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional. La diferencia de 34 puntos entre el puntaje estándar de Habilidades de la Vida Diaria de 103, y el puntaje estándar del dominio de Socialización de 69, es de igual manera estadísticamente significativo al nivel de 0.05 e inusual, ya que esta diferencia cae en el extremo 1 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional.

Se debe notar que en el caso de XX, el primer método evaluativo de la puntuación estándar, el cual identificó su debilidad significativa en Socialización, proveyó la información más concisa sobre sus fluctuaciones de dominio. El segundo método, la evaluación de los *Pairwise Comparisons*, indicó que los puntajes elevados en Comunicación y Habilidades de la Vida Diaria en comparación con los puntajes de Socialización ocurren en la muestra normativa infrecuentemente (5 o 1 por ciento). El tercer método, denominado determinación del rango, no suministró información nueva. Los rangos de 25 y 34 caen dentro del rango de 35 puntos sugerido para considerar al *Compuesto de Comportamiento Adaptativo* como una descripción significativa del funcionamiento general del paciente.

### ***Fortalezas y debilidades según los v-scale scores de los subdominios.***

Al considerar los subdominios dentro de Habilidades de la Vida Diaria, se puede ver que su desempeño en Comunidad (v-score de 12) representa una debilidad personal

para el paciente, debido a que se encuentra 5 puntos por debajo de la mediana de 17 puntos. Por otro lado, a diferencia de los resultados pre intervención, XX ya no presenta una debilidad en el subdominio Receptivo de Comunicación, inclusive ahora se encuentra dentro de un nivel adaptativo adecuado, así como el resto de subdominios en esta área. Además, todos los subdominios pertenecientes a Socialización se encuentran dentro de un rango bajo (Relaciones Interpersonales y Juego) o moderadamente bajo (Habilidades de Afrontamiento), los mismos que no son considerados como una debilidad personal pero si denotan un desempeño inadecuado por parte del paciente.

Cuando se evalúa las comparaciones entre los subdominios pertenecientes a una área en común, se puede apreciar que la diferencia de 5 puntos entre el v-score del subdominio Personal de 17 y el subdominio de Comunidad de 12 es estadísticamente significativa a un nivel de 0.05, y es también inusual. La diferencia cae en el extremo 5 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional. Lo mismo ocurre con la diferencia de 5 puntos entre el subdominio Doméstico y de Comunidad, debido a que presentan los mismos puntajes que la comparación anterior. Por otra parte, al evaluar comparaciones potencialmente informativas entre subdominios de diversas áreas, la diferencia de 4 puntos entre el subdominio Expresivo (v-score de 13) y el subdominio de Relaciones Interpersonales (v-scores de 9) se muestra estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 y también inusual. La diferencia cae entre el extremo 5 por ciento para su grupo de edad en la muestra normativa nacional. Por último, la diferencia de 8 puntos entre el subdominio Personal (v-score de 17) y el subdominio de Relaciones Interpersonales (v-score de 9) es significativa para 0.05 e inusual, ya que cae en el extremo 5 por ciento para el grupo etario de XX en la muestra normativa.

### ***Hipótesis sobre las fluctuaciones del perfil.***

El clínico podría generar varias hipótesis acerca del desempeño de XX en el *Survey Interview Form*. El perfil de puntajes de XX muestra déficits principalmente en el dominio de Socialización en comparación con los otros dominios del comportamiento adaptativo, y en relación a otros niños en el rango de edad de XX. En cuanto a este déficit, el paciente denota un puntaje estándar de 69, mientras que la media del grupo clínico autista fue de 64.4, demostrando así que se encuentra ligeramente sobre esta media. En esta instancia el perfil se sigue asemejando a aquel para trastorno del espectro autista de alto funcionamiento, así como por las discrepancias significativas encontradas a través de algunos subdominios (aunque menores que en los resultados pre intervención). Finalmente, en el área de comunicación nos encontramos con un nivel adaptativo adecuado, lo cual apoya el cuadro diagnóstico de TEA sin presencia de discapacidades lingüísticas.

### ***Comportamiento desadaptativo.***

Los v-scores de 20 y 18 para las sub-escalas de *Internalización* y *Externalización*, caen dentro un nivel elevado respondiendo a un intervalo de confianza del 90%, mientras que el *Índice de Comportamientos Desadaptativos* cae dentro de un nivel clínicamente significativo dentro del mismo intervalo de confianza. Así, a pesar de que se dio una reducción en los v-scores de los comportamientos adaptativos, la generalidad sigue marcando como significativa. La Tabla 17 muestra los resultados de los comportamientos desadaptativos del cliente en la segunda administración del Vineland-II.

**Tabla 17. Puntajes post intervención para comportamientos desadaptativos de internalización, externalización e índice de comportamientos desadaptativos.**

<b>Maladaptive Behavior Domain</b>	<b>Standard Score</b>	<b>Level</b>
Internalizing	20	Elevated
Externalizing	18	Elevated
Maladaptive Behavior Index	21	Clinically significant

### ***Conclusiones.***

El funcionamiento general adaptativo de XX se encuentra clasificado como *adecuado*, mostrando un incremento en los puntajes de su desempeño general a comparación de los resultados pre intervención. No obstante, el paciente sigue manteniendo las puntuaciones más bajas, así como debilidades personales respecto al dominio de Socialización. Como se mencionó antes, dicho resultado no es inesperado considerando el diagnóstico primario del paciente dentro del espectro autista, y teniendo como uno de los criterios principales las dificultades en el área social. De este modo, se presentan niveles especialmente bajos para el subdominio de Relaciones Interpersonales y Juego, y moderadamente bajos para los subdominios de Comunidad y Afrontamiento. Adicionalmente, a pesar que se dio una reducción en las conductas desadaptativas del paciente, bajando de un nivel clínico a uno elevado, su índice compuesto sigue siendo significativo, lo cual es un punto importante a tener en cuenta para trabajo a futuro.

### **Análisis de resultados BASC-2**

El BASC-2 es una herramienta diseñada para la evaluación del comportamiento y las autopercepciones de niños y adultos jóvenes dentro de un rango de edad de 2 a 25 años, así como para realizar diagnósticos diferenciales, desarrollar planes de tratamiento, y para la clasificación educacional de desórdenes de la niñez (Reynolds & Kamphaus, 2004; Brassard & Boehm, 2007). Dicho sistema mide varias dimensiones del comportamiento y la personalidad mediante 5 componentes que le dan la denominación de multimétodo, es decir, diferentes fuentes de recolección de información (padres, maestros, auto-reporte, encuestas y un sistema de observación) para una mejor comprensión de los sujetos a evaluar. El BASC-2 presenta una consistencia interna general de 0.81 a 0.96, una confiabilidad test re-test en un rango de 0.77 a 0.90 para la escala de padres y auto-reporte, y de 0.86 a 0.94 para la escala de maestros (Reynolds & Kamphaus, 2010).

La administración del BASC-2 se llevó a cabo dentro de las primeras sesiones terapéuticas con el paciente. Para esto se completó manualmente la escala de valoración para padres (PRS) (Anexo N) y la escala de auto reporte (SRP) (Anexo O) pertinentes a la edad de XX; mientras que el proceso de calificación de la prueba fue computarizado. Los resultados de esta herramienta evaluativa no pudieron ser empleados para el presente estudio debido a que el patrón de respuestas de la madre fue inconsistente, y el patrón de respuesta de XX fue consistente con un sub-registro de síntomas. Estos resultados pueden ser explicados mediante factores como cansancio y distracción por parte de ambos, o por falta de introspección en el paciente.

Las respuestas de la madre arrojaron una puntuación dentro del rango de "precaución"/"extrema precaución" en el índice de validez y consistencia (Consistency Validity Index); este índice particular, sugiere que la madre del paciente pudo haber sido descuidada en la respuesta a los ítems de la prueba o pudo haber completado esta prueba sin tener en cuenta el contenido de los ítems. Las elevaciones en esta escala se producen cuando la persona evaluada ofrece diferentes respuestas a ítems que son usualmente contestados de la misma manera.

Por otro lado, los resultados del paciente sugieren que XX se considera a sí mismo como emocionalmente sano y bien adaptado. Reportó no haber problemas con su actitud hacia profesores o hacia la escuela en general. No indicó sentimientos de ansiedad o depresión, hiperactividad o problemas de atención, u otros problemas emocionales o de comportamiento. Sus puntuaciones sugieren que tiene una creencia adecuada en sus habilidades de logro en los niveles esperados, y se retrata a sí mismo como exitoso. También, XX se retrata a sí mismo como libre de estrés y tensión relacionada con situaciones sociales.

En el área de adaptativa, las puntuaciones del paciente indican que se presenta a sí mismo como alguien que tiene relaciones positivas con sus padres, un nivel adecuado de autoestima, habilidades interpersonales bien desarrolladas, y una creencia adecuada en su capacidad de tomar decisiones por su cuenta. Dada la dificultad que ha tenido en la escuela/los problemas de conducta que se han observado/las inquietudes emocionales que se han observado, estas puntuaciones del BASC podrían ser demasiado optimistas. Esto puede deberse a una actitud defensiva o a una falta general de introspección de su propia estructura psicológica.

### **Importancia del estudio**

Este estudio de caso es importante ya que elabora profundamente sobre el trastorno del espectro autista y síntomas comórbidos comunes al mismo (como es la ansiedad), lo cual es un tema carente de una amplia literatura en el contexto ecuatoriano. Así, este estudio provee información relevante a personas afines al tema, y pone a conocimiento de las mismas una forma de abordaje y entendimiento del problema. Adicionalmente, la importancia del estudio reside en la expansión y apoyo de la investigación científica existente que promueve a la terapia cognitiva conductual como método efectivo para el tratamiento de población dentro del espectro autista junto con sus trastornos comórbidos, así como en el delineamiento de pautas para estudios futuros. Todo esto, tomando en consideración que siendo un estudio de caso, sus resultados no pueden ser generalizados a una población más amplia.

### **Resumen de sesgos del autor**

En este estudio de caso pudieron haber tomado parte varios sesgos atribuibles principalmente a las herramientas de evaluación empleadas. Esto hace referencia a las pruebas psicológicas de naturaleza de auto-reporte, ya que la administración de las mismas

pudo estar directamente influenciada por factores tales como el agotamiento físico o mental, falta de motivación, o falta de concentración. Además, dichas pruebas no presentan escalas de validez o confiabilidad, por tanto se vuelve un tema delicado el saber si el paciente y su madre respondieron de forma honesta y si estos resultados son idóneos para ser interpretados. Por último, cabe mencionar que dado que todas las pruebas utilizadas en este estudio fueron estandarizadas en países como Estados Unidos y el Reino Unido, el análisis de los resultados pudo haber estado sesgado.

## CONCLUSIONES

### Respuestas a las preguntas de investigación

A través de este estudio, se pudo dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas para el mismo. Así, ante la pregunta de *¿cómo y hasta qué punto la terapia cognitiva conductual reducirá los síntomas de ansiedad de un niño de 11 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista?*, los resultados obtenidos muestran que mediante el proceso terapéutico llevado a cabo con XX, la sintomatología ansiosa experimentó un decremento considerable al compararla en los intervalos pre y post-intervención. De igual manera, ante la pregunta de *¿cómo y hasta qué punto la reducción de los síntomas de ansiedad mejorarán el funcionamiento general del paciente respecto a su TEA?*, los resultados proveyeron de datos comparativos importantes en cuanto a la funcionalidad del paciente, la misma que pasó de un nivel moderadamente bajo a uno adecuado después de la implementación de la terapia cognitiva conductual. Tales resultados serán detallados a continuación.

### Discusión

La terapia cognitiva conductual está considerada como un enfoque terapéutico empíricamente sustentado para el tratamiento de ansiedad en niños de normal desarrollo. No obstante, la creciente investigación acerca de su aplicación en población joven con trastornos del espectro autista, así como con su elevada comorbilidad ansiosa, ha demostrado ser igualmente efectiva para este grupo humano, siempre y cuando se tomen en cuenta consideraciones relevantes a su nivel de desarrollo (Sofronoff et al., 2005; Sze & Wood, 2008; Wood et al., 2009; Lang et al., 2010; Scarpa et al., 2013). De esta manera, mediante las modificaciones pertinentes implementadas al plan de tratamiento y los



métodos de medición objetiva utilizadas, este estudio de caso mostró resultados que apoyan la efectividad de la CBT expuesta en la literatura.

En primer lugar, los resultados evidenciaron reducciones importantes en la sintomatología ansiosa del paciente a través del *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*. Esto posicionó a XX fuera de puntuaciones clínicas globales, sugerentes de un trastorno comórbido de ansiedad al momento de la post intervención. La naturaleza considerablemente decreciente de la sintomatología se presentó tanto en la versión de auto-reporte como en la de reporte de padres, siendo este también el caso para puntajes globales y escalas individuales del SCARED y SCARED-P, a pesar de que no todas las escalas de ansiedad abandonaron la condición clínica. En cuanto a los cambios, el tamaño del efecto más grande se presenció en la comparación de resultados pre y post registrados por la representante de XX, debido a que hubo una reducción del 60% en la puntuación total de ansiedad, sin embargo, se debe tener en consideración que las puntuaciones sumamente elevadas en los resultados de la pre-intervención (por parte de la madre) a comparación con los puntajes del paciente pueden sugerir una falta de introspección y/o sub-registro de información por parte de XX, o al contrario, un patrón de respuesta de sobre-registro por parte de la madre denotando gran preocupación por la condición de su hijo. No obstante, los resultados mostraron una mejoría sintomatológica importante en el paciente, a la cual pudieron haber contribuido factores relevantes a la intervención CBT, como el desarrollo de herramientas para el manejo de la ansiedad, la educación afectiva y el monitoreo constante emocional, así como técnicas de modificación cognitiva adecuadas a las necesidades del niño (ej. registros de pensamiento).

Por otro lado, la funcionalidad de XX exhibió una transición ascendente al pasar de un nivel adaptativo moderadamente bajo a uno adecuado, mostrando así que su desempeño

en habilidades requeridas para la competencia social y personal mejoró en al menos una desviación estándar después del proceso de intervención terapéutica con CBT. Dicha mejoría se evidenció principalmente en el *Compuesto de Comportamiento Adaptativo* del Vineland-II, el cual engloba los resultados generales de la funcionalidad en los dominios de comunicación, habilidades de la vida diaria y socialización. Sin embargo, al prestar atención a los subdominios, se observó que la mejoría del funcionamiento del paciente recayó especialmente en las áreas de comunicación receptiva, habilidades de cuidado personal, tareas domésticas y relaciones interpersonales. Estas mejorías en XX se ven relacionadas al decremento de la sintomatología ansiosa, es decir, que paralelamente a la reducción de los síntomas de ansiedad antes explicados, el paciente mejoró su funcionamiento adaptativo en varias áreas, respondiendo así a la segunda pregunta de investigación planteada por el estudio. Sin embargo, cabe mencionar que mientras se puede señalar una asociación entre estas variables, no es posible acusar causalidad ente las mismas, ya que no se desarrolló un estudio estadístico para sustentar este tema.

No obstante, además de la asociación con la reducción de los síntomas de ansiedad, se puede tomar en cuenta otros factores adicionales que pudieron haber contribuido a las mejorías presentadas en los resultados finales. De esta forma, es posible considerar la relación entre el aumento en la recepción y las formas alternativas de comunicación empleadas durante la intervención, las cuales estuvieron enfocadas en el nivel de desarrollo del niño a través de ayudas visuales y la minimización de lenguaje abstracto o ambiguo. Así, dichas modificaciones llevarían al niño a un proceso de comprensión mucho más elevado, y por ende a la efectividad de la CBT, tal como lo plantea la investigación existente (Moree & Davis, 2010; Scarpa et al. 2013). Por otro lado, en cuanto a las habilidades personales y tareas domésticas, se podría argumentar que factores tales como la intervención parental y el fomento de una mayor autonomía por parte de los mismos

sobre su hijo contribuyeron para la mejoría en estas áreas, así como también el trabajo psicoterapéutico con la subsiguiente modificación de cogniciones de incapacidad. Por último, la mejoría sutil en el dominio de las relaciones interpersonales tiene mucho que ver con el abordaje en el tratamiento de XX no solo de la sintomatología comórbida latente, sino de las deficiencias relevantes al diagnóstico primario de TEA (en este caso, habilidades sociales), lo cual se expone en la literatura como un factor contribuyente con el incremento en la funcionalidad de los sujetos (Moree & Davis, 2010). A pesar de esto, el dominio de socialización del paciente permaneció en un nivel adaptativo bajo y como una debilidad personal, lo cual hace mención a la naturaleza pervasiva del trastorno del espectro autista que se conoce que no llega a remisión total de síntomas, sino solo a la merma de intensidad de sus deficiencias. Adicionalmente, a través de esta herramienta de medición se pudo observar que hubo una mejoría en los dominios opcionales de comportamientos desadaptativos de externalización e internalización. Estos dominios ofrecen información importante sobre comportamientos poco apropiados que pueden estar interfiriendo con la funcionalidad adaptativa del paciente, por tanto, su mejoría se podría decir que repercutió sobre el incremento en las puntuaciones de la funcionalidad general, a pesar de que siguieron estando dentro de rangos clínicos.

Por otra parte, en cuanto a los resultados del CORE OM-34 se observó que el paciente tuvo un cambio fiable, es decir, que la intensidad de sus síntomas pasó de un rango moderado a uno medio (incluida la sintomatología ansiosa), dejando de lado la probabilidad de que dicha mejoría sea resultado del azar o errores de medición, ergo validando su mejora. Además, dado el hecho de que esta evaluación es apta para la determinación de eficacia del proceso terapéutico (Feixas et al., 2012; Evans et al., 2002), se puede argumentar que los cambios experimentados por el paciente desde el período de

pre a post intervención, sugieren efectividad de la terapia cognitiva conductual en este específico caso.

### **Limitaciones del estudio**

Una de las principales limitaciones de esta investigación y generalmente de los diseños de estudio de caso, es la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos hacia una población más amplia, ya que la naturaleza de la muestra en cuanto a presentación de sintomatología, contexto y características demográficas es única, restringe la representatividad y no permite réplica. La segunda limitación se trata de la continuidad de intervención, la misma que se vio interferida por posposición de sesiones bajo petición de la madre del paciente, lo cual pudo haber afectado el progreso del mismo a lo largo del proceso. En tercer lugar, se encuentra el empleo de herramientas de medición carentes de escalas de validez, razón por la cual no se sabe con certeza si los resultados registrados tanto por la madre como el paciente fueron aptos para interpretación, y cuál fue su actitud al responder las evaluaciones. En cuarto lugar, se puede mencionar que la atención psicológica dentro de la residencia del paciente pudo haber jugado un papel importante en la calidad de los resultados presentados, ya que al no ser un entorno nuevo para XX, su ansiedad pudo haberse mostrado mucho más mermada que en una situación desconocida para él, o al contrario, pudo haber contribuido como factor distractor en el progreso del paciente. Por último, es importante mencionar que no se tiene información acerca del mantenimiento de resultados o posibles recaídas en el paciente a través del tiempo, ya que las evaluaciones post tratamiento fueron realizadas inmediatamente después de la última sesión.

### **Recomendaciones para futuros casos, estudios e intervenciones**

La investigación futura debería enfocarse en seleccionar muestras representativas de la población ecuatoriana, bajo la condición de espectro autista, para poder extender la eficacia de la CBT vista en este estudio en el contexto nacional. Adicionalmente, para confirmar de forma estadística la eficacia de la intervención utilizada, así como su consecuente mejoría de los sujetos, se debería optar por la adición de grupos control para reducir la posibilidad de influencia externa en los resultados obtenidos. Además, se recomienda en futuros estudios, la recolección de información por parte de maestros o personas con roles similares que conozcan el comportamiento de los sujetos en el contexto académico, así como la incorporación de la participación activa de los padres en terapia ya que según investigaciones traería consigo resultados mucho más beneficiosos (Sze & Wood, 2007). Por último, se recomienda el control sobre el tiempo de intervención y el escenario en el cual se llevará a cabo la misma.

### **Resumen general**

La presente investigación se basó en el estudio de caso de un niño de 11 años, de origen ecuatoriano, diagnosticado con trastorno del espectro autista y con una elevada sintomatología comórbida de naturaleza ansiosa. El trabajo terapéutico con dicho sujeto consistió en la implementación de la terapia cognitiva conductual adecuada a las necesidades del paciente, con el objetivo de reducir los síntomas ansiosos y mejorar la funcionalidad del mismo. Para esto, se llevaron a cabo 17 sesiones de 45 minutos cada una, en el plazo de alrededor de 3 meses, las cuales se enfocaron en una educación afectiva, desarrollo de estrategias para el manejo de ansiedad, y estrategias de resolución de problemas. Con el propósito de medir objetivamente posibles cambios en el paciente, se optó por la administración de herramientas de evaluación como el *CORE OM-34*, el *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*, y el *Vineland-II*. Los resultados arrojados

por dichas pruebas mostraron que en efecto hubo una reducción considerable de la sintomatología ansiosa relacionada a un aumento paralelo del nivel de funcionamiento adaptativo del paciente. Tales conclusiones fueron inferidas de la comparación de puntajes pre y post intervención, los cuales también evidenciaron la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la ansiedad en población autista, tal y como lo sugiere la literatura.

## REFERENCIAS

- Alabdali, A., Al-Ayadhi, L., & El-Ansary, A. (2014). A key role for an impaired detoxification mechanism in the etiology and severity of autism spectrum disorders. *Behav Brain Funct*, *10*(1), 14.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International review of psychiatry*, *14*(2), 129-134.
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. & Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental*, *31*(1), 37-44.
- Alderson-Day, B., & McGonigle-Chalmers, M. (2011). Is it a bird? Is it a plane? Category use in problem-solving in children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *41*(5), 555-565.
- Alessandri, M., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Rev Neurol*, *40* (Supl 1), S137-S41.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Araújo Jiménez, Eva A, Jané Ballabriga, María Claustra, Bonillo Martín, Albert, Canals, Josefa, Viñas, Ferrán, & Doménech-Llaberia, Edelmira. (2012). Prevalencia de la sintomatología del Síndrome de Asperger y variables asociadas en preescolares españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *44*(2), 67-74. Retrieved October 14, 2014, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342012000200006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342012000200006&lng=en&tlng=es).
- Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista de neurología*, *28*(Supl 2), 118-23.
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *32*(115), 567-587.
- Asociación Ecuatoriana de Autismo. (2014). *Registro de personas con autismo*. Retrieved October 13, 2014 from <http://www.autismoecuador.org/registro.html>
- Asperger Association of New England. (2008). *What is Aspergers Syndrome?* Recuperado el 31 de octubre de 2014, de [http://www.aane.org/about\\_asperger\\_syndrome/what\\_is\\_asperger\\_syndrome.html](http://www.aane.org/about_asperger_syndrome/what_is_asperger_syndrome.html)

- Association for Behavioral and Cognitive Therapies. (2015, January 1). What is cognitive behavior therapy (CBT)? Retrieved December 1, 2014, from [http://www.abct.org/Information/?m=mInformation&fa=\\_WhatIsCBTpublic](http://www.abct.org/Information/?m=mInformation&fa=_WhatIsCBTpublic)
- Attwood, A. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers
- Attwood, T. (2004). *Exploring feelings: Cognitive behaviour therapy to manage anxiety*. Arlington, Texas: Future Horizons.
- Bal, E., Harden, E., Lamb, D., Van Hecke, A. V., Denver, J. W., & Porges, S. W. (2010). Emotion Recognition in Children with Autism Spectrum Disorders: Relations to Eye Gaze and Autonomic State. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 358–370.
- Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., ... & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of pediatrics*, 157(2), 259-264.
- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(3), 213-224.
- Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G., Swettenham, J., Nightingale, N., Morgan, K., Drew, A. & Charman, T. (1996). Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *The British Journal of Psychiatry*, 168(2), 158-163.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). New York, New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 1-24.



- Beck Institute. (2015, January 1). History of cognitive therapy. Retrieved December 1, 2015, from <http://www.beckinstitute.org/history-of-cbt/>
- Begeer, S., Koot, H. M., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stegge, H. (2008). Emotional competence in children with autism: Diagnostic criteria and empirical evidence. *Developmental Review, 28*(3), 342-369.
- Begeer, S., Terwogt, M. M., Rieffe, C., Stegge, H., & Koot, H. M. (2007). Do children with autism acknowledge the influence of mood on behaviour?. *Autism, 11*(6), 503-521.
- Benenti, N. (2014). Principios de psicología-Las distorsiones cognitivas Inventario de pensamientos automáticos.
- Benítez-Burraco, A. (2008). Autismo y lenguaje: aspectos moleculares. *Rev Neurol, 46*(40), 8.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(4), 545-553
- Bölte, S., Holtmann, M., & Poustka, F. (2008). The Social Communication Questionnaire (SCQ) as a screener for autism spectrum disorders: Additional evidence and cross-cultural validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(6), 719-720.
- Brassard, M. R., & Boehm, A. E. (2007). *Preschool Assessment Principles and Practices*. New York: The Guilford Press.
- Broekhof, E., Ketelaar, L., Stockmann, L., van Zijp, A., Bos, M. G., & Rieffe, C. (2015). The Understanding of Intentions, Desires and Beliefs in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 1*-11.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review, 26*(1), 17-31.
- Cabello, J. F. (2004). Síndrome de Rett. *Sociedad de psiquiatria y neurologia de la infancia y adolescencia, 15*(1), 14.
- Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *APORTES, 5*(1).
- Campos Paredes, C. (2007). *Trastornos del espectro autista*. México: Manual moderno.
- Carmo, J. C., Rumiati, R. I., Siugzdaite, R., & Brambilla, P. (2013). Preserved imitation of

- known gestures in children with high-functioning autism. *ISRN neurology*, 2013.
- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246.
- Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1842-1857.
- Charan, S. H. (2012). Childhood disintegrative disorder. *Journal of pediatric neurosciences*, 7(1), 55.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Community University Partnership for the Study of Children, Youth and Families (2012). Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition (Vineland-II). *Early Childhood Measurement and Evaluation Tool Review*. Alberta, Canada: CUP.
- Cartwright, C. (2011). Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*, 15(3), 112-120.
- Core System Group (1998). *Core system (information management) handbook*. Leeds, Core System Group.
- Cox, D., & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *British Columbia Medical Journal*, 53(7), 348-352.
- Cukier, S. H. (2005). Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del Trastorno Autista: hacia una perspectiva integradora. *Revista Argentina de psiquiatría*, 16, 273-278.
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). *Brief Cognitive Behaviour Therapy*. London: Sage Publications.
- Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A., & Liaw, J. (2004). Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental psychology*, 40(2), 271.
- De Iudicibus, L. L. (junio de 2011). Trastornos generalizados del desarrollo. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 5-41.
- Dobson, D. J. G., & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press.

- Dobson, K., & Dozois, D. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Dobson, K. S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.
- Donoghue, K., Stallard, P., & Kucia, J. (2011). The clinical practice of Cognitive Behavioural Therapy for children and young people with a diagnosis of Asperger's Syndrome. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16(1), 89-102.
- Dozois, D., & Beck, A. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. Dobson & D. Dozois (Eds.), *Risk Factors in Depression* (pp. 121-143). San Diego: Elsevier.
- Esbensen, A. J., Seltzer, M. M., Lam, K. S., & Bodfish, J. W. (2009). Age-related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(1), 57-66.
- Escorcia Mora, C., & Baixauli Fortea, I. (2012). Comunicación, atención conjunta e imitación en el trastorno del espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.
- Etchepareborda, M. C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1), 175-192.
- Evans, C., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D., & Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7(1), 35-47.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60.
- Farrugia, S., & Hudson, J. (2006). Anxiety in adolescents with Asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems, and life interference. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 25-35.
- Fefergrad, M., & Zaretsky, A. (2013). *Psychotherapy Essentials to Go: Cognitive Behavioral Therapy for Depression*. WW Norton & Company.
- Fejerman, N. (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación*. Paidós, 2010.
- Feldman, R. S. (2002). *Psicología: con aplicaciones en países de habla hispana*. McGraw-Hill.
- Felgoise, S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Reinecke, M. A. (2006). Encyclopedia of cognitive behavior therapy. *Springer Science & Business Media*.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E., & López-González, M. A. (2012). La versión española

del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 89, 1-22.

- Fisher, C. B. (2009). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Sage Publications.
- Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: a synthesis and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(10), 1227-1240.
- Freitas Pereira, A. I. F., Barros, L., & Mendonça, D. (2012). Cognitive errors and anxiety in school aged children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 817-823.
- Friedman, E. S., & Thase, M. E., & Wright, H. (2008). Cognitive and behavioral therapies. In *The medical basis of psychiatry* (pp. 635-649). Humana Press.
- Frith, U. (2004). Emanuel Miller lecture: Confusions and controversies about Asperger syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(4), 672-686.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- Gastgeb, H. Z., Dundas, E. M., Minshew, N. J., & Strauss, M. S. (2012). Category formation in autism: can individuals with autism form categories and prototypes of dot patterns?. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(8), 1694-1704.
- Gastgeb, H. Z., Strauss, M. S., & Minshew, N. J. (2006). Do individuals with autism process categories differently? The effect of typicality and development. *Child development*, 77(6), 1717-1729.
- Golan, O., Ashwin, E., Granader, Y., McClintock, S., Day, K., Leggett, V., & Baron-Cohen, S. (2010). Enhancing emotion recognition in children with autism spectrum conditions: An intervention using animated vehicles with real emotional faces. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(3), 269-279.
- Green, D., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Simonoff, E., & Baird, G. (2009). Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(4), 311-316.
- Grofer Klinger, L., Dawson, G., & Renner, P. (2003). Autistic disorder. En E. J. Mash, & R. A. Barkley, *Child psychopathology* (págs. 409-454). New York: The Guildford Press.
- Gross, T. F. (2005). Global-Local precedence in the perception of facial age and emotional expression by children with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 773-785.
- Grondhuis, S. N., & Aman, M. G. (2012). Assessment of anxiety in children and

- adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(4), 1345-1365.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in cognitive sciences*, 8(1), 26-32.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 297-305.
- Ibáñez Barassi, A. M. (2005). Autismo, funciones ejecutivas y mentalismo: Reconsiderando la heurística de descomposición modular. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 6, 25-49.
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 25(5), 741-748.
- Jastrowski, K. E., Evans, J. R., Tran, S. T., Khan, K. A., Weisman, S. J., & Hainsworth, K. R. (2012). The psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in pediatric chronic pain. *Journal of pediatric psychology*, 37(9), 999-1011.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.
- Kanter, J., Manos, R., Bowe, W., Baruch, D., Busch, A., & Rusch, L. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620.
- Kazantzis, N., & Daniel, J. (2008). Homework assignments in cognitive behavior therapy. *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*, 2, 165.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 235.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100.

- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(4), 724.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(2), 282.
- Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M., Singh, G., Strickland, B., Trevathan, E. & van Dyck, P. C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics, 124*(5), 1395-1403.
- Kumar, A., Sharma, M. P., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2012). Cognitive appraisals and quality of life in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(4), 301-305.
- Kuusikko, S., Haapsamo, H., Jansson-Verkasalo, E., Hurtig, T., Mattila, M. L., Ebeling, H., Jussila, K., Bolte, S., & Moilanen, I. (2009). Emotion recognition in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 39*(6), 938-945.
- Lam, K. S., & Aman, M. G. (2007). The Repetitive Behavior Scale-Revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 37*(5), 855-866.
- Lam, K.S., Bodfish, J.W., & Piven, J. (2008). Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms. *J. Child Psychol. Psychiatry, 49*(11), 1193-200.
- Lang, R., Regeater, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., & Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation, 13*(1), 53-63.
- Leboyer, M., Philippe, A., Bouvard, M., Guilloud-Bataille, M., Bondoux, D., Tabuteau, F., Feingold, J., Mouren-Simeoni, M., & Launay, J. (1999). Whole blood serotonin and plasma beta-endorphin in autistic probands and their first-degree relatives. *Biological psychiatry, 45*(2), 158-163.
- Lewis, M., & Kim, S. J. (2009). The pathophysiology of restricted repetitive behavior. *Journal of neurodevelopmental disorders, 1*(2), 114-132.
- Londoño, N., Álvarez Vargas, C., López Bustamante, P., & Posada Gómez, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos, (7)*, 123-136.
- López, R., & Munguía, A. (2008). Síndrome de Asperger. *Revista del postgrado de Psiquiatría UNAH, 1*(3), 6-9.

- Lyons, V., & Fitzgerald, M. (2007). Asperger (1906–1980) and Kanner (1894–1981), the two pioneers of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 2022-2023.
- McCallie, M., Blum, C., & Hood, C. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of human behavior in the social environment*, 13(3), 51-66.
- Macintosh, K., & Dissanayake, C. (2006). Social skills and problem behaviours in school aged children with high-functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(8), 1065-1076.
- Mahan, S., & Matson, J. L. (2011). Children and adolescents with autism spectrum disorders compared to typically developing controls on the Behavioral Assessment System for Children, (BASC-2). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 119-125.
- Mainieri, R. (2012). El modelo de terapia cognitiva conductual. Obtenido el 11 de diciembre de 2015 de <http://www.scribd.com/doc/96059874/Modelo-TCC-Porto-Roberto-Mainieri#scribd>
- Mannion, A., & Leader, G. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(4), 432-439.
- Matson, J. L., & Cervantes, P. E. (2014). Commonly studied comorbid psychopathologies among persons with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 35(5), 952-962.
- Matson, J. L., & Goldin, R. L. (2013). Comorbidity and autism: Trends, topics and future directions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(10), 1228-1233.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in developmental disabilities*, 28(4), 341-352.
- Mazzone, L., Postorino, V., De Peppo, L., Fatta, L., Lucarelli, V., Reale, L., Giovagnoli, G., & Vicari, S. (2013). Mood symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 3699-3708.
- McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder Running Head: DSM-5 ASD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368-383.
- Ministerio de Coordinación de Desarrollo. (2014, Abril 3). Ecuador se ilumina de azul para concienciar sobre el autismo. Retrieved October 12, 2014, from [http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/036\\_Ecuador-se-ilumina-de-azul-para-concienciar-sobre-el-autismo.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/036_Ecuador-se-ilumina-de-azul-para-concienciar-sobre-el-autismo.pdf)

- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin*, 110(3), 406.
- Moree, B. N., & Davis III, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3), 346-354.
- Morales, P., Domènech-Llaberia, E., Jané, M. C., & Canals, J. (2013). Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: Prevalencia, sintomatología co-ocurrente y desarrollo psicosocial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 217-231.
- Miller, A., Vernon, T., Wu, V., & Russo, K. (2014). Social Skill Group Interventions for Adolescents with Autism Spectrum Disorders: a Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1(4), 254-265.
- Mulas, F., Hernández-Muela, S., Etchepareborda, M. C., & Abad-Mas, L. (2004). Bases clínicas neuropediátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista. *Rev Neurol*, 38(Suppl 1), 9-14.
- National Institute of Mental Health. (2011). *A parent's guide to autism spectrum disorders*. Recuperado el 31 de octubre de 2014, de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/index.shtml>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Wear, D. M. (2011). Continuing education in professional psychology: do ethics mandates matter?. *Ethics & Behavior*, 21(2), 165-172.
- Oliveira, I. (2012). *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*. Rijeka: InTech.
- Özdel, K., Taymur, I., Guriz, S. O., Tulaci, R. G., Kuru, E., & Turkcapar, M. H. (2014). Measuring Cognitive Errors Using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric Properties in Clinical and Non-Clinical Samples. *PloS one*, 9(8), e105956.
- Paula-Pérez, I., & Martos, J. M. P. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 2011, vol. 52, num. Supl 1, p. S147-S153.
- Peppé, S., McCann, J., Gibbon, F., O'Hare, A., & Rutherford, M. (2006). Assessing prosodic and pragmatic ability in children with high-functioning autism. *Journal of Pragmatics*, 38(10), 1776-1791.
- Peterson, C. C., Wellman, H. M., & Slaughter, V. (2012). The mind behind the message: Advancing theory-of-mind scales for typically developing children, and those with deafness, autism, or Asperger syndrome. *Child development*, 83(2), 469-485.



- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M., & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, 154(3), 189-197.
- Prasko, J., & Vyskocilova, J. (2010). Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010b, 52(4), 251-260.
- Provost, B., Lopez, B. R., & Heimerl, S. (2007). A comparison of motor delays in young children: autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(2), 321-328.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *BASC-2 Behavior Assessment System for Children Manual*. AGS Publishing.
- Reynolds, C. R., & Fletcher-Janzen, E. (Eds.). (2007). *Encyclopedia of special education* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2010). *Manual supplement for the clinical report*. San Antonio, Texas: Pearson.
- Richler, J., Bishop, S. L., Kleinke, J. R., & Lord, C. (2007). Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(1), 73-85.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico* (Vol. 239). Editorial Norma.
- Roberts, J. A., Rice, M. L., & Tager-Flusberg, H. (2004). Tense marking in children with autism. *Applied Psycholinguistics*, 25(03), 429-448.
- Robertson, A. E., & Simmons, D. R. (2013). The relationship between sensory sensitivity and autistic traits in the general population. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(4), 775-784.
- Robinson, S., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M., & Howlin, P. (2009). Executive functions in children with autism spectrum disorders. *Brain and cognition*, 71(3), 362-368.
- Rodríguez-Barrionuevo, A. C., & Rodríguez-Vives, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34(1), 72-77.
- Roth, D. A., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2002). Cognitive behavior therapy. *Encyclopedia of psychotherapy*, 451-458.
- Ruggieri, V. L. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 56 (Supl 1), S13-21.
- Ruggieri, V., & Arberas, C. (2007). Trastornos generalizados del desarrollo: Aspectos clínicos y genéticos. *Actualizaciones en neurología infantil*, 67(1), 569-585.

- Rump, K. M., Giovannelli, J. L., Minshew, N. J., & Strauss, M. S. (2009). The development of emotion recognition in individuals with autism. *Child development, 80*(5), 1434-1447.
- Ryan, C., & Charagain, C. N. (2010). Teaching emotion recognition skills to children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 1505*–1511
- Santos, A., Rondan, C., Rosset, D. B., Da Fonseca, D., & Deruelle, C. (2008). Mr. Grimace or Ms. Smile Does Categorization Affect Perceptual Processing in Autism?. *Psychological science, 19*(1), 70-76.
- Scarpa, A., White, S. W., & Attwood, T. (Eds.). (2013). *CBT for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorders*. New York: Guilford Press.
- Scheeren, A. M., Koot, H. M., & Begeer, S. (2012). Social interaction style of children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 42*(10), 2046-2055.
- Schumann, C. M., Hamstra, J., Goodlin-Jones, B. L., Lotspeich, L. J., Kwon, H., Buonocore, M. H., Lamers, C., Reiss, A. & Amaral, D. G. (2004). The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism; the hippocampus is enlarged at all ages. *The Journal of Neuroscience, 24*(28), 6392-6401.
- Seldas, R. P. (2012, January). Los síntomas de los trastornos del espectro de autismo en los primeros dos años de vida: una revisión a partir de los estudios longitudinales prospectivos. In *Anales de Pediatría* (Vol. 76, No. 1, pp. 41-e1). Elsevier Doyma.
- Sierra Torres, M. S. (2010). Síndrome de Asperger. *Revista Digital Innovación y experiencias educativas, 36*, 1-10.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(8), 921-929.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry, 46*(11), 1152-1160.
- Soto Calderón, R. (2011). Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista. *Actualidades Investigativas en Educación, 7*(2).
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). Cognitive-behaviour therapy with youth: advances, challenges, and future directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*(5), 343-366.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland adaptive behavior scales: (Vineland II), survey interview form/caregiver rating form*. Livonia, MN: Pearson Assessments.

- Staples, K. L., & Reid, G. (2010). Fundamental movement skills and autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 209-217.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in autism spectrum disorders*, 6(1), 406-412.
- Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S., Ang, R. P., ... & Lam, C. M. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(6), 634-649.
- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2007). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: A case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(3), 133-143.
- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(04), 403-409.
- Tager-Flusberg, H. (2007). Evaluating the theory-of-mind hypothesis of autism. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 311-315.
- Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 1, 335-364.
- Talero, C., Martínez, L. E., Ovalle, J. P., Velásquez, A., & Zarruk, J. G. (2003). Autismo: estado del arte. *Revista Ciencias de la Salud*, 1(1).
- Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. *American Journal of occupational therapy*, 61(2), 190-200.
- Toth, K., Munson, J., Meltzoff, A. N., & Dawson, G. (2006). Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: Joint attention, imitation, and toy play. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(8), 993-1005.
- Tracy, J. L., Robins, R. W., Schriber, R. A., & Solomon, M. (2011). Is emotion recognition impaired in individuals with autism spectrum disorders? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 102-109.
- Tsai, L. Y. (2014). Prevalence of Comorbid Psychiatric Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 6(6), 179-186.
- Tuchman, R. F. (2001). Cómo construir un cerebro social: lo que nos enseña el

- autismo. *Rev Neurol*, 33(3), 292-299.
- Valdez, D. (2001). Teoría de la mente y espectro autista. *Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y de la educación*. Buenos Aires: Fundec.
- Vargas, L. M. (2010). "Ningún hombre es una isla", tal vez sólo los autistas. Comprendiendo los trastornos del espectro autista. *Synapsis*, 3(1), 23-26.
- Vatanoglu-Lutz, E. E. (2014). Medicine in Stamps: History of Autism Spectrum Disorder (ASD) Through Philately. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 31(2), 426-434.
- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. New York: Routledge.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2006). *Assessment scales in child and adolescent psychiatry*. CRC Press.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J., Hernández Martínez, C., Jané, C., Viñas, F., & Domènech, E. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 313-327.
- Villalba Herrera, E. W., & Quispe Quelca, J. (2014). Síndrome de Rett. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 46, 2431.
- Vivanti, G., Hudry, K., Trembath, D., Barbaro, J., Richdale, A., & Dissanayake, C. (2013). Towards the DSM-5 Criteria for Autism: Clinical, Cultural, and Research Implications. *Australian Psychologist*, 48(4), 258-261.
- Volkmar, F. R., & Reichow, B. (2013). Autism in DSM-5: progress and challenges. *Molecular autism*, 4(13), 1-6.
- Watt, N., Wetherby, A. M., Barber, A., & Morgan, L. (2008). Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(8), 1518-1533.
- Wenzel, A. (2012). Modification of core beliefs in cognitive therapy. *Standard And Innovative*, 17.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage Publications.
- White, S. W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1858-1868.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and

- adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review*, 29(3), 216-229.
- Wiggins, L. D., Robins, D. L., Bakeman, R., & Adamson, L. B. (2009). Brief report: sensory abnormalities as distinguishing symptoms of autism spectrum disorders in young children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1087-1091.
- Williams, D. L., Goldstein, G., & Minshew, N. J. (2006). The profile of memory function in children with autism. *Neuropsychology*, 20(1), 21.
- Williams, S., Leader, G., Mannion, A., & Chen, J. (2015). An investigation of anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 30-40.
- Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV?. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 768-773.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 224-234.
- Wong, C., & Kasari, C. (2012). Play and joint attention of children with autism in the preschool special education classroom. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(10), 2152-2161.
- Wong, N., Beidel, D. C., Sarver, D. E., & Sims, V. (2012). Facial emotion recognition in children with high functioning autism and children with social phobia. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 775-794.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (Eds.). (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.
- Wu, C. C., Chiang, C. H., & Hou, Y. M. (2011). A two time point study of imitative abilities in children with autism spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(1), 39-49.
- Yin, R. K. (2011). *Applications of case study research*. California: Sage.
- Zahorodny, W., Shenouda, J., Howell, S., Rosato, N. S., Peng, B., & Mehta, U. (2014). Increasing autism prevalence in metropolitan New Jersey. *Autism*, 18(2), 117-126.

## ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTAS PSICOLÓGICAS UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COPIA PARA EL ESTUDIANTE DE SICOLOGIA CLINICA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sicología Clínica USFQ

Fecha: 15 de septiembre, 2014  
 Yo Ma. José Garzón (nombre completo) acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica Ma. José Garzón (NOMBRE DE ESTUDIANTE EN PRÁCTICA)

1. Sé que puedo retirarme en cualquier momento.
2. Sé que la persona que me atiende es un estudiante de quinto año de psicología clínica y que está en proceso de aprendizaje. Acepto que el estudiante puede cometer errores en este proceso de aprendizaje.
3. Sé que el/la estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.
4. Acepto que se filme y tome nota de todas las sesiones terapéuticas con fines académicos únicamente manteniendo mi confidencialidad.
5. Acepto y autorizo que si es requerido mi/s hijo/s menores de edad formen parte del proceso de Terapia Familiar
6. Acepto que se converse sobre lo que digo y hago en sesión con fines académicos únicamente y sé que se mantendrá anónimo mi nombre y cualquier información que facilite mi reconocimiento.
7. Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una investigación, si así lo desea el estudiante.
8. Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.
9. Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.
10. Sé que las consultas tienen una tarifa previamente acordada de \$        por sesión que debo cancelar en Tesorería antes de la atención.
11. Me comprometo a asistir puntualmente a las citas.
12. Me comprometo a cancelar la cita telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.
13. Sé que si incumplo dos veces en venir a las citas sin previa cancelación, perderé mi derecho a continuar este proceso terapéutico y que otra persona cogerá mi turno.
14. Sé que la persona que me atiende debe venir puntualmente a las citas, y si tiene que cancelar la cita deberá llamarme con por lo menos 1 hora de anticipación.
15. Sé que si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext. 1264, 0999803001) coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ; o Esteban Utreras (2971700 ext. 1028, 0987484318) profesor tiempo completo de 5to año.

Yo Ma. José Garzón, estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos clínicos. También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

[Firma Cliente]  
 firma cliente

telf. cliente:  
 e-mail cliente:

contacto adicional \_\_\_\_\_  
 (o emergencia)  
 telf. Adicional: \_\_\_\_\_

[Firma Terapeuta]  
 firma terapeuta (estudiante)  
 telf. terapeuta: 0999858117  
 e-mail terapeuta  
mariajose.garzonj@gmail.com

## ANEXO B: CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Fecha: 15 de septiembre, 2014

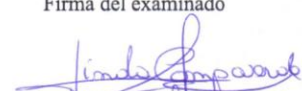


Sicología Clínica USFQ

### UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

#### CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Los estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), están en proceso de aprendizaje en la administración, corrección e interpretación de pruebas o evaluaciones psicológicas. Se le pide como voluntario que complete una batería psicológica de pruebas para la práctica del estudiante. Dado que los estudiantes están en proceso de aprendizaje, la retroalimentación que recibirá el examinado será limitada.


Acepto que se me administre:

Nombre de la prueba	Fecha de administración de la prueba	Firma del examinado
<u>CORE-OM-34+SCL-90 v</u>	<u>15 de Septiembre, 2014</u>	
<u>SCARED</u>	<u>15 de Septiembre, 2014</u>	
<u>Vineland II</u>	<u>15 de Septiembre, 2014</u>	

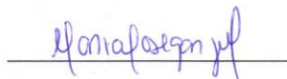
Yo Ma. José Garzón acepto voluntariamente ser parte del proceso de evaluación psicológica, administración, corrección e interpretación de pruebas psicométricas que será realizado por Ma. José Garzón estudiante de Psicología de la USFQ. Adicionalmente se me ha informado:

- ❖ Sobre la utilidad y propósito de la/s prueba/s que completaré
- ❖ Que puedo retirarme en este proceso en cualquier momento
- ❖ Que el/la estudiante será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo el proceso
- ❖ Que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación
- ❖ Que el propósito de esta actividad es la práctica y aprendizaje de los estudiantes de psicología de la USFQ

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja Ph.D. (2971700 ext 1264, 0999803001), coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ, o a Esteban Utreras Ph.D. (2971700 ext 1028, 0987484318) profesor a tiempo completo de la USFQ.



Firma del participante



Firma del Estudiante de Psicología USFQ



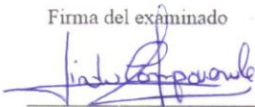
Sicología Clínica USFQ

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**EVALUACIÓN SICOLÓGICA Y**  
**ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS**

Fecha: 29 de septiembre, 2014

Los estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), están en proceso de aprendizaje en la administración, corrección e interpretación de pruebas o evaluaciones psicológicas. Se le pide como voluntario que complete una batería psicológica de pruebas para la práctica del estudiante. Dado que los estudiantes están en proceso de aprendizaje, la retroalimentación que recibirá el examinado será limitada.

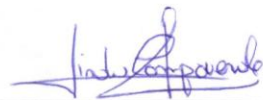
Acepto que se me administre:

Nombre de la prueba	Fecha de administración de la prueba	Firma del examinado
<u>BASC-2</u>	<u>29, septiembre, 2014</u>	
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente mayor de edad) acepto voluntariamente ser parte del proceso de evaluación psicológica, administración, corrección e interpretación de pruebas psicométricas que será realizado por \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante-terapeuta) estudiante de Psicología de la USFQ. Adicionalmente se me ha informado:

- ❖ Sobre la utilidad y propósito de la/s prueba/s que completaré
- ❖ Que puedo retirarme en este proceso en cualquier momento
- ❖ Que el/la estudiante será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo el proceso
- ❖ Que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación
- ❖ Que el propósito de esta actividad es la práctica y aprendizaje de los estudiantes de psicología de la USFQ

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja Ph.D. (2971700 ext 1264, 0999803001), coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ, o a Esteban Utreras Ph.D. (2971700 ext 1028, 0987484318) profesor a tiempo completo de la USFQ.



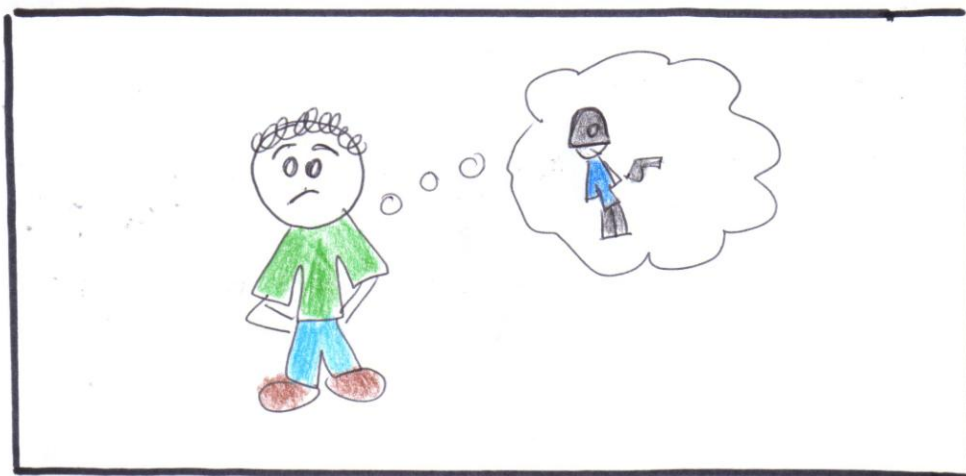
Firma del Participante



Firma del Estudiante de Psicología USFQ



## ANEXO C: MATERIAL INTERVENCIÓN



① Que alguien los dispare  
y los mate.

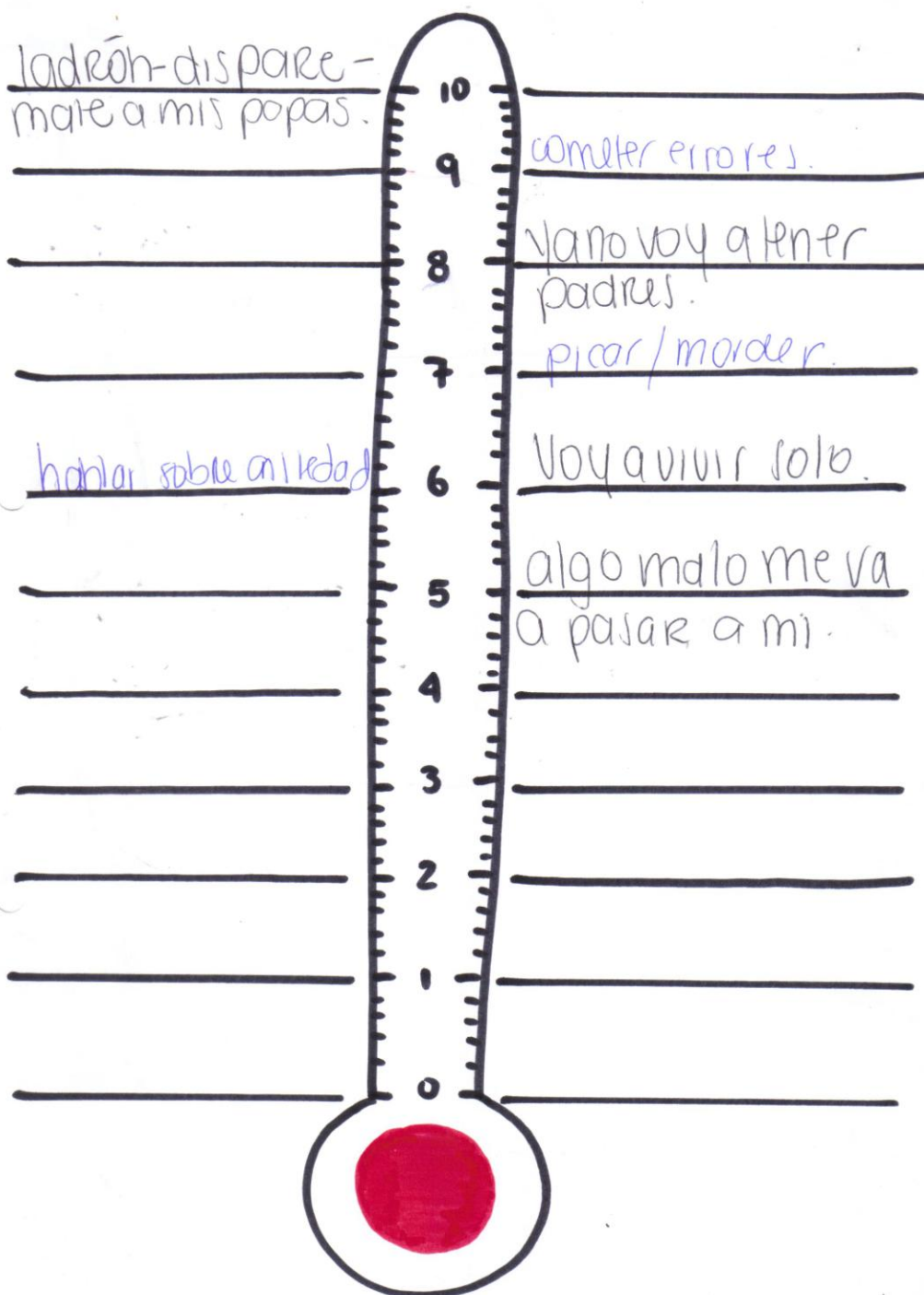
② que ya no tenga padres.

③ voy a vivir solo.

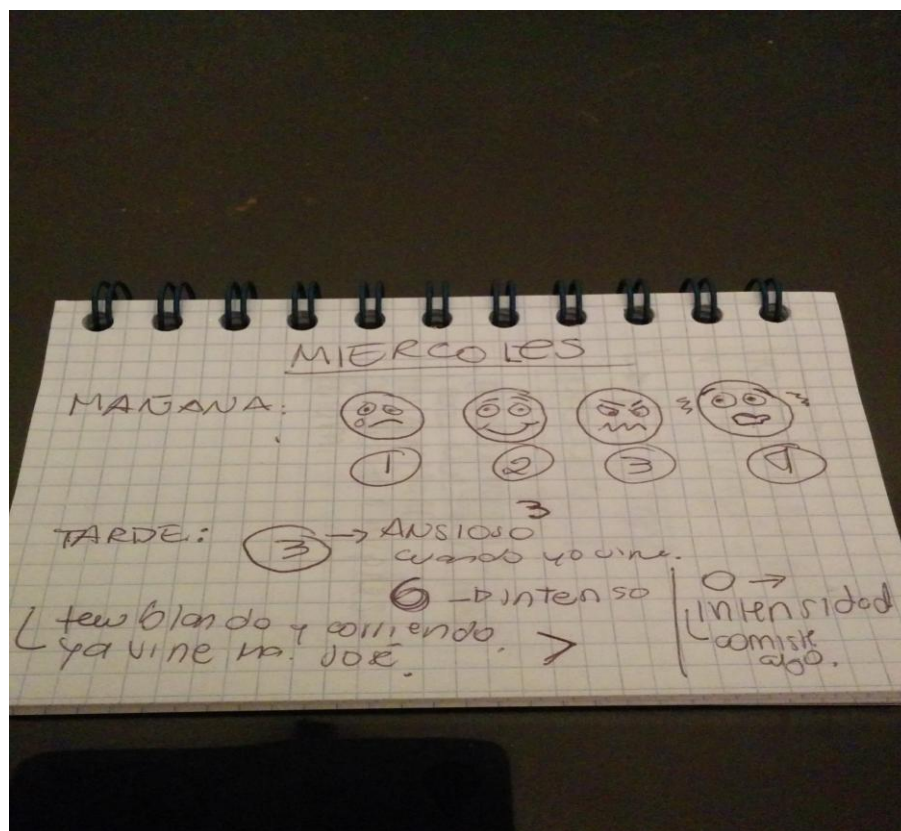
④ me puede pasar algo  
malo a mi.

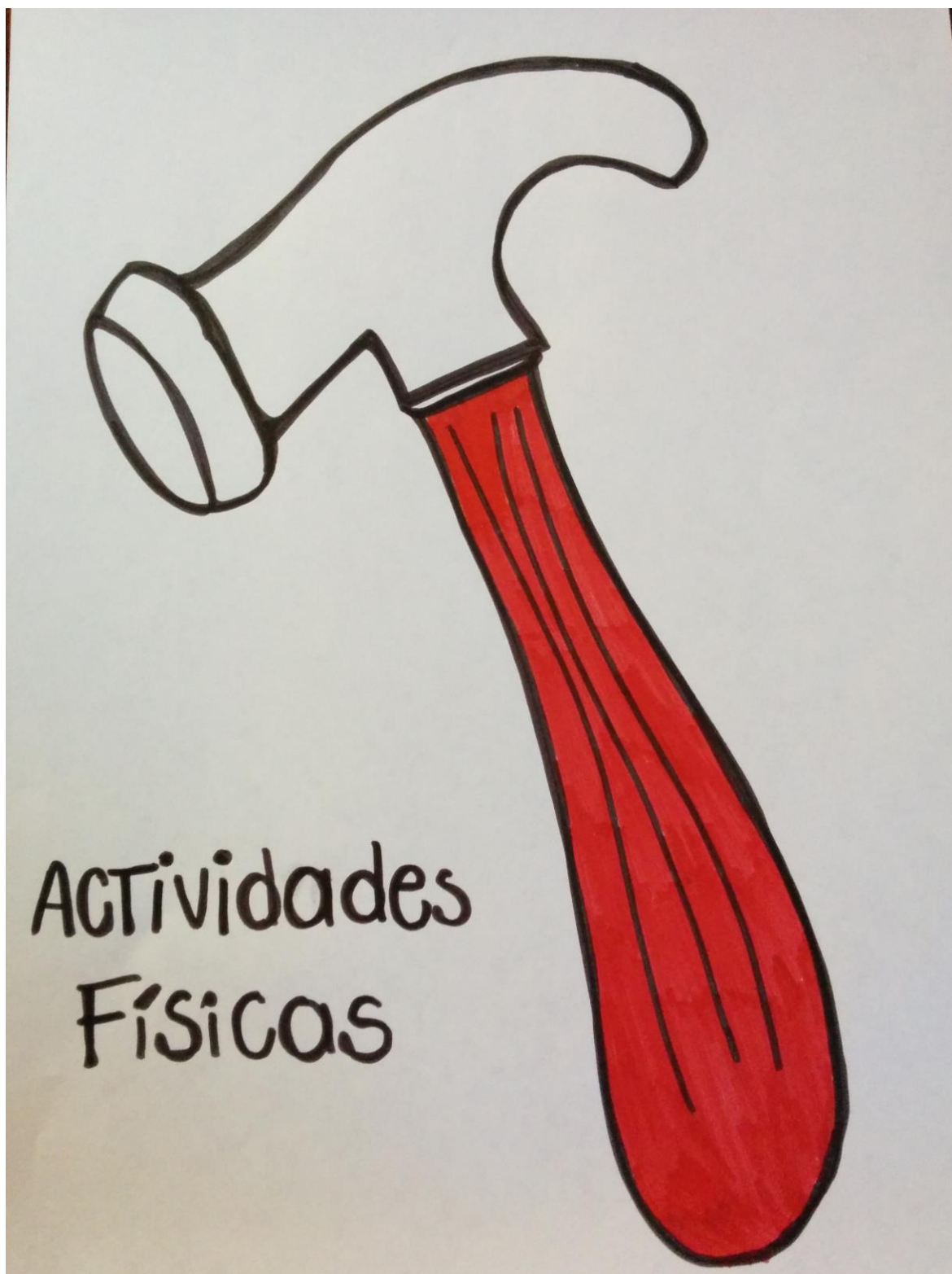
⑤ \_\_\_\_\_

\* comportamientos:  
① muerdo las uñas.

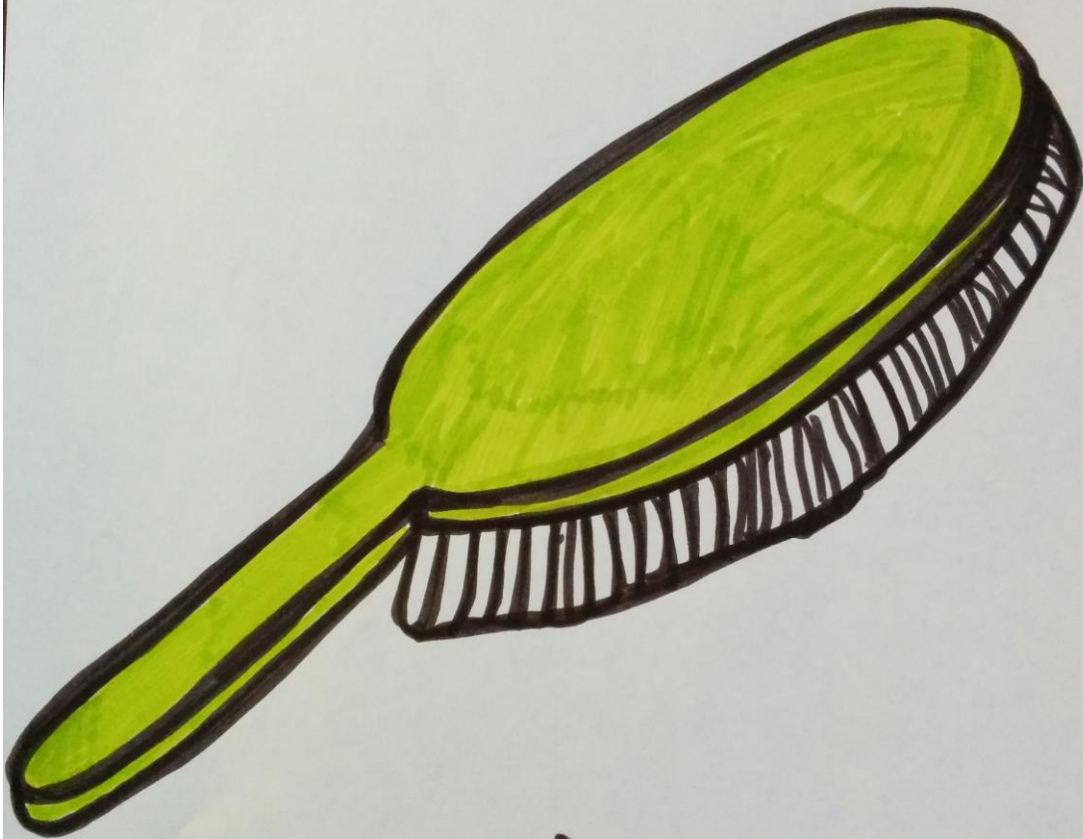


Termómetro de Ansiedad!

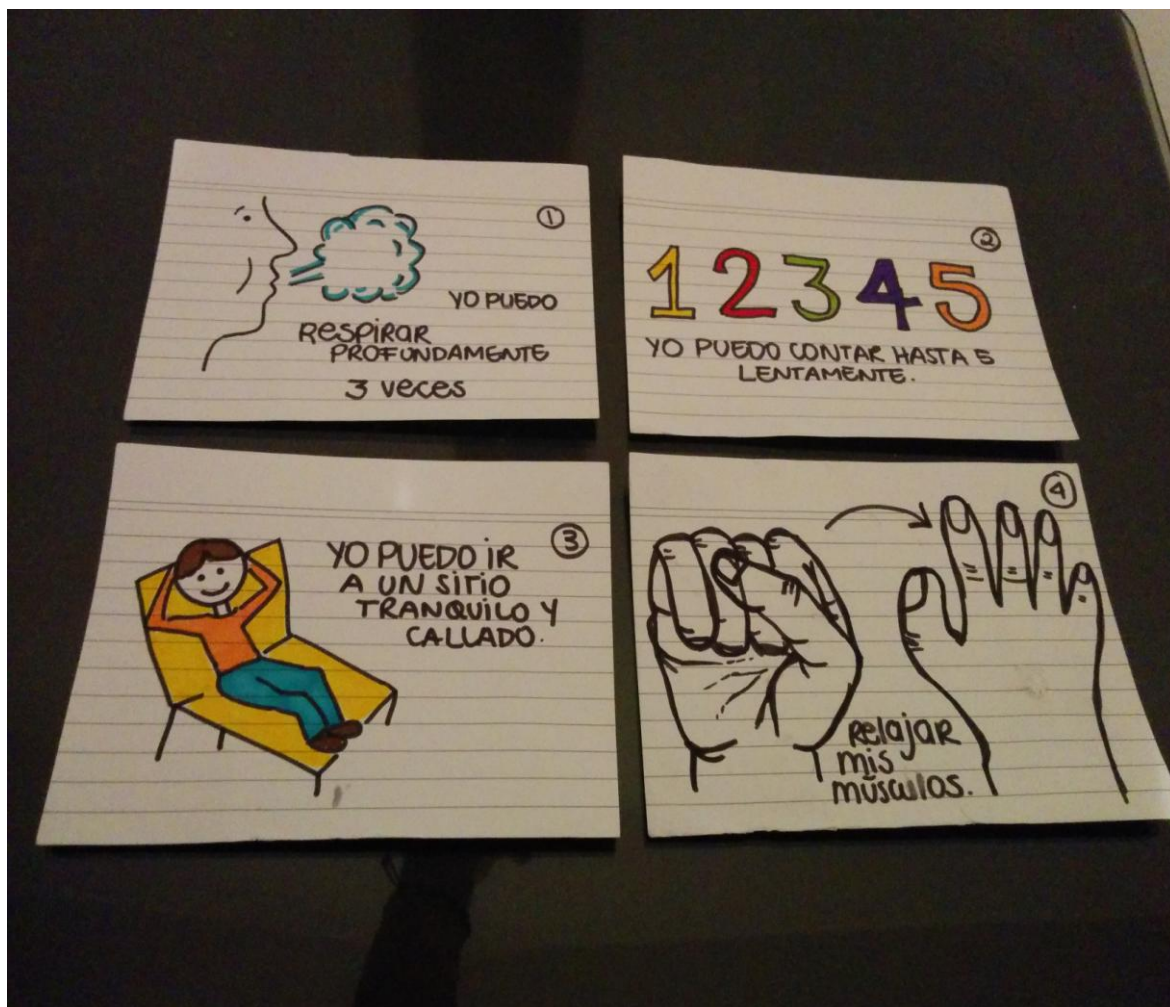


**ANEXO D: CAJA DE HERRAMIENTAS EMOCIONALES**





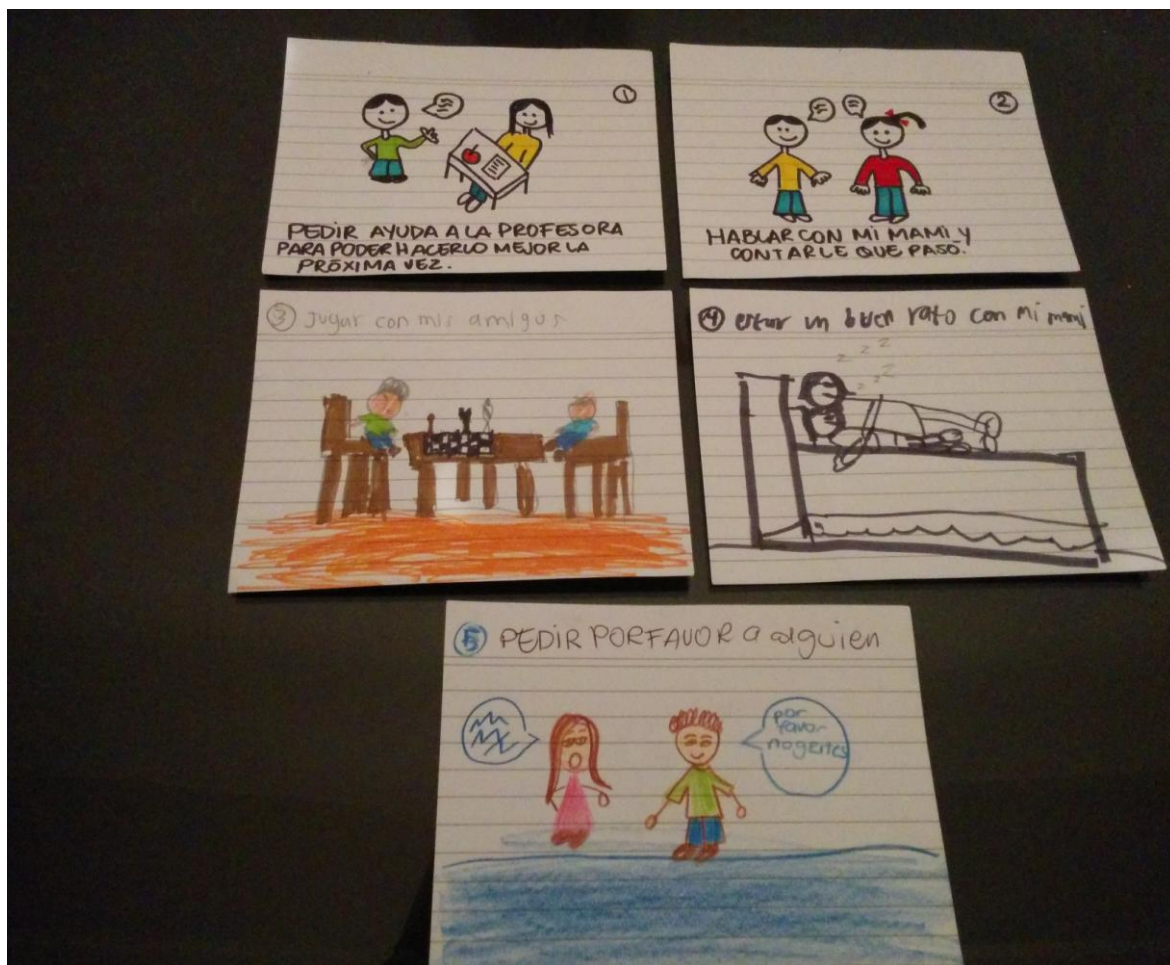
HERRAMIENTAS  
DE RELAJACIÓN

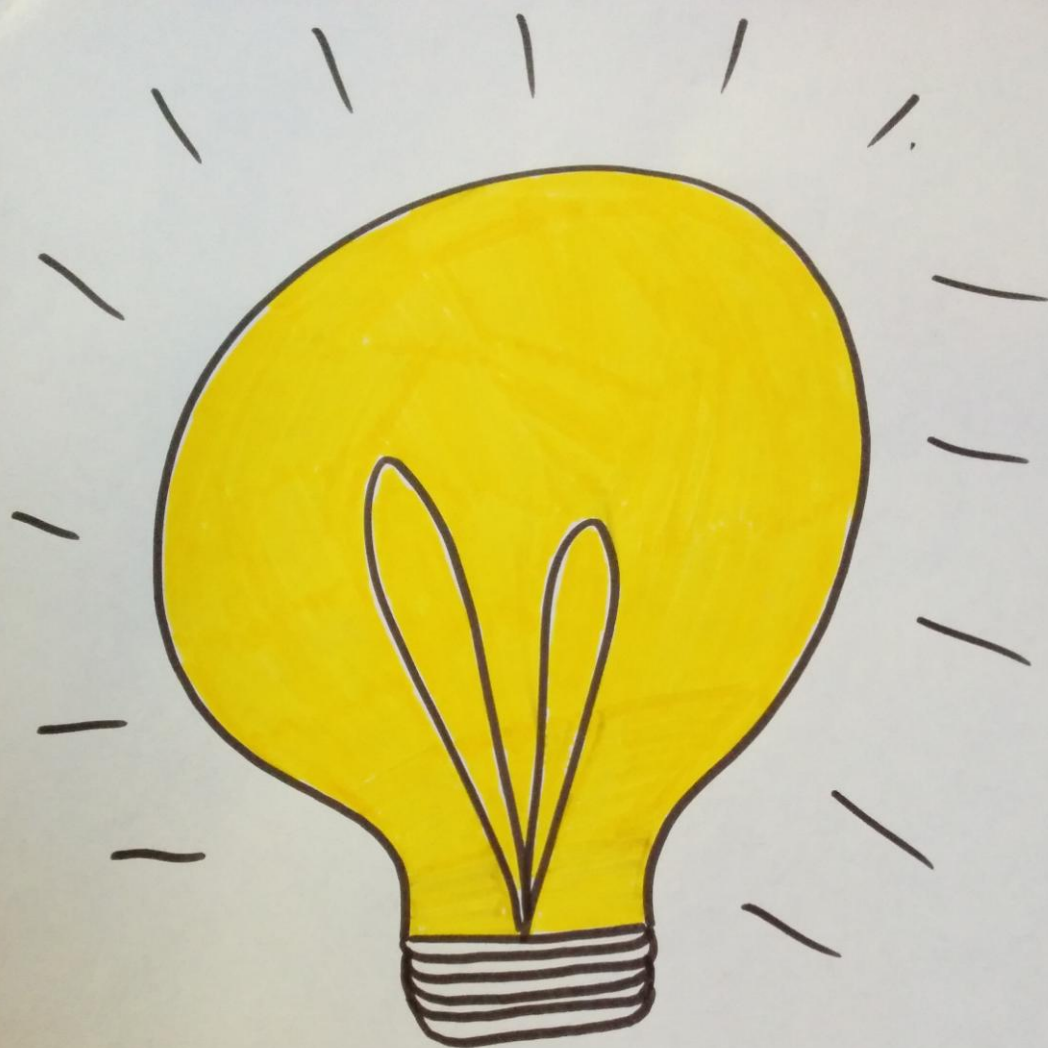




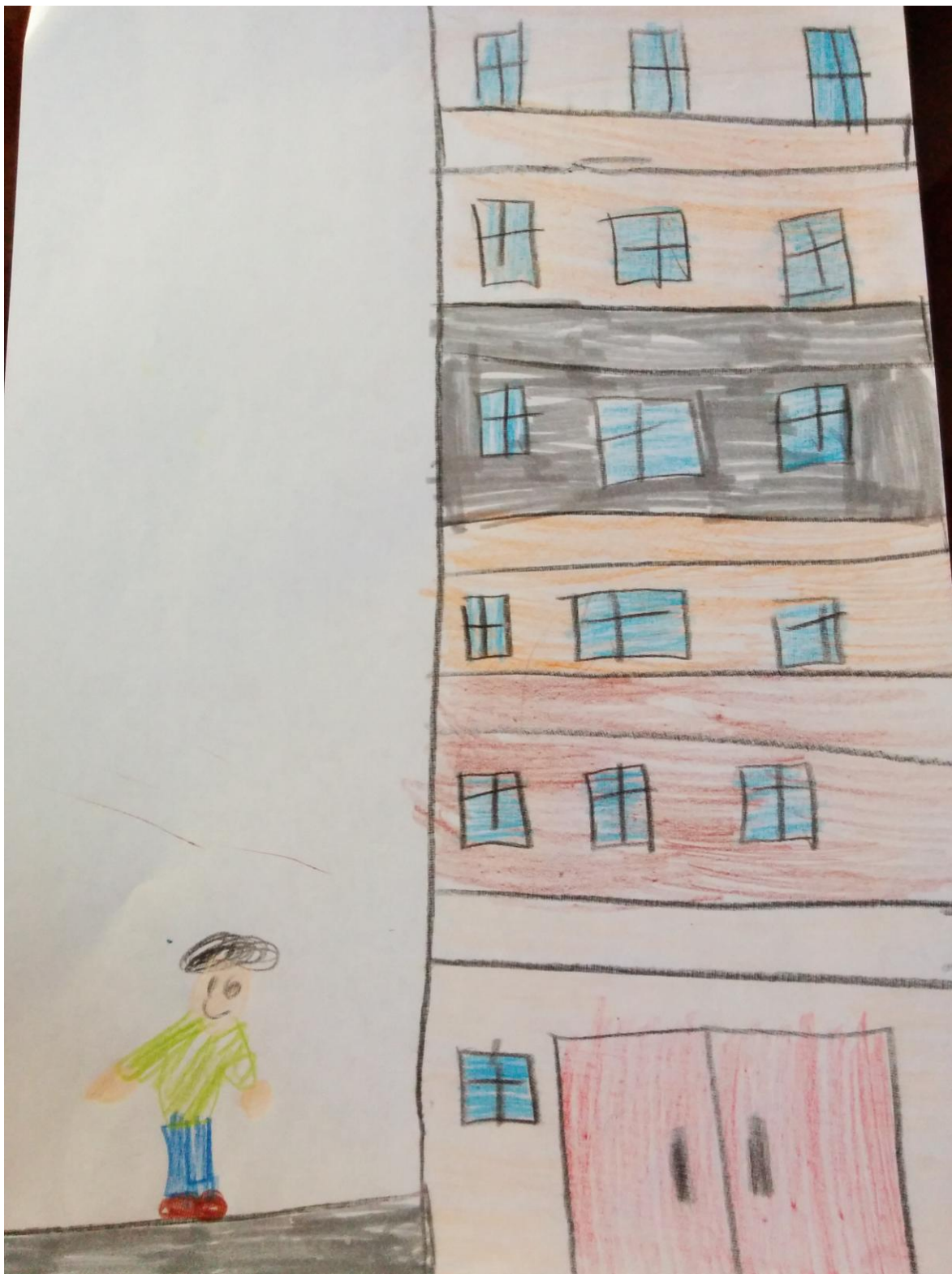
HERRAMIENTAS  
SOCIALES







HERRAMIENTAS  
de pensamientos!



## ANEXO E: HISTORIAS SOCIALES

## JUGAR



A veces me gusta  
JUGAR CON OTROS NIÑOS.



\* Yo puedo preguntarte:  
"¿QUIEREN JUGAR CONMIGO?"



Si ellos dicen que "sí," yo  
puedo jugar con ellos.  
Me divertiré.



si ellos dicen que "no",  
está bien.



Yo puedo preguntarte  
a alguien más o jugar  
solo.  
me divertiré.

## ANEXO F: CORE-OM-34 PRE-INTERVENCION



Sicología Clínica USFQ 1

## CORE-OM-34: Evaluación del Estado Psicoterapéutico

Código Cliente: _____	Edad a: <u>11</u> m: <u>4</u>	Género: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Terapeuta: <u>María José Garzón</u>	Sesión n° <u>1</u>	Fecha d: <u>15</u> m: <u>09</u> a: <u>2014</u>
Tipo de terapia: _____	<input type="checkbox"/> Humanista <input checked="" type="checkbox"/> Cognitiva-Conductual	<input type="checkbox"/> Psicodinámica
	<input type="checkbox"/> Familiar-Sistémica	
Fase de intervención: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Pre-intervención	<input type="checkbox"/> Post-intervención
	<input type="checkbox"/> Lista de espera	

## Instrucciones

## IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST

A continuación encontrará 34 frases, lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días. Después marque la casilla que mejor lo refleje.

DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE (7) DÍAS...		Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
F	1 Me he sentido muy sola/o y asilada/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	2 Me he sentido tensa/o, ansiosa/o o nerviosa/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
W	4 Me he sentido bien conmigo misma/o	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	6 He sido violenta/o físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	9 He pensado en hacerme daño a mi misma/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	12 Me he sentido satisfecha/o con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	17 Me he sentido agobiada/o por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida/o	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
P	20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
R	22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	23 Me he sentido desesperada/o o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta/o	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	25 Me he sentido criticada/o por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Sicología Clínica USFQ 2

F	29	Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	30	He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
W	31	Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	32	He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	33	Me he sentido humillada/o o avergonzada/o por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	34	Mé he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

USO EXCLUSIVO  
DEL  
TERAPEUTA!

¡ GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO !

## Hoja de calificación CORE-OM-34

## ❖ ¡El terapeuta debe entregar esta hoja llena para que el cuestionario anterior tenga validez!

1. Llenar las celdas de "Ítems" con los puntajes de los reactivos de la hoja anterior.
  2. Sumar los valores de todos los ítems de cada escala y poner la sumatoria en "Puntuación total".
  3. Dividir la puntuación total de cada ítems para el valor indicado y escribir el resultado en "puntuación media" de cada escala, entonces multiplicar cada puntuación media por el valor indicado y escribirlo en "puntuación clínica".
  4. Sumar los valores de las puntuaciones totales y escribirla en "GLOBAL" y después dividir este resultado para el valor que se indica, así se obtendrá la puntuación media, entonces multiplicar esta puntuación media por el valor indicado y así obtendrá la "Puntuación Clínica" del cuestionario.
- Si desea puede obtener un valor global sin tomar en cuenta la escala R.
  - ❖ Cada total dará una idea de cual es el estado del cliente en cada área. Por favor prestar especial atención al resultado de la escala R.

Escala	W	P		F		R		Puntuaciones Clínicas		
Ítems ->	4	2	2	3	1	2	6	2	saludable	0-5
			5	0	3	0			leve	6-10
			8	2	7	3			medio	11-15
	14	1	11	2	10	3	9	2	moderado	16-20
			13	2	12	3			moderado-severo	21-25
			15	2	19	0			severo	26 <
	17	3	18	1	21	1	22	3		
			20	1	25	3				
			23	2	26	2				
	31	2	27	1	29	2	24	0		
			28	2	32	3				
			30	4	33	3				
Puntuación total	8	22	25	7	GLOBAL	62	Sin "R"	55		
dividir para	4	12	12	6		34		28		
Puntuación media	2	1.83	2.08	1.17		1.82		1.96		
multiplicar por	x 10	x 10	x 10	x 10		x 10		x 10		
Puntuación Clínica	20	18.3	20.8	11.7		18.2		19.6		

## ANEXO G: CORE-OM-34 POST-INTERVENCIÓN



Sicología Clínica USFQ 1

## CORE-OM-34: Evaluación del Estado Psicoterapéutico

Código Cliente: _____	Edad a: <u>11</u> m: <u>5</u>	Género: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Terapeuta: <u>María José Gaezón</u>	Sesión n° <u>17</u>	Fecha d: <u>31</u> m: <u>10</u> a: <u>2014</u>
Tipo de terapia: _____	<input type="checkbox"/> Humanista <input checked="" type="checkbox"/> Cognitiva-Conductual	<input type="checkbox"/> Psicodinámica
	<input type="checkbox"/> Familiar-Sistémica	
Fase de intervención: _____	<input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pre-intervención	<input checked="" type="checkbox"/> Post-intervención

## Instrucciones

## IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST

A continuación encontrará 34 frases, lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días. Después marque la casilla que mejor lo refleje.

DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE (7) DÍAS...			Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
F	1	Me he sentido muy sola/o y asilada/o	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	2	Me he sentido tensa/o, ansiosa/o o nerviosa/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	3	He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
W	4	Me he sentido bien conmigo misma/o	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	5	Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	6	He sido violenta/o físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	7	Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	8	He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	9	He pensado en hacerme daño a mí misma/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	10	Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	11	La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	12	Me he sentido satisfecha/o con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	13	Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	14	He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	15	He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	16	He hecho planes para acabar con mi vida	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	17	Me he sentido agobiada/o por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	18	He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida/o	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	19	He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	20	Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	21	He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
R	22	He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	23	Me he sentido desesperada/o o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	24	He pensado que sería mejor que estuviera muerta/o	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	25	Me he sentido criticada/o por los demás	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	26	He pensado que no tengo amigos	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	27	Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	28	Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## Sicología Clínica USFQ 2

F	29	Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	30	He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	31	Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	32	He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	33	Me he sentido humillada/o o avergonzada/o por otras personas	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	34	Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

USO EXCLUSIVO  
DEL  
TERAPEUTA!

¡ GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO !

## Hoja de calificación CORE-OM-34

❖ ¡El terapeuta debe entregar esta hoja llena para que el cuestionario anterior tenga validez!

- Llenar las celdas de "Ítems" con los puntajes de los reactivos de la hoja anterior.
  - Sumar los valores de todos los ítems de cada escala y poner la sumatoria en "Puntuación total".
  - Dividir la puntuación total de cada ítems para el valor indicado y escribir el resultado en "puntuación media" de cada escala, entonces multiplicar cada puntuación media por el valor indicado y escribirlo en "puntuación clínica".
  - Sumar los valores de las puntuaciones totales y escribirla en "GLOBAL" y después dividir este resultado para el valor que se indica, así se obtendrá la puntuación media, entonces multiplicar esta puntuación media por el valor indicado y así obtendrá la "Puntuación Clínica" del cuestionario.
- Si desea puede obtener un valor global sin tomar en cuenta la escala R.
  - Cada total dará una idea de cual es el estado del cliente en cada área. Por favor prestar especial atención al resultado de la escala R.

Escala	W	P		F		R		Puntuaciones Clínicas				
Ítems ->	4	2	2	2	1	1	6	2	saludable	0-5		
			5	1	3	3			leve	6-10		
			8	2	7	2			9	2	medio	11-15
	14	2	11	2	10	3	16	0	moderado	16-20		
			13	1	12	2			moderado-severo	21-25		
			15	1	19	1			22	2	severo	26 <
	17	1	18	0	21	1	24	1	GLOBAL	Sin "R"		
			20	1	25	0					45	38
			23	1	26	0					34	28
	31	2	27	1	29	1	34	0	Puntuación total	7		
			28	1	32	3			dividir para	4		
			30	1	33	0			Puntuación media	1.75		
Puntuación total	7	14	17	7	45	38	GLOBAL	Sin "R"				
dividir para	4	12	12	6	34	28						
Puntuación media	1.75	1.17	1.42	1.17	1.32	1.36						
multiplicar por	x 10	x 10	x 10	x 10	x 10	x 10						
Puntuación Clínica	17.5	11.7	14.2	11.7	13.2	13.6						



## ANEXO H: SCARED PRE-INTERVENCIÓN

**SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS  
(SCAReD)\*  
AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA**

**FORMA PARA NIÑOS (8 años o mayores\*\*)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: 15/09/2014

Identificación #:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente usted. Marque el **0** si casi nunca o nunca es cierto. Marque el **1** si es cierto algunas veces. Marque el **2** si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

**0 = Casi nunca o nunca es cierto**

**1 = Es cierto algunas veces**

**2 = Casi siempre o siempre es cierto**

1.	Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien.	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
2.	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
3.	No me gusta estar con personas que no conozco bien.	0 1 <input checked="" type="radio"/> 2
4.	Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo.	0 1 <input checked="" type="radio"/> 2
5.	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
6.	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
7.	Soy una persona nerviosa.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
8.	Sigo a mis padres a donde ellos van.	0 1 <input checked="" type="radio"/> 2
9.	La gente me dice que me veo nervioso(a).	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
10.	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
11.	Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza).	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
12.	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer.	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
13.	Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a).	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
14.	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes).	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
15.	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales.	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
16.	En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres.	<input checked="" type="radio"/> 0 1 2
17.	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2

**POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA**

0= Casi nunca o nunca es cierto

1= Es cierto algunas veces

18.	Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
19.	Yo tiemblo.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
20.	En las noches tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
21.	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
22.	Sudo mucho cuando tengo miedo.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
23.	Me preocupo demasiado.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
24.	Me preocupo sin motivo.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
25.	Me da miedo estar solo(a) en la casa.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
26.	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
27.	Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
28.	Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
29.	No me gusta estar lejos de mi familia.	0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
30.	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico).	0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
31.	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.	0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
32.	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
33.	Me preocupa que me pasara cuando sea grande.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
34.	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
35.	Me preocupa saber si hago las cosas bien.	0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
36.	Tengo miedo de ir al colegio.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
37.	Me preocupan las cosas que ya han pasado.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
38.	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
39.	Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
40.	Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco.	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
41.	Soy tímido(a)	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2

\*Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). E-mail: boris@camp.wpic.pitt.edu

\*\*Se recomienda que a los niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas.

## ANEXO I: SCARED-P PRE-INTERVENCIÓN

### SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS (SCAReD)

#### AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

#### FORMA PARA LOS PADRES

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha: 15/09/2014

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Identificación #:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente su hijo(a). Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

- 0 = Casi nunca o nunca es cierto**  
**1 = Es cierto algunas veces**  
**2 = Casi siempre o siempre es cierto**

1.	Cuando siente miedo, no puede respirar bien.	0 1 2
2.	Cuando está en la escuela, se queja de dolor de cabeza.	0 1 2
3.	No le gusta estar con personas que no conoce bien.	0 1 2
4.	Le da miedo dormir en otras casas.	0 1 2
5.	Se preocupa de lo que piensan de él (ella).	0 1 2
6.	Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.	0 1 2
7.	Es un niño(a) nervioso(a).	0 1 2
8.	Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra").	0 1 2
9.	La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a).	0 1 2
10.	Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien.	0 1 2
11.	Cuando está en la escuela le duele el estómago.	0 1 2
12.	Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer".	0 1 2
13.	Se preocupa si tiene que dormir solo(a).	0 1 2
14.	Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños.	0 1 2
15.	Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales.	0 1 2
16.	Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá.	0 1 2
17.	Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.	0 1 2

**POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA**

0=Casi nunca o nunca es cierto      1=Es cierto algunas veces  
2=Casi siempre o siempre es cierto

18.	Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.	0 1 2
19.	Se pone tembloroso.	0 1 2
20.	Sueña que algo malo le va a pasar a él (ella).	0 1 2
21.	Le preocupa como le van a salir las cosas.	0 1 2
22.	Cuando tiene miedo (nervios) suda mucho.	0 1 2
23.	Se preocupa demasiado.	0 1 2
24.	Le da miedo sin tener ningún motivo.	0 1 2
25.	Le da miedo estar solo en casa.	0 1 2
26.	Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.	0 1 2
27.	Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar.	0 1 2
28.	Las personas dicen que se preocupa demasiado.	0 1 2
29.	No le gusta estar separado de la familia.	0 1 2
30.	Le da miedo de tener ataques de nervios (pánico).	0 1 2
31.	Le preocupa que algo malo les pueda pasar a sus padres.	0 1 2
32.	Le da vergüenza cuando esta con personas que no conoce.	0 1 2
33.	Le preocupa que le vaya a pasar en el futuro.	0 1 2
34.	Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.	0 1 2
35.	Le preocupa saber si está haciendo las cosas bien.	0 1 2
36.	Tiene miedo de ir al colegio.	0 1 2
37.	Le preocupan las cosas que ya han pasado.	0 1 2
38.	Cuando tiene miedo, se siente mareado(a).	0 1 2
39.	Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).	0 1 2
40.	Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conoce.	0 1 2
41.	Mi hijo(a) es tímido(a).	0 1 2

Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). Email: Boris@camp.wpic.pitt.edu

## ANEXO J: SCARED POST-INTERVENCIÓN

**SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS  
(SCAReD)\*  
AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA**

**FORMA PARA NIÑOS (8 años o mayores\*\*)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: 31/10/2014

Identificación #:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente usted. Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

0 = Casi nunca o nunca es cierto  
1 = Es cierto algunas veces  
2 = Casi siempre o siempre es cierto

1.	Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien.	0 1 2
2.	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.	0 1 2
3.	No me gusta estar con personas que no conozco bien.	0 1 2
4.	Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo.	0 1 2
5.	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.	0 1 2
6.	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.	0 1 2
7.	Soy una persona nerviosa.	0 1 2
8.	Sigo a mis padres a donde ellos van.	0 1 2
9.	La gente me dice que me veo nervioso(a).	0 1 2
10.	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien.	0 1 2
11.	Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza).	0 1 2
12.	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer.	0 1 2
13.	Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a).	0 1 2
14.	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes).	0 1 2
15.	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales.	0 1 2
16.	En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres.	0 1 2
17.	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.	0 1 2

**POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA**

0= Casi nunca o nunca es cierto

1= Es cierto algunas veces

18.	Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
19.	Yo tiemblo.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
20.	En las noches tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
21.	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
22.	Sudo mucho cuando tengo miedo.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
23.	Me preocupo demasiado.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
24.	Me preocupo sin motivo.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
25.	Me da miedo estar solo(a) en la casa.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
26.	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
27.	Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
28.	Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
29.	No me gusta estar lejos de mi familia.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
30.	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico).	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
31.	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
32.	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
33.	Me preocupa que me pasara cuando sea grande.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
34.	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
35.	Me preocupa saber si hago las cosas bien.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
36.	Tengo miedo de ir al colegio.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
37.	Me preocupan las cosas que ya han pasado.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
38.	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
39.	Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
40.	Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco.	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
41.	Soy tímido(a)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2

\*Hecho por Boris Blmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). E-mail: boris@camp.wpic.pitt.edu  
 \*\*Se recomienda que a los niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas.

## ANEXO K: SCARED-P POST-INTERVENCIÓN

### SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS (SCAReD)

#### AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

#### FORMA PARA LOS PADRES

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha: 31/10/2014.

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Identificación #:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente su hijo(a). Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

- 0 = Casi nunca o nunca es cierto  
1 = Es cierto algunas veces  
2 = Casi siempre o siempre es cierto

1.	Cuando siente miedo, no puede respirar bien.	0 (1) 2
2.	Cuando está en la escuela, se queja de dolor de cabeza.	0 (1) 2
3.	No le gusta estar con personas que no conoce bien.	0 1 (2)
4.	Le da miedo dormir en otras casas.	0 (1) 2
5.	Se preocupa de lo que piensan de él (ella).	(0) 1 2
6.	Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.	(0) 1 2
7.	Es un niño(a) nervioso(a).	0 (1) 2
8.	Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra").	0 (1) 2
9.	La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a).	(0) 1 2
10.	Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien.	0 1 (2)
11.	Cuando está en la escuela le duele el estómago.	0 (1) 2
12.	Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer".	(0) 1 2
13.	Se preocupa si tiene que dormir solo(a).	(0) 1 2
14.	Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños.	(0) 1 2
15.	Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales.	(0) 1 2
16.	Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá.	0 (1) 2
17.	Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.	(0) 1 2

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA

0=Casi nunca o nunca es cierto      1=Es cierto algunas veces  
2=Casi siempre o siempre es cierto

18.	Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
19.	Se pone tembloroso.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
20.	Sueña que algo malo le va a pasar a él (ella).	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
21.	Le preocupa como le van a salir las cosas.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
22.	Cuando tiene miedo (nervios) suda mucho.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
23.	Se preocupa demasiado.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
24.	Le da miedo sin tener ningún motivo.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
25.	Le da miedo estar solo en casa.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
26.	Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.	0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
27.	Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
28.	Las personas dicen que se preocupa demasiado.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
29.	No le gusta estar separado de la familia.	0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2
30.	Le da miedo de tener ataques de nervios (pánico).	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
31.	Le preocupa que algo malo les pueda pasar a sus padres.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
32.	Le da vergüenza cuando esta con personas que no conoce.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
33.	Le preocupa que le vaya a pasar en el futuro.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
34.	Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
35.	Le preocupa saber si está haciendo las cosas bien.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
36.	Tiene miedo de ir al colegio.	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
37.	Le preocupan las cosas que ya han pasado.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
38.	Cuando tiene miedo, se siente mareado(a).	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
39.	Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
40.	Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conoce.	0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
41.	Mi hijo(a) es tímido(a).	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2

Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). Email: Boris@camp.wpic.pitt.edu



**ANEXO L: VINELAND-II PRE-INTERVENCIÓN**

**About the Individual:**

Name: \_\_\_\_\_

Sex: Masculino ID: \_\_\_\_\_ Grade (if applicable): 7mo

Highest Grade Completed (if applicable): 7mo

School or Other Facility (if applicable): \_\_\_\_\_

Present Classification or Diagnosis: Síndrome de Asperger

Language Spoken at Home: Español

Age: \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Age Used for Starting Points: 11:4

Interview Date: 2014 09 15 Type (circle one): Chronological

Birth Date: 2003 05 10 Mental

Chronological Age: \_\_\_\_\_ Social

Data from Other Tests: Intelligence \_\_\_\_\_ Achievement \_\_\_\_\_ Adaptive Behavior \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Reason for the Interview: Síntomas ansiosos/Asperger - TEA



**Spanish  
Record  
Booklet**

**Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition**

**Survey Interview Form**

Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, and David A. Balla  
A revision of the Vineland Social Maturity Scale by Edgar A. Doll

**About the Respondent:**

Name: \_\_\_\_\_

Sex: F Telephone: \_\_\_\_\_

Relationship to Individual: Madre

**About the Interviewer:**

Name: MO. JOSE GORDON

Position: EST. SIO CLINICA

Sex: F

**Before beginning administration, read Chapter 2 in the Survey Forms Manual carefully.**

General Directions: In each adaptive behavior subdomain, begin scoring with the item designated for the individual's age. Score each item "2," "1," "0," "DK," or "N/O" (see Appendix E of the Vineland-II Survey Forms Manual for scoring criteria).

- Circle "2" if the individual usually performs the behavior independently (that is, without physical help or reminders).
- Circle "1" if the individual sometimes performs the behavior independently or partially performs the behavior independently.
- Circle "0" if the individual never performs the behavior or never performs it independently.
- If the respondent has no knowledge of the individual's performance of a given behavior, circle "DK" for Don't Know.
- If an item includes a Scoring Tip, use the guidelines in the tip to help determine the appropriate score.
- If an item includes a Scoring Tip that says you may circle "N/O" for No Opportunity, you may circle that option, if appropriate, instead of a "2," "1," "0," or "DK."
- Some subdomains do not apply to children younger than three years of age. If the child being assessed is younger than the age of the first start point, do not administer that subdomain.

Record each score in this booklet by circling the applicable response option. If you have a question about any item, put a check mark on the line to the right of that item's response options. When you have completed administration of that subdomain, you can write in the Comments area about the item(s) in question.

Basal and Ceiling Rules: For each subdomain, establish a basal of four consecutive items scored "2" and a ceiling of four consecutive items scored "0." The basal item is defined as the highest item in the highest set of four consecutive items scored "2." The ceiling item is defined as the lowest item in the lowest set of four consecutive items scored "0." If no basal is established, treat Item 1 as the basal item. If no ceiling is established, treat the last item in the subdomain as the ceiling item.

### Communication Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Understanding     Listening and Attending     Following Instructions

✓  
Check  
for  
Comments  
below

RECEPTIVE	<1 →	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Voltea la cabeza y mira en dirección del sonido.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	2	Mira hacia la madre/padre o persona que lo cuida cuando escucha su voz.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	3	Responde a su nombre dicho en voz alta (por ejemplo: voltea hacia la persona que habla, sonríe, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	1 →	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Demuestra comprensión del significado de <i>no</i> , o alguna palabra o gesto con el mismo significado (por ejemplo: deja de hacer lo que está haciendo por un corto tiempo).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	5	Demuestra comprensión del significado de <i>sí</i> , o alguna palabra o gesto con el mismo significado (por ejemplo: continúa su actividad, sonríe, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	6	Escucha un cuento por lo menos durante 5 minutos (es decir: permanece quieto/a y callado/a y presta atención).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	2 →	<input checked="" type="checkbox"/>	7	Señala por lo menos tres partes importantes del cuerpo cuando alguien se lo pide (por ejemplo: nariz, boca, manos, pies, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	8	Señala objetos comunes dentro de un libro o una revista cuando se nombran (por ejemplo: perro, carro, taza, llave, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	9	Escucha instrucciones.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	10	Sigue instrucciones con una acción y un objeto (por ejemplo: "Tráeme el libro", "Cierra la puerta", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	3+ →	<input checked="" type="checkbox"/>	11	Señala por lo menos cinco partes de menor importancia del cuerpo cuando alguien se lo pide (por ejemplo: dedos, codos, dientes, dedos del pie, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	12	Sigue instrucciones con dos acciones o una acción y dos objetos (por ejemplo: "Tráeme las crayolas y el papel", "Siéntate y cómete la comida", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	13	Sigue instrucciones que contienen una condición (por ejemplo: "Si quieres jugar afuera, entonces guarda tus cosas", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	14	Escucha un cuento por lo menos durante 15 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	15	Escucha un cuento por lo menos durante 30 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	16	Sigue instrucciones que contienen tres pasos (por ejemplo: "Cepíllate los dientes, vístete y tiende tu cama," etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	17	Sigue instrucciones o indicaciones que escuchó 5 minutos antes.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	18	Comprende expresiones que no deben interpretarse en forma literal (por ejemplo: "ir al grano," o, en inglés, "Hit the road," etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	19	Escucha un discurso informativo por lo menos durante 15 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	20	Escucha un discurso informativo por lo menos durante 30 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK

Comments

---



---



---



---

Item Before Basal 8 × 2 = 16  
 Basal Item Through Ceiling Item:  
 DK and/or Missing Total\* + 0  
 N/O Total + 0  
 Sum of 2s and 1s + 9  
**Receptive Raw Score** = 25  
SUM













































\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

**Communication Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

-  Pre-Speech Expression
-  Beginning to Talk
-  Interactive Speech
-  Speech Skills
-  Expressing Complex Ideas

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

<b>EXPRESSIVE</b>	<b>&lt;1→</b>		1	Llora o se inquieta cuando tiene hambre o tiene el pañal mojado.		2	1	0	DK	
			2	Sonríe cuando la madre/padre o persona que lo cuida le sonríe.		2	1	0	DK	
			3	Emite sonidos de placer (por ejemplo: hace gorgoritos o se ríe).		2	1	0	DK	
			4	Emite sonidos como un bebé (es decir, balbucea).		2	1	0	DK	
			5	Emite sonidos o gesticula (por ejemplo: mueve los brazos) para llamar la atención.		2	1	0	DK	
			6	Emite sonidos o gesticula (por ejemplo: mueve la cabeza) si quiere que una actividad pare o continúe.		2	1	0	DK	
			7	Dice adiós con la mano cuando otra persona le saluda con la mano o cuando la madre/padre o persona que lo cuida le dice que salude con la mano.		2	1	0	DK	
		<b>1→</b>		8	Dice "Pa-pá," "Ma-má," u otro nombre para llamar a la madre/padre o persona que lo cuida (como el nombre de la madre/padre o persona que lo cuida, o el apodo).		2	1	0	DK
				9	Señala un objeto que desea y que no puede alcanzar.		2	1	0	DK
				10	Señala o hace gestos para indicar lo que prefiere si se le ofrece algo para escoger (por ejemplo, "¿Quieres éste o ése?", etc.).		2	1	0	DK
				11	Repite o trata de repetir palabras comunes inmediatamente después de escucharlas (por ejemplo: <i>pelota, carro, vamos</i> , etc.).		2	1	0	DK
				12	Nombra por lo menos tres objetos comunes (por ejemplo: biberón, perro o su juguete favorito, etc.).		2	1	0	DK
				13	Pide cosas usando una palabra (por ejemplo: "apa", "más" o "fuera," etc.).		2	1	0	DK
				14	Usa el nombre o el apodo de sus hermanos/as o amigos/as o dice sus nombres cuando se los preguntan.		2	1	0	DK
				15	Responde o intenta responder con palabras cuando le hacen una pregunta.		2	1	0	DK
				16	Nombra por lo menos 10 objetos.		2	1	0	DK
				17	Dice su propio nombre o apodo cuando se lo preguntan (por ejemplo: María, Tatis, etc.).		2	1	0	DK
				18	Usa frases que contienen un sustantivo y un verbo (por ejemplo: "Papá se queda", "Ir a casa", etc.).		2	1	0	DK
				19	Hace preguntas cambiando la entonación de las palabras o frases (por ejemplo: "¿Mío?", "¿Yo voy?", etc.); la gramática no es importante.		2	1	0	DK
		<b>2→</b>		20	Dice por lo menos 50 palabras reconocibles.		2	1	0	DK
				21	Usa palabras sencillas para describir cosas (por ejemplo: <i>sucio, bonito, grande, fuerte</i> , etc.).		2	1	0	DK
				22	Hace preguntas que comienzan con <i>qué</i> o <i>dónde</i> (por ejemplo: "¿Qué es eso?", "¿Adónde va el perro?", etc.).		2	1	0	DK

Comments

---



---



---











---

**Communication Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

✓  
Check  
for  
Comments  
below

-  Pre-Speech Expression
-  Beginning to Talk
-  Interactive Speech
-  Speech Skills
-  Expressing Complex Ideas

EXPRESSIVE, continued		23	Usa negaciones en oraciones ("No voy", "No tomo", etc.); la gramática no es importante.		2	1	0	DK		
		24	Cuenta acerca de sus experiencias en oraciones (por ejemplo, "Gabi y yo jugamos"; Daniel me leyó un libro"; etc.).		2	1	0	DK		
		25	Dice su edad correcta cuando se la preguntan.		2	1	0	DK		
		26	Dice por lo menos 100 palabras reconocibles.		2	1	0	DK		
		27	Usa <i>en</i> , <i>sobre</i> o <i>debajo</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "La pelota por debajo de la silla", "Ponlo en la mesa", etc.).		2	1	0	DK		
		28	Usa <i>y</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "Mamá y Papá", "Quiero helado y pastel", etc.).		2	1	0	DK		
	<b>3 →</b>		29	Dice su nombre y apellido cuando se lo preguntan.		2	1	0	DK	
			30	Identifica y nombra la mayoría de los colores más comunes (es decir, rojo, azul, verde, amarillo, anaranjado, morado, marrón y negro). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo nombra 6 a 8 colores; marque "1" si el individuo nombra 2 a 5 colores; marque "0" si el individuo nombra 0 ó 2 colores.		2	1	0	DK	
			31	Hace preguntas que comienzan con <i>quién</i> o <i>por qué</i> (por ejemplo: "¿Quién es él?", "¿Por qué tengo que ir?", etc.).		2	1	0	DK	
			32	Usa correctamente la terminación "-ando", "-iendo" (por ejemplo, "Está cantando"; "Está comiendo", etc.).		2	1	0	DK	
	<b>4, 5 →</b>		33	Usa los posesivos en frases u oraciones (por ejemplo: "Ése es su libro", "Éste es el perro de Carlos", etc.).		2	1	0	DK	
			34	Usa pronombres en frases u oraciones; debe usar el género correcto y la forma correcta del pronombre, pero las oraciones no tienen que estar gramaticalmente correctas (por ejemplo: "Él lo hizo", "Ellos fueron", etc.).		2	1	0	DK	
			35	Hace preguntas que comienzan con <i>cuándo</i> (por ejemplo: "¿Cuándo estará la cena?", "¿Cuándo podemos irnos para la casa?", etc.).		2	1	0	DK	
			36	Usa verbos regulares en el tiempo pasado (por ejemplo: <i>caminé</i> , <i>cociné</i> , etc.); puede usar los verbos irregulares en el tiempo pasado incorrectamente (por ejemplo: "Ponió la mesa", etc.).		2	1	0	DK	
			37	Usa <i>detrás de</i> o <i>frente a</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "Caminé frente a ella", "Tatiana está detrás de Ud.", etc.).		2	1	0	DK	
			38	Pronuncia las palabras claramente sin sustituciones de sonidos (por ejemplo: no dice "yegalo" para "regalo", "cacha" para "casa", etc.).		2	1	0	DK	
			39	Cuenta las partes básicas de una historia, cuento de hadas o un programa de televisión; no es necesario que lo narre en perfecto orden o que dé muchos detalles.		2	1	0	DK	
		<b>6 →</b>		40	Dice el mes y el día de su cumpleaños cuando se lo preguntan.		2	1	0	DK
		41	Modula apropiadamente al hablar el tono de su voz, el volumen y el ritmo (por ejemplo: no habla en voz muy alta, de una manera suave o monótona, etc.).		2	1	0	DK		

Comments \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Communication Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Pre-Speech Expression
- Beginning to Talk
- Interactive Speech
- Speech Skills
- Expressing Complex Ideas

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

EXPRESSIVE, continued	☆ 42	Cuenta lo que sucedió con detalles (por ejemplo: dice quién participó, dónde se llevó a cabo la actividad, etc.).	☆	2	1	0	DK
	☆ 43	Da instrucciones sencillas (por ejemplo: cómo jugar un juego o cómo hacer algo). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si las instrucciones son suficientemente claras para comprender; marque "1" si el individuo articula instrucciones, pero no son suficientemente claras para comprender; marque "0" si el individuo nunca intenta articular instrucciones.	☆	2	1	0	DK
	☾ 44	Usa <i>entre</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "La pelota se fue por entre los carros", etc.).	☾	2	1	0	DK
	7+ →  45	Dice su número de teléfono cuando se lo preguntan.		2	1	0	DK
	46	Cuando está hablando, pasa de un tema a otro con facilidad.		2	1	0	DK
	47	Se queda enfocado en el tema de conversaciones; no se va por la tangente.		2	1	0	DK
	☆ 48	Explica sus ideas en más de una manera (por ejemplo, dice: "Ese libro estuvo bueno. Fue emocionante y divertido leerlo", etc.).	☆	2	1	0	DK
	☾ 49	Tiene conversaciones que duran por lo menos 10 minutos (por ejemplo: cuenta sus experiencias, presenta sus ideas, comparte sus emociones, etc.).	☾	2	1	0	DK
	☾ 50	Usa correctamente los plurales irregulares (por ejemplo: <i>peces, manías, lápices, rubíes</i> o, en inglés, <i>children, geese, mice, o women</i> , etc.).	☾	2	1	0	DK
	51	Dice la dirección completa de su casa (es decir: calle o ruta rural, número de apartamento, ciudad, estado), con o sin el código postal, cuando se la preguntan.		2	1	0	DK
	☆ 52	Explica una meta a corto plazo y lo que necesita hacer para alcanzarla (por ejemplo dice: "Quiero obtener una buena calificación en mi examen, así que voy a estudiar mucho", etc.).	☆	2	1	0	DK
	☆ 53	Da instrucciones complejas a otras personas (por ejemplo, como llegar a lugares alejados, recetas de cocina con muchos ingredientes o pasos, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si las instrucciones son suficientemente claras para comprender; marque "1" si el individuo articula instrucciones, pero no son suficientemente claras para comprender; marque "0" si el individuo nunca intenta articular instrucciones.	☆	2	1	0	DK
	☆ 54	Describe metas a largo plazo que quiere realizar en 6 meses o más (por ejemplo, dice, "Quiero comprarme una bicicleta, así que voy a ahorrar dinero y a hacer mandados para otras personas para tener suficiente dinero para comprármela."	☆	2	1	0	DK

Comments

---

---

---

---

---

---

Item Before Basal	39 × 2 =	78
Basal Item Through Ceiling Item:		
DK and/or Missing Total*	+	0
N/O Total	+	0
Sum of 2s and 1s	+	26
<b>Expressive Raw Score</b>	=	<b>104</b>
		SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Communication Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Beginning to Read  
 Reading Skills  
 Writing Skills

Check for Comments below

WRITTEN	3-5 →	1	Identifica una o más letras del alfabeto como letras y distingue las letras de los números.		2	1	0	DK
		2	Reconoce su nombre en letra de imprenta.		2	1	0	DK
		3	Identifica por lo menos 10 letras del alfabeto en letra de imprenta/letra de molde.		2	1	0	DK
		4	Escribe en letra de imprenta o cursiva usando la orientación correcta (es decir, de izquierda a derecha).		2	1	0	DK
		5	Copia su nombre.		2	1	0	DK
		6	Identifica todas las letras del alfabeto, tanto en mayúsculas como en minúsculas, escritas en letra de imprenta.		2	1	0	DK
		7	Escribe en letra de imprenta por lo menos tres palabras sencillas copiadas de un ejemplo (por ejemplo: gato, agua, ojo, etc.).		2	1	0	DK
	6 →	8	Escribe su nombre y apellido de memoria en letra de imprenta o cursiva.		2	1	0	DK
		9	Lee por lo menos 10 palabras en voz alta.		2	1	0	DK
		10	Escribe de memoria por lo menos 10 palabras sencillas en letra de imprenta (por ejemplo: gato, casa o mamá).		2	1	0	DK
		11	Lee cuentos sencillos en voz alta (es decir, cuentos que contienen oraciones de tres a cinco palabras).		2	1	0	DK
	7, 8 →	12	Escribe oraciones sencillas de tres o cuatro palabras en letra de imprenta; puede cometer algunos errores de ortografía.		2	1	0	DK
		13	Escribe de memoria más de 20 palabras en letra de imprenta; puede cometer algunos errores de ortografía.		2	1	0	DK
		14	Lee y comprende material para niños de por lo menos de un nivel de segundo grado.		2	1	0	DK
		15	Ordena listas de palabras según el orden alfabético.		2	1	0	DK
	9+ →	16	Escribe correspondencia sencilla de por lo menos tres oraciones (por ejemplo: tarjetas postales, notas de agradecimiento, correo electrónico, etc.); puede usar la computadora.		2	1	0	DK
		17	Lee y comprende material para niños de por lo menos un nivel de cuarto grado.		2	1	0	DK
		18	Escribe reportes, trabajos de investigación o composiciones de por lo menos una página; puede usar una computadora.		2	1	0	DK
		19	Escribe en forma completa las direcciones de correo del destinatario y del remitente en cartas o paquetes.		2	1	0	DK
		20	Lee y comprende material para niños de por lo menos un nivel de sexto grado.		2	1	0	DK
		21	Corrige su propio trabajo escrito antes de entregarlo (por ejemplo: revisa la puntuación, ortografía, gramática, etc.).		2	1	0	DK
		22	Escribe correspondencia avanzada de por lo menos 10 oraciones; puede usar una computadora.		2	1	0	DK
		23	Lee y comprende material para niños de por lo menos de un nivel de noveno grado.		2	1	0	DK
		24	Lee por lo menos dos artículos de periódico cada semana (en versión impresa o electrónica).		2	1	0	DK
		25	Escribe cartas comerciales (por ejemplo, pide información, escribe una queja o reclamo, efectúa un pedido, etc.); puede usar una computadora.		2	1	0	DK

Comments

Item Before Basal  $16 \times 2 = 32$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* + 1

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 15

Written Raw Score = 48

SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Daily Living Skills Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Eating and Drinking
- Toileting
- Dressing
- Bathing
- Grooming
- Health Care

✓  
Check  
for  
Comments  
below

PERSONAL	<b>&lt;1→</b>		1	Abre la boca cuando se le ofrece comida.		2	1	0	DK
			2	Come comidas sólidas (por ejemplo: verduras cocidas, carne picada, frutas, etc.).		2	1	0	DK
			3	Chupa o mastica comidas que se pueden comer con la mano (por ejemplo: galletitas saladas, galletas dulces, tostadas, etc.).		2	1	0	DK
	<b>1→</b>		4	Bebe de una taza o un vaso; puede derramar.		2	1	0	DK
			5	Le avisa a alguien que tiene el pañal o pantalón mojado o sucio (por ejemplo: señala hacia ellos, hace ruidos, se jala el pañal, etc.).		2	1	0	DK
			6	Se alimenta por sí solo con cuchara; puede derramar.		2	1	0	DK
			7	Sorbe con un popote (o pajita/sorbeto/canita).		2	1	0	DK
			8	Se quita la ropa que se abrocha por delante (por ejemplo: un abrigo o un suéter); no tiene que desabotonarse o abrir el cierre de la prenda.		2	1	0	DK
	<b>2→</b>		9	Se sube la ropa con pretina elástica (por ejemplo: ropa interior o pantalones de gimnasia).		2	1	0	DK
			10	Se alimenta por sí solo con un tenedor; puede derramar.		2	1	0	DK
			11	Bebe de una taza o vaso sin derramar.		2	1	0	DK
			12	Se alimenta por sí solo con cuchara, sin derramar.		2	1	0	DK
	<b>3→</b>		13	Orina en el inodoro o en la bacinilla.		2	1	0	DK
			14	Se pone ropa que se abrocha por delante (por ejemplo: un abrigo o un suéter); no tiene que abotonarse o cerrar el cierre de la prenda.		2	1	0	DK
			15	Pide usar el baño.		2	1	0	DK
			16	Defeca en el inodoro o en la bacinilla.		2	1	0	DK
			17	Va solo al baño durante el día (es decir, ya no se hace en la ropa).		2	1	0	DK
				<i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo usa el baño sin ayuda y sin accidentes; marque "1" si el individuo necesita ayuda (por ejemplo, con limpiarse), o tiene accidentes; marque "0" si el individuo necesita ayuda siempre o tiene accidentes frecuentes.					
	<b>4→</b>		18	Cierra cierres que se encuentran unidos en la parte de abajo (por ejemplo: los cierres de los pantalones, de las mochilas, etc.).		2	1	0	DK
			19	Se limpia o suena la nariz usando pañuelos desechables o de tela.		2	1	0	DK
			20	Usa el baño durante la noche (es decir, ya no moja la cama durante la noche).		2	1	0	DK
			21	Se pone los zapatos en los pies correctos; no tiene que atarse los cordones o las agujetas.		2	1	0	DK
			22	Cierra broches de presión.		2	1	0	DK
			23	Agarra correctamente la cuchara, el tenedor y el cuchillo.		2	1	0	DK
		24	Se lava y se seca la cara usando agua y jabón.		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



**Daily Living Skills Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

✓  
Check for Comments below

- Eating and Drinking
- Toileting
- Dressing
- Bathing
- Grooming
- Health Care

PERSONAL, continued	5, 6 → ✂	25	Se cepilla los dientes. <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo se cepilla los dientes sin ayuda, incluye poner la pasta de dientes en el cepillo, y sin decirle que hay que cepillarse; marque "1" si el individuo necesita ayuda al cepillarse o poner la pasta de dientes en el cepillo, o necesita que se le recuerde cepillarse los dientes; marque "0" si el individuo nunca se cepilla sin ayuda o sin recordatorios.	✂	2	1	0	DK		
			26	Abotona botones grandes de la parte delantera de su ropa usando los ojales correctos.		2	1	0	DK	
			27	Se tapa la boca y la nariz cuando tose y estornuda.		2	1	0	DK	
			28	Abotona botones pequeños de la parte delantera de su ropa usando los ojales correctos.		2	1	0	DK	
			29	Une y cierra los cierres que no se encuentran unidos en la parte de abajo (por ejemplo: los cierres de las chaquetas deportivas o chamarras, sudaderas con cierre).		2	1	0	DK	
			30	Ajusta la temperatura del agua añadiendo agua caliente o fría.		2	1	0	DK	
			31	Usa ropa apropiada cuando llueve o cuando hace frío (por ejemplo: un impermeable, botas, un suéter, etc.).		2	1	0	DK	
	7+ → ✂		32	Se baña o se ducha y se seca solo. <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo se baña o se ducha sin ayuda, incluye abrir y cerrar el agua; marque "1" si el individuo necesita ayuda con alguna parte del baño, secarse, o abrir o cerrar el agua; marque "0" si el individuo nunca se baña o se ducha sin ayuda.		2	1	0	DK	b
			33	Encuentra y usa apropiadamente los baños públicos que corresponden a su sexo.		2	1	0	DK	
			34	Se lava y seca el pelo (con una toalla o secadora).	✂	2	1	0	DK	
			35	Se cura heridas pequeñas (por ejemplo: limpia la herida, se coloca una venda, etc.).		2	1	0	DK	
			36	Toma los medicamentos de acuerdo a las instrucciones (es decir, sigue las instrucciones de las etiquetas de los medicamentos).		2	1	0	DK	
			37	Usa el termómetro para tomar su propia temperatura o la de otra persona.		2	1	0	DK	
			38	Busca ayuda médica en casos de emergencia (por ejemplo: reconoce los síntomas de una enfermedad o herida grave, tales como la falta de aliento, dolores de pecho, sangrado fuerte, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si el individuo no ha tenido una emergencia médica.		2	1	0	DK	
			39	Sigue instrucciones para el cuidado de la salud, dietas especiales o tratamientos médicos. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si el individuo no tiene un problema de salud que requiere procedimientos médicos especiales, dietas o tratamientos especiales.		2	1	0	DK	
			40	Está al tanto de sus medicamentos (con receta y sin receta) y los vuelve a surtir cuando es necesario.		2	1	0	DK	
			41	Hace citas para chequeos médicos y dentales regularmente.		2	1	0	DK	c

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  $31 \times 2 = 62$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* + 0

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 11

Personal Raw Score = 73

SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Safety at Home Kitchen Chores Housekeeping

Check for Comments below

DOMESTIC	1-6 →	1	Tiene cuidado cuando está cerca de cosas calientes (por ejemplo: la estufa, el horno, un fuego, etc.).		2	1	0	DK	
		2	Ayuda con los quehaceres sencillos de la casa (por ejemplo: limpia el polvo, recoge la ropa o juguetes, da de comer a las mascotas, etc.).		2	1	0	DK	
		3	Retira de su lugar en la mesa objetos irrompibles.		2	1	0	DK	
		4	Limpia el área de juego o de trabajo al final de la actividad (por ejemplo: después de pintar con los dedos, construir modelos, etc.).		2	1	0	DK	
		5	Guarda sus pertenencias personales (por ejemplo: sus juguetes, libros, revistas, etc.).		2	1	0	DK	
	7-10 →	6	Tiene cuidado al usar objetos cortantes o punzantes (por ejemplo: tijeras, cuchillos, etc.).		2	1	0	DK	
		7	Retira de su lugar en la mesa objetos que se pueden romper.		2	1	0	DK	
		8	Ayuda a preparar comidas que se tienen que mezclar y cocinar (por ejemplo: una torta o pastel, mezcla para galletas, macarrones con queso, etc.).		2	1	0	DK	
		9	Usa aparatos electrodomésticos sencillos (por ejemplo: la tostadora o el tostapan, el abrelatas).		2	1	0	DK	
		10	Usa el horno de microondas para calentar, hornear o cocinar (es decir, especifica el tiempo y la temperatura, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay horno de microondas en la casa.		2	1	0	DK	
		11	Guarda la ropa limpia en el lugar correcto (por ejemplo: en cajones o en el ropero, en ganchos, etc.).		2	1	0	DK	6-
	11+ →	12	Usa herramientas (por ejemplo: un martillo para poner clavos o un destornillador para meter o sacar tornillos, etc.).		2	1	0	DK	
		13	Lava los platos a mano o pone los platos en el lavaplatos automático.		2	1	0	DK	
		14	Barre, trapea o pasa la aspiradora por todo el piso. <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo trapea, barre o pasa la aspiradora tan bien que no hay que volver a hacer la tarea; marque "1" si el individuo no suele completar la tarea bien; marque "0" si el individuo nunca trapea, barre o pasa la aspiradora, o hace la tarea tan mal que siempre hay que volver a hacerla.		2	1	0	DK	
		15	Limpia la mesa completamente (por ejemplo: limpia y apila los platos, tira los objetos desechables a la basura, etc.).		2	1	0	DK	
		16	Usa los productos de limpieza correctamente (por ejemplo, el jabón para ropa, el lustramuebles, el limpiador para vidrios, etc.).		2	1	0	DK	
		17	Prepara comidas básicas que no necesitan ser mezcladas pero sí cocinadas (por ejemplo: arroz, sopa, verduras, etc.).		2	1	0	DK	
		18	Limpia una o más habitaciones además de la suya.		2	1	0	DK	
		19	Usa cuchillos filosos para preparar comida.		2	1	0	DK	
		20	Usa la estufa o el horno para calentar, hornear o cocinar (es decir, enciende y apaga los quemadores, controla la temperatura del horno, etc.).		2	1	0	DK	
		21	Prepara comidas con ingredientes que tienen que ser medidos, mezclados, y cocinados.		2	1	0	DK	
		22	Lava ropa cuando es necesario.		2	1	0	DK	
		23	Realiza tareas de mantenimiento según sea necesario (por ejemplo: reemplaza las lamparillas o focos de luz, cambia la bolsa de la aspiradora, etc.).		2	1	0	DK	
		24	Planea y prepara la comida principal del día.		2	1	0	DK	C

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  $10 \times 2 = 20$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* + 0

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 11

Domestic Raw Score = 31  
SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

✓  
Check for  
Comments  
below

☎ Telephone Skills   ● Rules, Rights, and Safety   📅 Time and Dates   ▼ Job Skills   🖨 Computer Skills  
 \$ Money Skills   🍽 Restaurant Skills   ☐ Television and Radio   🚶 Going Places Independently

COMMUNITY	1-3 →	☎ 1	Demuestra entender de la función del teléfono (por ejemplo: finge llamar por teléfono, etc.).	☎	2	1	0	DK	
		☎ 2	Conversa por teléfono con alguna persona conocida.	☎	2	1	0	DK	
		☐ 3	Usa el televisor o el radio sin ayuda (por ejemplo, enciende el equipo, escoje el canal o estación, selecciona el programa, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay un televisor o radio en la casa.	☐	2	1	0	DK	
	4 →	\$ 4	Cuenta por lo menos 10 objetos, uno por uno.	\$	2	1	0	DK	
		● 5	Está consciente y demuestra una conducta apropiada cuando viaja en automóvil (por ejemplo: se deja su cinturón de seguridad abrochado, se abstiene de distraer al conductor, etc.).	●	2	1	0	DK	
		\$ 6	Demuestra entender la función del dinero (por ejemplo, dice: "Se necesita dinero para comprar cosas en la tienda", etc.).	\$	2	1	0	DK	
		● 7	Usa la acera o banqueta de la calle (o el arcén cuando no hay acera disponible) para caminar o usar algún equipo con ruedas (por ejemplo: patines, patineta, triciclo, etc.).	●	2	1	0	DK	
	5, 6 →		8 Demuestra saber la función del reloj (por ejemplo, dice: "El reloj sirve para saber la hora", "¿A qué hora podemos ir?", etc.).	📅	2	1	0	DK	
		● 9	Sigue las reglas del hogar (por ejemplo: no correr en la casa, no salta en los muebles, etc.).	●	2	1	0	DK	
		🖨 10	Demuestra destrezas de computadora necesarias para jugar juegos o abre los programas con la computadora ya encendida; no tiene que encender la computadora por sí solo. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay una computadora en la casa.	🖨	2	1	0	DK	
		☎ 11	Llama al teléfono a la persona que recibe una llamada o indica que la persona no está disponible.	☎	2	1	0	DK	
		\$ -12	Identifica las monedas penny, nickel, dime y quarter si se le pide que lo haga; no es necesario que sepa el valor de cada moneda.	\$	2	1	0	DK	
		● 13	Mira hacia ambos lados al cruzar la calle.	●	2	1	0	DK	
	7 →		14 Dice el día actual de la semana cuando se le pregunta.	📅	2	1	0	DK	
		● 15	Demuestra comprender el derecho a la privacidad personal para sí mismo y para otras personas (por ejemplo: cuando usa el baño o al cambiarse la ropa; etc.).	●	2	1	0	DK	
		● 16	Demuestra saber el número de teléfono al que debe de llamar en caso de una emergencia cuando se le pregunta.	●	2	1	0	DK	
			17 Dice la hora usando un reloj digital.	📅	2	1	0	DK	
	8 →	\$ 18	Dice el valor de un penny (1 centavo), un nickel (5 centavos), un dime (10 centavos) y un quarter (25 centavos).	\$	2	1	0	DK	
		\$ 19	Distingue entre billetes de diferentes denominaciones (por ejemplo: se refiere a billetes de 1 dólar, 5 dólares, etc. en una conversación; etc.).	\$	2	1	0	DK	
		● 20	Obedece a los semáforos y las señales de Pasar y No pasar la calle.	●	2	1	0	DK	
			21 Señala la fecha actual o cualquier otra fecha en el calendario cuando se le pregunta.	📅	2	1	0	DK	
		\$ 22	Demuestra saber que algunas cosas cuestan más dinero que otras (por ejemplo: dice, "Tengo suficiente dinero para comprar una barra de chocolate pero no para comprar chicles"; "¿Qué lápiz cuesta menos?"; etc.).	\$	2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Telephone Skills   
  Rules, Rights, and Safety   
  Time and Dates   
  Job Skills   
  Computer Skills  
 Money Skills   
  Restaurant Skills   
  Television and Radio   
  Going Places Independently

Check for Comments below

COMMUNITY, continued	9-11 →	23	Dice la hora por segmentos de treinta minutos usando un reloj analógico (por ejemplo: la 1 y media, las 2 y media, etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK		
		24	Hace llamadas telefónicas usando teléfonos fijos o celulares.	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK		
		25	Pide una comida completa en un restaurante de comida rápida. <i>Scoring Tip:</i> Se puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad.	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK	b	
							N/O		
	12-15 →	\$	26	Lleva o guarda dinero de manera segura (por ejemplo, en una billetera, una cartera o bolsa, o un cinturón con cierre).	\$	2	1	0	DK
			27	Dice la hora en segmentos de cinco minutos usando un reloj analógico (por ejemplo: la 1 y cinco, la 1 y diez, etc.).		2	1	0	DK
			28	Obedece horarios de regreso que establece la madre/padre o persona que lo cuida.	<input checked="" type="radio"/>	2	1	0	DK
			29	Mira o escucha programas para obtener información (por ejemplo: el pronóstico del tiempo, noticias, programa educativos, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay un televisor o radio en la casa.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
			30	Cuenta el vuelto después de comprar algo.	\$	2	1	0	DK
			31	Demuestra destrezas de computadora necesarias para realizar tareas complejas (por ejemplo: procesar un texto, entrar a la Internet, instalar programas de computación, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay una computadora en la casa.		2	1	0	DK
								N/O	
16+ →	\$	32	Evalúa la calidad y el precio cuando escoje cosas para comprar.	\$	2	1	0	DK	
		33	Obedece los límites de tiempo para los descansos (por ejemplo: para comer, tomar un café, etc.).	▼	2	1	0	DK	
		34	Viaja por lo menos 5 a 10 millas a un sitio conocido (es decir, va en bicicleta, usa transporte público o conduce por sí mismo).		2	1	0	DK	
		35	Demuestra comprender el derecho a reclamar o informar sobre problemas legítimos cuando no está contento con servicios o situaciones.	<input checked="" type="radio"/>	2	1	0	DK	
		36	Le avisa al personal de la escuela o al supervisor cuando llegará tarde o faltará a la escuela.	▼	2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

✓  
Check for Comments below

- Telephone Skills   
  Rules, Rights, and Safety   
  Time and Dates   
  Job Skills   
  Computer Skills  
 Money Skills   
  Restaurant Skills   
  Television and Radio   
  Going Places Independently

COMMUNITY, continued	\$ 37	Usa cuentas bancarias de cheques o de ahorros de manera responsable (por ejemplo: mantiene algo de dinero en la cuenta de ahorros y controla el saldo cuidadosamente, etc.).	\$	2	1	0	DK
	38	Viaja por lo menos 5 a 10 millas a un destino desconocido (es decir, va en bicicleta, usa transporte público, o conduce por sí mismo).		2	1	0	DK
	▼ 39	Gana dinero en un trabajo de tiempo parcial (es decir trabaja por lo menos 10 horas por semana) durante un año. <i>Scoring Tip:</i> Do not mark 1	▼	2	X	0	DK
	▼ 40	Intenta mejorar su desempeño en su trabajo después de recibir crítica constructiva del supervisor. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no ha tenido un trabajo.	▼	2	1	0	DK N/O
	\$ 41	Administra su propio dinero (por ejemplo: paga la mayoría o todos sus gastos, usa cheques o giros postales para hacer compras según las necesite, etc.).	\$	2	1	0	DK
	▼ 42	Ha mantenido un trabajo de tiempo completo durante 1 año. <i>Scoring Tip:</i> Do not mark 1	▼	2	X	0	DK
	\$ 43	Presupuesta sus gastos mensuales (por ejemplo: los servicios públicos: cuentas de luz, agua, etc., la renta, etc.).	\$	2	1	0	DK
	\$ 44	Solicita y usa la tarjeta de crédito personal de manera responsable (por ejemplo: no excede los límites del crédito y paga a tiempo, etc.).	\$	2	1	0	DK

Comments

---

---

---

---

---

---

Item Before Basal  $24 \times 2 = 48$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* + 0

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 8

**Community Raw Score = 56**  
SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Socialization Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Responding to Others
- Expressing and Recognizing Emotions
- Imitating
- Thoughtfulness
- Friendship
- Dating

Check for Comments below

<1→				2	1	0	DK	
INTERPERSONAL RELATIONSHIPS		1	Mira a la cara a la madre/padre o persona que lo cuida.		2	1	0	DK
		2	Observa (es decir, sigue con los ojos) si alguien se mueve cerca de su cuna o cama durante 5 segundos o más.		2	1	0	DK
		3	Expresa dos o más emociones (por ejemplo: se ríe, llora, grita, etc.).		2	1	0	DK
		4	Sonríe o emite sonidos cuando se le acerca una persona conocida.		2	1	0	DK
		5	Hace o intenta hacer contacto social (por ejemplo: sonríe, emite sonidos, etc.).		2	1	0	DK
		6	Trata de alcanzar personas conocidas cuando éstas le extienden los brazos.		2	1	0	DK
		7	Demuestra preferencia por ciertas personas y objetos (por ejemplo: sonríe, agarra o se acerca hacia una persona u objeto, etc.).		2	1	0	DK
		8	Demuestra afecto hacia personas conocidas (por ejemplo: las toca, abraza, besa, etc.).		2	1	0	DK
		9	Imita o intenta imitar las expresiones faciales que hace la madre/padre o persona que lo cuida (por ejemplo: sonríe, frunce el ceño, etc.).		2	1	0	DK
		10	Se mueve por todas partes para buscar a la madre/padre o persona que lo cuida, o a alguna persona conocida que esté cerca.		2	1	0	DK
1, 2→		11	Demuestra interés por otros niños de la misma edad que no son sus hermanos (por ejemplo: los observa, les sonríe, etc.).		2	1	0	DK
		12	Imita movimientos sencillos (por ejemplo: aplaude o dice adiós con la mano).		2	1	0	DK
		13	Usa acciones para demostrar placer o interés por los demás (por ejemplo: aplaude o dice adiós con la mano).		2	1	0	DK
		14	Demuestra deseo por complacer a otros (por ejemplo: comparte un bocadillo o juguete, trata de ayudar aunque no puede, etc.).		2	1	0	DK
3, 4→		15	Demuestra comportamientos que indican que quiere hacer amistades con otras personas de su misma edad (por ejemplo, dice: "¿Quieres jugar?" o toma de la mano a otro niño, etc.).		2	1	0	DK
		16	Imita acciones relativamente complejas mientras que las hace otra persona (por ejemplo: hace cuenta de afeitarse, ponerse maquillaje, clavar clavos, etc.).		2	1	0	DK

Comments

---

---

---

---

---

---

**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Responding to Others   
  Expressing and Recognizing Emotions   
  Imitating  
 Social Communication   
  Thoughtfulness   
  Friendship   
  Dating

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS, continued	17	Responde cuando adultos conocidos le hablan (por ejemplo: si se le pregunta, "¿Cómo estás?" dice "Bien"; si le dicen "Estás muy guapo/a", dice "Gracias", etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	18	Repite frases que escuchó decir antes a un adulto (por ejemplo: "Cariño, ya llegué", "No puedes comer postre hasta que te termines la comida", etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	19	Usa palabras para expresar sus sentimientos (por ejemplo: "Estoy contento", "Tengo miedo", etc.).	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	5 → 20	Tiene un mejor amigo/a o demuestra preferir ciertos amigos (de cualquier sexo) sobre otros.	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	21	Imita acciones relativamente complejas horas después de ver a otra persona hacerlas (por ejemplo: hace cuenta de afeitarse, ponerse maquillaje, clavar clavos, etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	22	Usa palabras para expresar felicidad o preocupación por otras personas (por ejemplo: dice: "¡Bravo! ¡Ganaste!", "¿Estás bien?", etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	23	Actúa cuando otra persona necesita ayuda (por ejemplo: mantiene la puerta abierta o levanta algún objeto que se cayó, etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	6 → 24	Reconoce lo que le gusta o no le gusta a los demás (por ejemplo: dice: "A Carlos le gusta el fútbol", "Susie no come pizza", etc.).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
	25	Demuestra el mismo nivel de emoción que otros que se encuentran a su alrededor (por ejemplo: no exagera, ni le da poca importancia a una situación, etc.).	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 0	DK
	26	Mantiene una distancia adecuada entre él y otras personas en situaciones sociales (por ejemplo: no se acerca demasiado a otra persona cuando está hablando, etc.).	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK
27	Conversa con otras personas acerca de intereses comunes (por ejemplo: deportes, programas de televisión, o planes para el verano).	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	DK	
9+ → 28	Empieza conversaciones sociales cuando se encuentra con alguien que conoce (por ejemplo: dice: "¿Cómo estás?", "¿Qué pasa?", etc.).	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 0	DK	
29	Se reúne con amigos regularmente.	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 0	DK	
30	Prefiere no decir cosas que sean penosas o crueles o hacer preguntas inapropiadas en público.	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Responding to Others
- Expressing and Recognizing Emotions
- Imitating
- Social Communication
- Thoughtfulness
- Friendship
- Dating

Check for Comments below

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS, cont.	<input checked="" type="checkbox"/> 31	Pide cosas razonables de sus amistades (por ejemplo: no pretende ser el único amigo de una persona o tener a su amigo siempre a su disposición, etc.).	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 32	Comprende que los demás no pueden saber lo que piensa a menos que se los diga.	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 33	Tiene cuidado cuando habla acerca de cosas personales.	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 34	Coopera con otras personas para planear o ser parte de una actividad (por ejemplo: una fiesta de cumpleaños, un evento deportivo, etc.).	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 35	Demuestra entender insinuaciones o indirectas en una conversación (por ejemplo: sabe que un bostezo puede significar "Estoy aburrido", o que si alguien cambia rápidamente de tema puede significar "No quiero hablar acerca de eso", etc.).	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 36	Comienza una conversación hablando de cosas que le interesan a los demás (por ejemplo: "Tomás me dijo que te gustan las computadoras", etc.).	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 37	Sale con grupos de amigos.	2	1	0	DK	
	<input checked="" type="checkbox"/> 38	Sale en citas solo con otra persona.	2	1	0	DK	

Comments

---

---

---

---

---

---

---

---

Item Before Basal  $14 \times 2 = 28$

Basal Item Through Ceiling Item:

- DK and/or Missing Total\* + 0

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 31

**Interpersonal Relationships Raw Score = 49**  
SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.



**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

✓  
Check  
for  
Comments  
below

		Playing	Sharing and Cooperating	Going Places with Friends						
		Playing Games	Recognizing Social Cues							
<b>PLAY AND LEISURE TIME</b>	<1 →	1		Responde cuando la madre/padre o persona que lo cuida le juega (por ejemplo: sonríe, se ríe, o aplaude, etc.).		2	1	0	DK	
		2		Demuestra interés por el lugar donde se encuentra (por ejemplo: mira o se mueve alrededor, toca objetos o personas, etc.).		2	1	0	DK	
		3		Juega juegos sencillos de interacción con otras personas (por ejemplo: a las escondidillas, a hacer tortillitas, etc.).		2	1	0	DK	
	1, 2 →	4		Juega cerca a otro niño; cada uno realiza una actividad diferente.		2	1	0	DK	
		5		Elige jugar con otros niños (por ejemplo: no se queda fuera del grupo ni evita a los demás).		2	1	0	DK	
		6		Juega cooperativamente con uno o más niños durante un período de hasta 5 minutos.		2	1	0	DK	
		7		Juega cooperativamente con más de un niño durante un período de más de 5 minutos.		2	1	0	DK	
		8		Sigue jugando con otro niño, protestando muy poco, cuando la madre/padre o persona que lo cuida se va.		2	1	0	DK	
	3 →	9		Comparte sus juguetes o posesiones cuando se lo piden.		2	1	0	DK	
		10		Juega con otros bajo supervisión mínima.		2	1	0	DK	
		11		Usa objetos comunes del hogar o de otro tipo, para imaginar que son otra cosa (por ejemplo: se imagina que un cubo es un carro, que una caja es una casa, etc.).		2	1	0	DK	
		12		Se protege alejándose de personas que destruyen cosas o pueden lastimarlo/a (por ejemplo: aquellos que muerden, pegan, arrojan cosas, jalan el pelo, etc.).		2	1	0	DK	
	4 →	13		Juega a realizar actividades sencillas de la vida real (por ejemplo: se disfraza, pretende ser un superhéroe, etc.).		2	1	0	DK	
		14		Busca a otros para jugar o para que le hagan compañía (por ejemplo: invita a otros a su casa, va a la casa de otros, juega en el parque, etc.).		2	1	0	DK	
		15		Respeto los turnos durante un juego o un deporte cuando se le pide.		2	1	0	DK	
		16		Juega juegos de grupo que son informales y que se juegan afuera (por ejemplo: jugar a la mancha o corre que te pillo, a saltar la cuerda, coger la pelota, etc.).		2	1	0	DK	
		17		Comparte sus juguetes o cosas sin que se lo pidan.		2	1	0	DK	
	5, 6 →	18		Sigue las reglas en los juegos sencillos (por ejemplo: carreras de relevos, concursos de ortografía, juegos electrónicos, etc.).		2	1	0	DK	
		19		Toma turnos sin que se lo pidan.		2	1	0	DK	
		20		Juega juegos sencillos de cartas o de mesa que son exclusivamente de azar (por ejemplo: Go Fish, Uno, parchis, etc.).		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---

























---

### Socialization Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

-  Playing
  -  Sharing and Cooperating
  -  Going Places with Friends
-  Playing Games
  -  Recognizing Social Cues

PLAY AND LEISURE TIME, continued	7-12 →		21	Sale con amigos durante el día bajo la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un centro comercial, un parque, un centro comunitario, etc.).		2	1	0	DK
			22	Pide permiso antes de usar cosas que no le pertenecen o que están siendo usadas por otra persona.		2	1	0	DK
			23	Se abstiene de integrarse a un grupo cuando las acciones de los integrantes le indican que no es bienvenido/a.		2	1	0	DK
			24	Juega juegos sencillos que requieren mantener el puntaje (por ejemplo: a patear la pelota, básquetbol improvisado, etc.).		2	1	0	DK
	13+ →		25	Demuestra tener buen espíritu deportivo (es decir, sigue las reglas, no es demasiado agresivo, felicita al otro equipo cuando gana y no se enoja cuando pierde).		2	1	0	DK
			26	Juega más de un juego de mesa, cartas o juego electrónico que requieren destreza y toma de decisiones (por ejemplo: Monopolio™, cribbage, etc.).		2	1	0	DK
			27	Sale con amigos por la noche bajo la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un concierto, una conferencia, un evento deportivo, al cine, etc.).		2	1	0	DK
			28	Sigue las reglas de juegos o deportes complejos (por ejemplo: de fútbol americano, fútbol, voleibol, etc.).		2	1	0	DK
			29	Sale con amigos durante el día sin la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un centro comercial, un parque, un centro comunitario, etc.).		2	1	0	DK
			30	Planea actividades de diversión que requieren organizar más de dos cosas (por ejemplo, ir a la playa o al parque, lo cual requiere organizar el transporte, la comida y las cosas para jugar, etc.).		2	1	0	DK
		31	Sale con amigos por la noche sin la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un concierto, una conferencia, un evento deportivo, al cine, etc.).		2	1	0	DK	

Comments

---

---

---

---

---

---

Item Before Basal  $17 \times 2 = 34$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\*  $+ 0$

N/O Total  $+ 0$

Sum of 2s and 1s  $+ 13$

**Play and Leisure Time Raw Score = 47**  
SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Manners    
  Apologizing    
  Responsibility    
  Appropriate Social Caution  
 Transitions    
  Controlling Impulses    
  Keeping Secrets

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

<b>COPING SKILLS</b>	1-4 →	<input type="checkbox"/>	1	Cambia fácilmente de una actividad a otra en el hogar.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	2	Dice "gracias" cuando le dan algo.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	3	Cambia su comportamiento según su grado de confianza con la otra persona (por ejemplo: actúa de manera diferente con miembros de su familia que con personas desconocidas, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	4	Mastica con la boca cerrada.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
	5-7 →	<input type="checkbox"/>	5	Dice "por favor" cuando pide algo.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	6	Termina las conversaciones de manera apropiada (por ejemplo: "Adiós", "Hasta luego", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	7	Se lava o limpia la cara y las manos durante y/o después de las comidas.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	8	Responde apropiadamente cuando hay cambios razonables en sus actividades rutinarias (por ejemplo: se abstiene de quejarse, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
	8 →	<input type="checkbox"/>	9	Se disculpa cuando comete errores sin querer (por ejemplo: cuando se choca con alguien, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	10	Elige no burlarse, molestar o intimidar a otras personas.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	11	Actúa de manera apropiada cuando le presentan personas desconocidas (por ejemplo: saluda con la cabeza, sonríe, da la mano, los saluda, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	12	Varía el nivel de la voz según el lugar donde esté o la situación (por ejemplo: en una biblioteca, durante una película u obra de teatro, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	13	Se disculpa después de lastimar los sentimientos de otra persona.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	14	Se abstiene de hablar con la boca llena.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
		<input type="checkbox"/>	15	Habla con los demás sin interrumpir ni ser descortés.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

### Socialization Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Manners      Apologizing      Responsibility      Appropriate Social Caution  
 Transitions      Controlling Impulses      Keeping Secrets

✓  
Check  
for  
Comments  
below

COPING SKILLS, continued	9-12 →	16	Acepta que los demás le ofrezcan sugerencias o soluciones útiles.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	*	17	Controla sus sentimientos de enojo o dolor cuando es necesario cambiar los planes por razones fuera de su control (por ejemplo, por mal tiempo o problemas con el carro, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	X	18	Guarda secretos o confidencias durante más de un día.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		19	Se disculpa después de cometer errores involuntarios (por ejemplo: cuando excluye a alguien de un juego sin querer, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		20	Demuestra comprender que hacer bromas suaves con la familia o amigos puede ser una forma de expresar humor o afecto.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	13+ →	21	Le cuenta a la madre/padre o persona que lo cuida acerca de sus planes (por ejemplo: a qué hora va a salir o regresar, adónde va, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		22	Elige evitar actividades peligrosas o riesgosas (por ejemplo: saltar desde sitios altos, recoger a una persona que pide un aventón, manejar sin cuidado, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		23	Controla sus sentimientos de enojo o dolor cuando no se sale con la suya (por ejemplo: cuando no le dan permiso para ver televisión o ir a una fiesta, cuando un amigo o supervisor rechaza su sugerencia, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		24	Cumple con planes que ha hecho (por ejemplo: se encuentra con alguien si lo promete, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		25	Interrumpe o se aleja de relaciones o situaciones que son hirientes o peligrosas (por ejemplo: que lo intimiden, se burlen de él o ella, que se aprovechen de él o ella sexual o financieramente, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		26	Controla sus sentimientos de enojo o dolor a causa de crítica constructiva (por ejemplo: cuando le corrigen su mala conducta, la discusión sobre el puntaje o su calificación en un examen, una crítica de su rendimiento en una actividad, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		27	Guarda secretos o confidencias durante el tiempo que sea necesario.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		28	Considera las consecuencias de lo que podría pasar antes de tomar decisiones (por ejemplo: se abstiene de actuar de manera impulsiva, considera la información importante, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		29	Es consciente y procede con cautela cuando encuentra situaciones sociales riesgosas (por ejemplo: ir a fiestas de parranda con alcohol, usar "salas de chateo" en el Internet, responder a avisos personales, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		30	Demuestra respeto por sus compañeros de trabajo (por ejemplo: llega a tiempo a reuniones, no distrae o interrumpe cuando otros están trabajando, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK

Comments

---



---



---



---



---

Item Before Basal  $5 \times 2 = 10$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total + 0

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 19

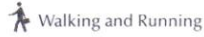
Coping Skills Raw Score = 29

SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Motor Skills Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know



✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

<b>GROSS</b>	<1→		1	Mantiene la cabeza erguida durante por lo menos 15 segundos cuando la madre/padre o la persona que lo cuida lo sostiene erguido en los brazos.		2	1	0	DK	
			2	Se sienta con apoyo (por ejemplo: en una silla, con almohadas, etc.) por lo menos durante 1 minuto.		2	1	0	DK	
			3	Permanece sentado sin apoyo durante por lo menos 1 minuto.		2	1	0	DK	
			4	Se arrastra o se mueve sobre su estómago por el piso.		2	1	0	DK	
			5	Permanece sentado sin apoyo durante por lo menos 10 minutos.		2	1	0	DK	
			6	Se levanta por sí solo para sentarse y se sienta por lo menos durante 1 minuto sin apoyo.		2	1	0	DK	
			7	Gatea por lo menos 5 pies (un metro y medio) con las manos y las rodillas, sin que el estómago toque el piso.		2	1	0	DK	
	1→		8	Se impulsa para levantarse y ponerse de pie.		2	1	0	DK	
			9	Sube las escaleras gateando.		2	1	0	DK	
			10	Camina por lo menos 2 pasos.		2	1	0	DK	
			11	Se mantiene de pie solo de 1 a 3 minutos.		2	1	0	DK	
			12	Hace rodar una pelota mientras está sentado.		2	1	0	DK	
			13	Se sube y se baja de objetos bajos (por ejemplo: una silla, una escalera de tijera, un tobogán, etc.)		2	1	0	DK	
			14	Baja las escaleras gateando.		2	1	0	DK	
			15	Se mantiene de pie por lo menos durante 5 minutos.		2	1	0	DK	
			16	Camina a lo largo de una habitación; puede estar inestable y caerse de vez en cuando.		2	1	0	DK	
	2→		17	Tira una pelota.		2	1	0	DK	
			18	Camina para moverse a su alrededor; no necesita agarrarse de nada.		2	1	0	DK	
			19	Se sube y se baja de una silla para adultos.		2	1	0	DK	
			20	Corre sin caerse; puede presentarse un poco torpe o con falta de coordinación.		2	1	0	DK	
			21	Sube las escaleras poniendo ambos pies sobre cada escalón; puede usar la baranda.		2	1	0	DK	
			22	Patea una pelota.		2	1	0	DK	
	3→		23	Corre coordinadamente sin caerse.		2	1	0	DK	
			24	Baja las escaleras mirando hacia adelante colocando ambos pies sobre cada escalón; puede usar la baranda.		2	1	0	DK	
			25	Salta en el piso con ambos pies.		2	1	0	DK	
			26	Tira una pelota de cualquier tamaño en una dirección específica hacia un blanco específico.		2	1	0	DK	
			27	Atrapa una pelota del tamaño de una pelota de playa con las dos manos desde una distancia de 2 a 3 pies (60 ó 90 centímetros).		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---

### Motor Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Sitting  
 Walking and Running  
 Play Activity  
 Standing  
 Creeping and Crawling

✓  
Check  
for  
Comments  
below

GI OSS, continued		28	Sube las escaleras alternando los pies; puede utilizar la baranda.		2	1	0	DK	
		29	Pedalea en triciclo u otro juguete de 3 ruedas por lo menos 6 pies (cerca de 2 metros). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no tiene un triciclo o juguete de 3 ruedas. Sin embargo, marque "0" si el individuo tiene un vehículo de este tipo pero no lo usa por cualquier razón, incluyendo si es que la madre/padre o la persona que lo cuida cree que él o ella no está listo/a para usarlo.		2	1	0	DK	
		30	Salta o brinca hacia adelante con los dos pies por lo menos tres veces.		2	1	0	DK	
		31	Salta con un solo pie por lo menos una vez sin caerse; puede sujetarse de algo para equilibrarse.		2	1	0	DK	
		32	Se sube y se baja de objetos altos (por ejemplo: de una estructura de barras para juegos infantiles o una escalera de por lo menos 4 pies (un poco más de 1 metro) de altura, etc.).		2	1	0	DK	
		33	Baja las escaleras alternando los pies; puede usar la baranda.		2	1	0	DK	
		34	Corre en forma coordinada cambiando de velocidad y dirección.		2	1	0	DK	
		35	Anda en bicicleta con ruedas de apoyo o estabilizadores por lo menos 10 pies (3 metros). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no tiene una bicicleta. Sin embargo, si el individuo tiene una bicicleta pero no la usa por cualquier razón, incluyendo si es que la madre/padre o la persona que lo cuida cree que él o ella no está listo/a para usarla.		2	1	0	DK	
		36	Atrapa una pelota del tamaño de una pelota de playa con ambas manos desde una distancia de por lo menos 6 pies (casi 2 metros).		2	1	0	DK	
		37	Salta fácilmente hacia adelante sobre un pie.		2	1	0	DK	
	38	Brinca por lo menos 5 pies (1,5 m).		2	1	0	DK		
	39	Atrapa una pelota de tenis o béisbol desde una distancia de por lo menos 10 pies (3 metros), moviéndose para cogerla si es necesario.		2	1	0	DK		
	40	Anda en bicicleta sin ruedas de apoyo o estabilizadores, y sin caerse. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no tiene una bicicleta. Sin embargo, si el individuo tiene una bicicleta pero no la usa por cualquier razón, incluyendo si es que la madre/padre o la persona que lo cuida cree que él o ella no está listo/a para usarla.		2	1	0	DK		

Comments

24

Item Before Basal  × 2 =

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +

N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

Gross Raw Score =

SUM

### Motor Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Manipulating Objects

Drawing and Using Scissors

Using Keyboard

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

FINE	<1 →		1	Alarga/estira la mano para coger un juguete u objeto.		2	1	0	DK	
			2	Lévanta objetos pequeños (no más grande que 2 pulgadas (5 centímetros) de cualquier lado); puede usar las dos manos.		2	1	0	DK	
			3	Pasa un objeto de una mano a otra.		2	1	0	DK	
			4	Aprieta juguetes u objetos que hacen ruido al oprimirlos		2	1	0	DK	
			5	Puede levantar un objeto pequeño con el pulgar y los dedos.		2	1	0	DK	
	1,2 →		6	Saca un objeto (por ejemplo: un cubo o una pinza de ropa) de un recipiente.		2	1	0	DK	
			7	Pone un objeto (por ejemplo: un cubo o una pinza de ropa) en un recipiente.		2	1	0	DK	
			8	Pasa las hojas de un libro de papel, tela o cartón, una por una.		2	1	0	DK	
	3,4 →		9	Apila por lo menos cuatro bloques u otros objetos pequeños; la pila no debe caerse.		2	1	0	DK	
			10	Abre las puertas girando las perillas.		2	1	0	DK	
			11	Desenvuelve objetos pequeños (por ejemplo: chicle o caramelos).		2	1	0	DK	
			12	Arma completamente un rompecabezas sencillo de por lo menos dos piezas o formas.		2	1	0	DK	
			13	Pasa las hojas de un libro o una revista una por una.		2	1	0	DK	
			14	Usa el movimiento de girar la mano y la muñeca (por ejemplo: da cuerda a un juguete, atornilla o destornilla la tapa de un frasco, etc.).		2	1	0	DK	
			15	Agarra un lápiz en la posición correcta (no lo sujeta con el puño) para escribir o dibujar.		2	1	0	DK	
			16	Colorea figuras sencillas; puede colorear por fuera de las líneas.		2	1	0	DK	
	5 →		17	Construye estructuras de tres dimensiones (por ejemplo: una casa, un puente, un carro, etc.) con cinco cubos pequeños por lo menos.		2	1	0	DK	
			18	Abre y cierra las tijeras con una mano.		2	1	0	DK	
			19	Pega dos o más piezas para unir las para un proyecto (por ejemplo: un proyecto de arte, de ciencias, etc.).		2	1	0	DK	
			20	Usa cinta adhesiva para unir cosas (por ejemplo, una hoja rota, un proyecto de arte, etc.).		2	1	0	DK	
			21	Dibuja más de una figura de forma reconocible (por ejemplo: una persona, una casa, un árbol, etc.).		2	1	0	DK	

*Scoring Tip:*

Marque "2" si el individuo dibuja dos o más figuras de forma reconocible; marque "1" si el individuo dibuja una figura; marque "0" si el individuo no dibuja ninguna figura de forma reconocible.

Comments

---

---

---

---

---

---

---

### Motor Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Manipulating Objects

Drawing and Using Scissors

Using Keyboard

✓  
Check for Comments below

FINE, continued		22	Escribe letras o números en forma legible y reconocibles.		2	1	0	DK
		23	Dibuja un círculo a pulso mientras mira un ejemplo.		2	1	0	DK
		24	Usa tijeras para cortar papel siguiendo una línea recta.		2	1	0	DK
		25	Colorea figuras sencillas sin salirse de los bordes.		2	1	0	DK
		26	Recorta figuras sencillas (por ejemplo: círculos, cuadrados, rectángulos, etc.).		2	1	0	DK
		27	Usa la goma de borrar sin romper el papel.		2	1	0	DK
		28	Dibuja un cuadrado a pulso mientras mira un ejemplo.		2	1	0	DK
		29	Dibuja un triángulo a pulso mientras mira un ejemplo.		2	1	0	DK
		30	Sabe amarrar nudos.		2	1	0	DK
		31	Dibuja líneas rectas usando una regla o un elemento recto.		2	1	0	DK
		32	Abre puertas que tienen cerradura de cerrojo fijo, de llave, o de combinación que requieren girarlas. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay puertas que tienen cerradura de cerrojo fijo, de llave, o de combinación en la casa.		2	1	0	DK
		33	Corta figuras con formas complejas (por ejemplo: estrellas, animales, letras del alfabeto, etc.).		2	1	0	DK
		34	Usa el teclado, la máquina de escribir o un panel táctil ( <i>touch pad</i> ) para escribir un nombre o palabras cortas. Puede mirar las teclas. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay una computadora en la casa.		2	1	0	DK
		35	Hace moños que no se desatan.		2	1	0	DK
	36	Usa el teclado para escribir hasta 10 líneas; puede mirar las teclas. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay una computadora en la casa.		2	1	0	DK	

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal \_\_\_\_ × 2 =

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +

N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

Fine Raw Score =

SUM

*\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.*



### Maladaptive Behavior Index

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

INTERNALIZING	3+ →	1	Es demasiado dependiente (es decir, se aferra a la persona que lo cuida, al maestro o al hermano/a).	0	1	2	
	*	2	Evita a los demás y prefiere estar solo.	0	1	2	
		3	Tiene dificultades al comer (por ejemplo: come muy rápido o lento, acapara la comida, come demasiado, se niega a comer, etc.).	0	1	2	
		4	Tiene dificultades al dormir (por ejemplo: camina dormido, tiene pesadillas frecuentes, duerme mucho más o menos de lo que es típico para su edad).	0	1	2	
		5	Se niega a ir a la escuela o al trabajo porque siente miedo, se siente rechazado o aislado, etc.	0	1	2	
		6	Es demasiado ansioso o nervioso.	0	1	2	
		7	Llora o se ríe muy fácilmente.	0	1	2	
		8	Tiene contacto visual deficiente (es decir, no mira o no le da la cara a los demás cuando habla o le hablan).	0	1	2	
		9	Está triste sin haber una razón clara.	0	1	2	
		10	Evita interacción social.	0	1	2	
		11	Tiene poca energía o interés por la vida.	0	1	2	

Comments

---



---



---



---

Sum of 2s and 1s

13

Internalizing Raw Score =

13

### Maladaptive Behavior Index

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

<b>EXTERNALIZING</b>	3+ →	1	Es impulsivo/a (es decir, actúa sin pensar).	0	1	2	
	*	2	Tiene berrinches.	0	1	2	
		3	Desobedece intencionalmente y desafía a quienes tienen autoridad.	0	1	2	
		4	Provoca a, se burla o intimida a otras personas.	0	1	2	
		5	Es desconsiderado o insensible con los demás.	0	1	2	
		6	Miente, hace trampa o roba.	0	1	2	
		7	Es físicamente agresivo (por ejemplo: golpea, pateo, muerde, etc.).	0	1	2	
		8	Es testarudo o huraño.	0	1	2	
		9	Dice cosas o hace preguntas inapropiadas (por ejemplo: "Eres gordo" o "¿Qué es esa cosa roja y grande que tienes en la nariz?").	0	1	2	
		10	Se comporta de manera inapropiada cuando lo incitan otras personas.	0	1	2	

Comments

---



---



---



---

Sum of 2s and 1s = **13**  
 Externalizing Raw Score = **13**

### Maladaptive Behavior Index, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never

✓  
Check  
for  
Comments  
below

<b>OTHER</b>	3+ →	1	Se chupa el pulgar o los dedos.	0	1	2	
		2	Moja la cama o tiene que usar pañal cuando duerme.	0	1	2	
		3	Actúa de manera confianzuda con extraños (por ejemplo: les toma - la mano, los abraza, se sienta en su regazo o piernas, etc.).	0	1	2	
		4	Se muerde las uñas.	0	1	2	
		5	Tiene tics (es decir, tiene parpadeos involuntarios, pequeños temblores involuntarios o sacude la cabeza sin querer, etc.).	0	1	2	
		6	Rechina los dientes durante el día o la noche.	0	1	2	
		7	Le cuesta trabajo prestar atención.	0	1	2	
		8	Es más activo o inquieto que otros individuos de su edad.	0	1	2	
		9	Usa cosas que son propiedad de la escuela o del trabajo (por ejemplo: el teléfono, acceso a la Internet, artículos de oficina, etc.) para propósitos personales no autorizados.	0	1	2	
		10	Dice groserías o malas palabras.	0	1	2	
		11	Se escapa (es decir, se ausenta por 24 horas o más).	0	1	2	
		12	Falta a la escuela o al trabajo.	0	1	2	
		13	No hace caso o no presta atención a quienes se encuentran a su alrededor.	0	1	2	
		14	Usa regalos o dinero para "comprar" el afecto de otros.	0	1	2	
		15	Usa alcohol o drogas ilegales durante los días de escuela o de trabajo.	0	1	2	

Comments

---



---



---



---

Sum of 2s and 1s = **14**

Other Raw Score = **14**

Internalizing Raw Score + **13**

Externalizing Raw Score + **13**

Other Raw Score + **14**

Maladaptive Behavior Index Raw Score\* = **40**  
SUM

\*Sum the Internalizing, Externalizing, and Other Raw Scores to obtain the Maladaptive Behavior Index Raw Score.

### Maladaptive Behavior Critical Items

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never, S = Severe, M = Moderate

✓  
Check  
for  
Comments  
below

<b>CRITICAL ITEMS</b>	3+ →	1	Tiene comportamientos sexuales inapropiados (por ejemplo: se exhibe desnudo, se masturba en público, hace sugerencias de tipo sexual de manera indecorosa, etc.).	0	1	2	S	M	
		2	Está obsesionado con objetos o actividades (por ejemplo: repite palabras o frases constantemente, está fascinado con objetos mecánicos, etc.).	0	1	2	S	M	
		3	Expresa pensamientos que no tienen sentido (por ejemplo: dice que escucha voces, tiene alucinaciones, etc.).	0	1	2	S	M	
		4	Tiene hábitos o comportamientos raros (por ejemplo: hace ruidos repetidamente, mueve las manos de manera extraña, etc.).	0	1	2	S	M	
		5	Consistentemente prefiere objetos en lugar de personas (por ejemplo: le presta más atención a los objetos que a las personas, etc.).	0	1	2	S	M	
		6	Exhibe comportamientos que causan que se lastime o hiera (por ejemplo: se golpea la cabeza, se golpea o muerde a sí mismo, se rasguña la piel, etc.).	0	1	2	S	M	
		7	Destruye a propósito sus pertenencias y las de los demás.	0	1	2	S	M	
		8	Usa lenguaje extraño (por ejemplo: tiene conversaciones consigo mismo en público, dice frases u oraciones que no tienen significado, repite la misma palabra o frase una y otra vez, etc.).	0	1	2	S	M	
		9	No está consciente de lo que sucede a su alrededor (por ejemplo: parece estar "en las nubes", mira al vacío, etc.).	0	1	2	S	M	
		10	Se mece de acá para allá repetidamente.	0	1	2	S	M	
		11	Tiene un temor inusual a sonidos, objetos o situaciones corrientes.	0	1	2	S	M	
		12	Recuerda información extraña en detalle muchos años después.	0	1	2	S	M	
		13	No puede completar un día de escuela o de trabajo normal por razones de dolor o cansancio crónico.	0	1	2	S	M	
		14	No puede completar un día de escuela o de trabajo normal por síntomas psicológicos.	0	1	2	S	M	

The Maladaptive Behavior Critical Items section does not yield a raw or derived score. To include this section in your interpretation of Vineland-II results, transfer responses of 2 or 1 (and the severity rating, S or M) to the Vineland-II Score Summary page.

Comments

---

---

---

---

---

---

**VINELAND™-II PAIRWISE COMPARISONS**

<b>Domain Comparisons</b>	Standard Score	<, >, or =	Standard Score		Standard Score Difference	Stat. Sign. Level (.05 or .01)	Freq. of Difference (Extreme 16, 10, 5, or 1%)
Communication	90	>	89	Daily Living Skills	1	—	
Communication	90	>	69	Socialization	21	✓	5%
Daily Living Skills	89	>	69	Socialization	20	✓	5%
Communication				Motor Skills			
Socialization				Motor Skills			
Daily Living Skills				Motor Skills			
<b>Subdomain Comparisons</b>	v-Scale Score	<, >, or =	v-Scale Score		v-Scale Score Difference	Stat. Sign. Level (.05 or .01)	Freq. of Difference (Extreme 16, 10, 5, or 1%)
<b>Communication</b>							
Receptive	8	<	13	Expressive	5	✓	5%
Receptive	8	<	19	Written	11	✓	1%
Expressive	13	<	19	Written	6	✓	1%
<b>Daily Living Skills</b>							
Personal	15	>	13	Domestic	2	—	
Personal	15	>	12	Community	3	—	
Domestic	13	>	12	Community	1	—	
<b>Socialization</b>							
Interpersonal Relationships	8	<	10	Play and Leisure Time	2	—	
Interpersonal Relationships	8	<	10	Coping Skills	2	—	
Play and Leisure Time	10	=	10	Coping Skills	0	—	
<b>Motor Skills</b>							
Gross				Fine			
<b>Selected Across-Domain Subdomain Comparisons</b>	v-Scale Score	<, >, or =	v-Scale Score		v-Scale Score Difference	Stat. Sign. Level (.05 or .01)	Freq. of Difference (Extreme 16, 10, 5, or 1%)
Expressive	13	>	8	Interpersonal Relationships	5	✓	1%
Expressive	13	>	10	Coping Skills	3	—	
Fine				Written			
Fine				Domestic			
Fine				Personal			
receptive	8	<	10	coping skills	2	—	
receptive	8	<	12	community	4	✓	10%
personal	15	>	8	interpersonal r	7	✓	1%

Individual: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Form: \_\_\_\_\_ Survey Interview  
 \_\_\_\_\_ Parent/Caregiver Rating

**VINELAND™-II SCORE SUMMARY**

SUBDOMAIN and DOMAIN SCORES								
SUBDOMAIN/ DOMAIN	Raw Score	v-Scale Score	Standard Score	90% Conf. Interval	%ile Rank	Adaptive Level	Age EQUIVA- lent	Stanine
Receptive	25	8		6-10 2		Low	2:5	
Expressive	104	13		11-15 2		Adequate	8:7	
Written	48	19		13-21 2		moderately High	13:3	
<b>Communication</b>	Sum: 40	90		82-98 8	25	Adequate		4
Personal	73	15		12-18 3		Adequate	11:3	
Domestic	31	13		11-15 2		Adequate	10:0	
Community	56	12		10-14 2		moderately low	9:0	
<b>Daily Living Skills</b>	Sum: 40	89		81-97 8	23	Adequate		4
Interpersonal Relationships	49	8		6-10 2		Low	3:11	
Play and Leisure Time	47	10		7-11 3		moderately low	6:7	
Coping Skills	29	10		2-10 2		moderately low	5:6	
<b>Socialization</b>	Sum: 28	69		61-77 8	2	Low		1
Gross								
Fine								
<b>Motor Skills</b>	Sum: _____							

STRENGTHS and WEAKNESSES	
Score Minus Median*	S(trength) or W(eakness)
-5	W
0	-
+6	S
+1	-
+2	S
0	-
-1	-
0	-
-2	W
0	-
0	-
-20	W

Sum of Domain Standard Scores = **248**

Adaptive Behavior Composite **81** <sup>75-87</sup> <sub>±6</sub> **10** **moderately low** **3**

	Raw Score	v-Scale Score	90% Conf. Interval	Level
<b>Maladaptive Behavior Index</b>	40	23	22-24 ±1	CS
Internalizing	13	22	10-24 ±2	CS
Externalizing	13	21	19-23 ±2	CS

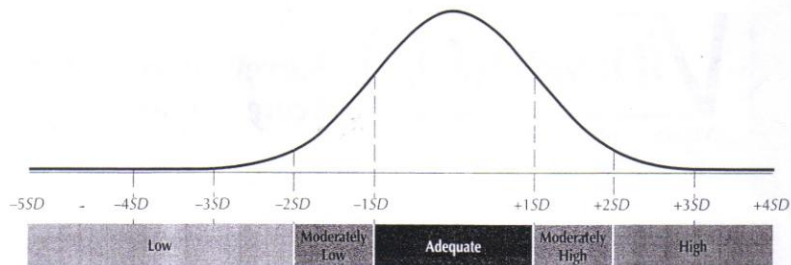
Maladaptive Behavior Critical Items														
Items (Circle all items scored 2 or 1, and indicate the severity.)														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

\* For instructions on how to determine the median score, see Chapter 3 of the Vineland-II Survey Forms Manual.

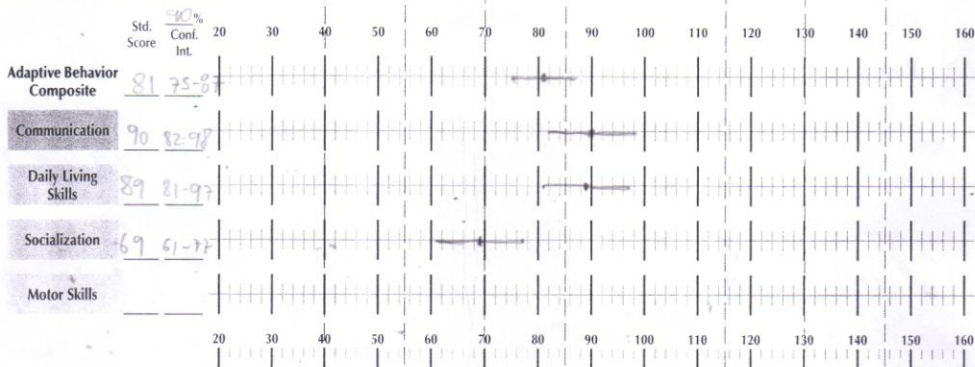
**Domain Strengths/Weaknesses:**  
 S = Standard Score - Median ≥ 10  
 W = Standard Score - Median ≤ -10

**Subdomain Strengths/Weaknesses:**  
 S = v-Scale Score - Median ≥ 2  
 W = v-Scale Score - Median ≤ -2

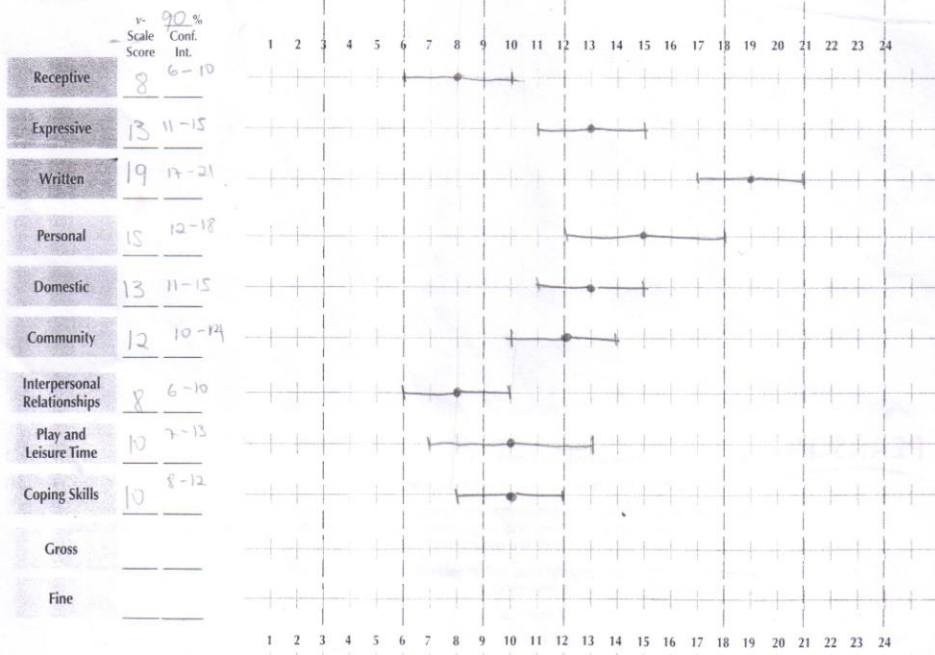
# VINELAND™-II SCORE PROFILE



## Domain Score Profile



## Subdomain Score Profile



**ANEXO M: VINELAND-II POST-INTERVENCIÓN**

POST-TEST  
31/10/2014.

**About the Individual:**  
 Name: Daniel Cuelo  
 Sex: MAJULINO ID: \_\_\_\_\_ Grade (if applicable): 7MO  
 Highest Grade Completed (if applicable): \_\_\_\_\_  
 School or Other Facility (if applicable): Naledsyel Schule  
 Present Classification or Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Language Spoken at Home: Español  
 Age: \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Age Used for Starting Points: \_\_\_\_\_  
 Interview Date: 2014 10 31 Type (circle one): Chronological  
 Birth Date: 2003 05 10 Mental  
 Chronological Age: \_\_\_\_\_ Social  
 from Other Tests: Intelligence \_\_\_\_\_ Achievement \_\_\_\_\_ Adaptive Behavior \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
 Reason for the Interview: POST TEST



**Spanish  
Record  
Booklet**

**Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition**

**Survey Interview Form**

Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, and David A. Balla  
 A revision of the Vineland Social Maturity Scale by Edgar A. Doll

**About the Respondent:**  
 Name: Linda Camporode  
 Sex: F Telephone: \_\_\_\_\_  
 Relationship to Individual: Madre

**About the Interviewer:**  
 Name: Maria Jofe Garzon  
 Position: Est. Sic. Clinica  
 Sex: F



**Before beginning administration, read Chapter 2 in the Survey Forms Manual carefully.**

General Directions: In each adaptive behavior subdomain, begin scoring with the item designated for the individual's age. Score each item "2," "1," "0," "DK," or "N/O" (see Appendix E of the Vineland-II Survey Forms Manual for scoring criteria).

- Circle "2" if the individual usually performs the behavior independently (that is, without physical help or reminders).
- Circle "1" if the individual sometimes performs the behavior independently or partially performs the behavior independently.
- Circle "0" if the individual never performs the behavior or never performs it independently.
- If the respondent has no knowledge of the individual's performance of a given behavior, circle "DK" for Don't Know.
- If an item includes a Scoring Tip, use the guidelines in the tip to help determine the appropriate score.
- If an item includes a Scoring Tip that says you may circle "N/O" for No Opportunity, you may circle that option, if appropriate, instead of a "2," "1," "0," or "DK."
- Some subdomains do not apply to children younger than three years of age. If the child being assessed is younger than the age of the first start point, do not administer that subdomain.

Record each score in this booklet by circling the applicable response option. If you have a question about any item, put a check mark on the line to the right of that item's response options. When you have completed administration of that subdomain, you can write in the Comments area about the item(s) in question.

**Basal and Ceiling Rules:** For each subdomain, establish a **basal** of four consecutive items scored "2" and a **ceiling** of four consecutive items scored "0." The basal item is defined as the highest item in the highest set of four consecutive items scored "2." The ceiling item is defined as the lowest item in the lowest set of four consecutive items scored "0." If no basal is established, treat Item 1 as the basal item. If no ceiling is established, treat the last item in the subdomain as the ceiling item.

### Communication Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Understanding    
  Listening and Attending    
  Following Instructions

Check for Comments below

RECEPTIVE	< 1 →	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Voltea la cabeza y mira en dirección del sonido.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	2	Mira hacia la madre/padre o persona que lo cuida cuando escucha su voz.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	3	Responde a su nombre dicho en voz alta (por ejemplo: voltea hacia la persona que habla, sonríe, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	1 →	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Demuestra comprensión del significado de <i>no</i> , o alguna palabra o gesto con el mismo significado (por ejemplo: deja de hacer lo que está haciendo por un corto tiempo).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	5	Demuestra comprensión del significado de <i>sí</i> , o alguna palabra o gesto con el mismo significado (por ejemplo: continúa su actividad, sonríe, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	6	Escucha un cuento por lo menos durante 5 minutos (es decir: permanece quieto/a y callado/a y presta atención).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	2 →	<input checked="" type="checkbox"/>	7	Señala por lo menos tres partes importantes del cuerpo cuando alguien se lo pide (por ejemplo: nariz, boca, manos, pies, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	8	Señala objetos comunes dentro de un libro o una revista cuando se nombran (por ejemplo: perro, carro, taza, llave, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	9	Escucha instrucciones.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	10	Sigue instrucciones con una acción y un objeto (por ejemplo: "Tráeme el libro", "Cierra la puerta", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
	3+ →	<input checked="" type="checkbox"/>	11	Señala por lo menos cinco partes de menor importancia del cuerpo cuando alguien se lo pide (por ejemplo: dedos, codos, dientes, dedos del pie, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	12	Sigue instrucciones con dos acciones o una acción y dos objetos (por ejemplo: "Tráeme las crayolas y el papel", "Siéntate y cómete la comida", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	13	Sigue instrucciones que contienen una condición (por ejemplo: "Si quieres jugar afuera, entonces guarda tus cosas", etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	14	Escucha un cuento por lo menos durante 15 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	15	Escucha un cuento por lo menos durante 30 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input type="checkbox"/>	16	Sigue instrucciones que contienen tres pasos (por ejemplo: "Cepíllate los dientes, vístete y tiende tu cama," etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	17	Sigue instrucciones o indicaciones que escuchó 5 minutos antes.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	18	Comprende expresiones que no deben interpretarse en forma literal (por ejemplo: "ir al grano," o, en inglés, "Hit the road," etc.).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	19	Escucha un discurso informativo por lo menos durante 15 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK
		<input checked="" type="checkbox"/>	20	Escucha un discurso informativo por lo menos durante 30 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0	DK

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  $10 \times 2 = 20$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +  $0$

N/O Total +  $0$

Sum of 2s and 1s +  $10$

*\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.*

Receptive Raw Score =  $30$

SUM 5

**Communication Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Pre-Speech Expression
- Beginning to Talk
- Interactive Speech
- Speech Skills
- Expressing Complex Ideas

✓  
Check  
for  
Comments  
below

<b>EXPRESSIVE</b>	< 1 →		1	Llora o se inquieta cuando tiene hambre o tiene el pañal mojado.		2	1	0	DK		
			2	Sonríe cuando la madre/padre o persona que lo cuida le sonrío.		2	1	0	DK		
			3	Emite sonidos de placer (por ejemplo: hace gorgoritos o se ríe).		2	1	0	DK		
			4	Emite sonidos como un bebé (es decir, balbucea).		2	1	0	DK		
			5	Emite sonidos o gesticula (por ejemplo: mueve los brazos) para llamarle la atención.		2	1	0	DK		
			6	Emite sonidos o gesticula (por ejemplo: mueve la cabeza) si quiere que una actividad pare o continúe.		2	1	0	DK		
			7	Dice adiós con la mano cuando otra persona le saluda con la mano o cuando la madre/padre o persona que lo cuida le dice que salude con la mano.		2	1	0	DK		
		1 →		8	Dice "Pa-pá," "Ma-má," u otro nombre para llamar a la madre/padre o persona que lo cuida (como el nombre de la madre/padre o persona que lo cuida, o el apodo).		2	1	0	DK	
				9	Señala un objeto que desea y que no puede alcanzar.		2	1	0	DK	
				10	Señala o hace gestos para indicar lo que prefiere si se le ofrece algo para escoger (por ejemplo, "¿Quieres éste o ése?", etc.).		2	1	0	DK	
				11	Repite o trata de repetir palabras comunes inmediatamente después de escucharlas (por ejemplo: <i>pelota, carro, vamos</i> , etc.).		2	1	0	DK	
				12	Nombra por lo menos tres objetos comunes (por ejemplo: biberón, perro o su juguete favorito, etc.).		2	1	0	DK	
				13	Pide cosas usando una palabra (por ejemplo: "apa", "más" o "fuera," etc.).		2	1	0	DK	
				14	Usa el nombre o el apodo de sus hermanos/as o amigos/as o dice sus nombres cuando se los preguntan.		2	1	0	DK	
				15	Responde o intenta responder con palabras cuando le hacen una pregunta.		2	1	0	DK	
				16	Nombra por lo menos 10 objetos.		2	1	0	DK	
				17	Dice su propio nombre o apodo cuando se lo preguntan (por ejemplo: María, Tatis, etc.).		2	1	0	DK	
				18	Usa frases que contienen un sustantivo y un verbo (por ejemplo: "Papá se queda", "Ir a casa", etc.).		2	1	0	DK	
				19	Hace preguntas cambiando la entonación de las palabras o frases (por ejemplo: "¿Mío?", "¿Yo voy?", etc.); la gramática no es importante.		2	1	0	DK	
		2 →		20	Dice por lo menos 50 palabras reconocibles.		2	1	0	DK	
				21	Usa palabras sencillas para describir cosas (por ejemplo: <i>sucio, bonito, grande, fuerte</i> , etc.).		2	1	0	DK	
				22	Hace preguntas que comienzan con <i>qué</i> o <i>dónde</i> (por ejemplo: "¿Qué es eso?", "¿Adónde va el perro?", etc.).		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---









































---

**Communication Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

-  Pre-Speech Expression
-  Beginning to Talk
-  Interactive Speech
-  Speech Skills
-  Expressing Complex Ideas

✓  
Check  
for  
Comments  
below

EXPRESSIVE, continued		23	Usa negaciones en oraciones ("No voy", "No tomo", etc.); la gramática no es importante.		2	1	0	DK			
		24	Cuenta acerca de sus experiencias en oraciones (por ejemplo, "Gabi y yo jugamos"; Daniel me leyó un libro"; etc.).		2	1	0	DK			
		25	Dice su edad correcta cuando se la preguntan.		2	1	0	DK			
		26	Dice por lo menos 100 palabras reconocibles.		2	1	0	DK			
		27	Usa <i>en, sobre o debajo</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "La pelota por debajo de la silla", "Ponlo en la mesa", etc.).		2	1	0	DK			
		28	Usa <i>y</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "Mamá y Papá", "Quiero helado y pastel", etc.).		2	1	0	DK			
	3 →		29	Dice su nombre y apellido cuando se lo preguntan.		2	1	0	DK		
			30	Identifica y nombra la mayoría de los colores más comunes (es decir, rojo, azul, verde, amarillo, anaranjado, morado, marrón y negro). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo nombra 6 a 8 colores; marque "1" si el individuo nombra 2 a 5 colores; marque "0" si el individuo nombra 0 ó 2 colores.		2	1	0	DK		
			31	Hace preguntas que comienzan con <i>quién</i> o <i>por qué</i> (por ejemplo: "¿Quién es él?", "¿Por qué tengo que ir?", etc.).		2	1	0	DK		
			32	Usa correctamente la terminación "-ando," "-iendo" (por ejemplo, "Está cantando"; "Está comiendo", etc.).		2	1	0	DK		
	4, 5 →		33	Usa los posesivos en frases u oraciones (por ejemplo: "Ése es su libro", "Éste es el perro de Carlos", etc.).		2	1	0	DK		
			34	Usa pronombres en frases u oraciones; debe usar el género correcto y la forma correcta del pronombre, pero las oraciones no tienen que estar gramaticalmente correctas (por ejemplo: "Él lo hizo", "Ellos fueron", etc.).		2	1	0	DK		
			35	Hace preguntas que comienzan con <i>cuándo</i> (por ejemplo: "¿Cuándo estará la cena?", "¿Cuándo podemos irnos para la casa?", etc.).		2	1	0	DK		
			36	Usa verbos regulares en el tiempo pasado (por ejemplo: <i>caminé, cociné</i> , etc.); puede usar los verbos irregulares en el tiempo pasado incorrectamente (por ejemplo: "Ponió la mesa", etc.).		2	1	0	DK		
			37	Usa <i>detrás de</i> o <i>frente a</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "Caminé frente a ella", "Tatiana está detrás de Ud.", etc.).		2	1	0	DK		
			38	Pronuncia las palabras claramente sin sustituciones de sonidos (por ejemplo: no dice "yegalo" para "regalo", "cacha" para "casa", etc.).		2	1	0	DK		
			39	Cuenta las partes básicas de una historia, cuento de hadas o un programa de televisión; no es necesario que lo narre en perfecto orden o que dé muchos detalles.		2	1	0	DK		
		6 →		40	Dice el mes y el día de su cumpleaños cuando se lo preguntan.		2	1	0	DK	
			41	Modula apropiadamente al hablar el tono de su voz, el volumen y el ritmo (por ejemplo: no habla en voz muy alta, de una manera suave o monótona, etc.).		2	1	0	DK		

Comments

---



---



---



---

**Communication Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Pre-Speech Expression
- Beginning to Talk
- Interactive Speech
- Speech Skills
- Expressing Complex Ideas

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

EXPRESSIVE, continued	☆	42	Cuenta lo que sucedió con detalles (por ejemplo: dice quién participó, dónde se llevó a cabo la actividad, etc.).	☆	2	1	0	DK
	☆	43	Da instrucciones sencillas (por ejemplo: cómo jugar un juego o cómo hacer algo). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si las instrucciones son suficientemente claras para comprender; marque "1" si el individuo articula instrucciones, pero no son suficientemente claras para comprender; marque "0" si el individuo nunca intenta articular instrucciones.	☆	2	1	0	DK
		44	Usa <i>entre</i> en frases u oraciones (por ejemplo: "La pelota se fue por entre los carros", etc.).		2	1	0	DK
	7+ →	45	Dice su número de teléfono cuando se lo preguntan.		2	1	0	DK
		46	Cuando está hablando, pasa de un tema a otro con facilidad.		2	1	0	DK
		47	Se queda enfocado en el tema de conversaciones; no se va por la tangente.		2	1	0	DK
	☆	48	Explica sus ideas en más de una manera (por ejemplo, dice: "Ese libro estuvo bueno. Fue emocionante y divertido leerlo", etc.).	☆	2	1	0	DK
		49	Tiene conversaciones que duran por lo menos 10 minutos (por ejemplo: cuenta sus experiencias, presenta sus ideas, comparte sus emociones, etc.).		2	1	0	DK
		50	Usa correctamente los plurales irregulares (por ejemplo: <i>peces, manías, lápices, rubies o, en inglés, children; geese, mice, o women, etc.</i> ).		2	1	0	DK
		51	Dice la dirección completa de su casa (es decir: calle o ruta rural, número de apartamento, ciudad y estado), con o sin el código postal, cuando se la preguntan.		2	1	0	DK
	☆	52	Explica una meta a corto plazo y lo que necesita hacer para alcanzarla (por ejemplo dice: "Quiero obtener una buena calificación en mi examen, así que voy a estudiar mucho", etc).	☆	2	1	0	DK
	☆	53	Da instrucciones complejas a otras personas (por ejemplo, como llegar a lugares alejados, recetas de cocina con muchos ingredientes o pasos, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si las instrucciones son suficientemente claras para comprender; marque "1" si el individuo articula instrucciones, pero no son suficientemente claras para comprender; marque "0" si el individuo nunca intenta articular instrucciones.	☆	2	1	0	DK
	☆	54	Describe metas a largo plazo que quiere realizar en 6 meses o más (por ejemplo, dice, "Quiero comprarme una bicicleta, así que voy a cuidar niños y a hacer mandados para otras personas para tener suficiente dinero para comprármela."	☆	2	1	0	DK

Comments

---

---

---

---

---

---

---

Item Before Basal  $45 \times 2 = 90$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\*  $+ 0$

N/O Total  $+ 0$

Sum of 2s and 1s  $+ 14$

**Expressive Raw Score = 104**  
SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Communication Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Beginning to Read  
 Reading Skills  
 Writing Skills

Check for Comments below

WRITTEN	3-5 →	1	Identifica una o más letras del alfabeto como letras y distingue las letras de los números.		2	1	0	DK	
		2	Reconoce su nombre en letra de imprenta.		2	1	0	DK	
		3	Identifica por lo menos 10 letras del alfabeto en letra de imprenta/letra de molde.		2	1	0	DK	
		4	Escribe en letra de imprenta o cursiva usando la orientación correcta (es decir, de izquierda a derecha).		2	1	0	DK	
		5	Copia su nombre.		2	1	0	DK	
		6	Identifica todas las letras del alfabeto, tanto en mayúsculas como en minúsculas, escritas en letra de imprenta.		2	1	0	DK	
		7	Escribe en letra de imprenta por lo menos tres palabras sencillas copiadas de un ejemplo (por ejemplo: gato, agua, ojo, etc.).		2	1	0	DK	
		6 →	8	Escribe su nombre y apellido de memoria en letra de imprenta o cursiva.		2	1	0	DK
			9	Lee por lo menos 10 palabras en voz alta.		2	1	0	DK
			10	Escribe de memoria por lo menos 10 palabras sencillas en letra de imprenta (por ejemplo: gato, casa o mamá).		2	1	0	DK
			11	Lee cuentos sencillos en voz alta (es decir, cuentos que contienen oraciones de tres a cinco palabras).		2	1	0	DK
		7, 8 →	12	Escribe oraciones sencillas de tres o cuatro palabras en letra de imprenta; puede cometer algunos errores de ortografía.		2	1	0	DK
			13	Escribe de memoria más de 20 palabras en letra de imprenta; puede cometer algunos errores de ortografía.		2	1	0	DK
			14	Lee y comprende material para niños de por lo menos de un nivel de segundo grado.		2	1	0	DK
			15	Ordena listas de palabras según el orden alfabético.		2	1	0	DK
		9+ →	16	Escribe correspondencia sencilla de por lo menos tres oraciones (por ejemplo: tarjetas postales, notas de agradecimiento, correo electrónico, etc.); puede usar la computadora.		2	1	0	DK
			17	Lee y comprende material para niños de por lo menos un nivel de cuarto grado.		2	1	0	DK
			18	Escribe reportes, trabajos de investigación o composiciones de por lo menos una página; puede usar una computadora.		2	1	0	DK
			19	Escribe en forma completa las direcciones de correo del destinatario y del remitente en cartas o paquetes.		2	1	0	DK
			20	Lee y comprende material para niños de por lo menos un nivel de sexto grado.		2	1	0	DK
			21	Corrige su propio trabajo escrito antes de entregarlo (por ejemplo: revisa la puntuación, ortografía, gramática, etc.).		2	1	0	DK
			22	Escribe correspondencia avanzada de por lo menos 10 oraciones; puede usar una computadora.		2	1	0	DK
			23	Lee y comprende material para niños de por lo menos de un nivel de noveno grado.		2	1	0	DK
			24	Lee por lo menos dos artículos de periódico cada semana (en versión impresa o electrónica).		2	1	0	DK
			25	Escribe cartas comerciales (por ejemplo, pide información, escribe una queja o reclamo, efectúa un pedido, etc.); puede usar una computadora.		2	1	0	DK

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  $16 \times 2 = 32$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* + 1

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 9

**Written Raw Score = 42**

SUM

















































\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Daily Living Skills Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

-  Eating and Drinking
-  Toileting
-  Dressing
-  Bathing
-  Grooming
-  Health Care

✓  
Check  
for  
Comments  
below

PERSONAL	<1 →		1	Abrè la boca cuando se le ofrece comida.		2	1	0	DK
			2	Come comidas sólidas (por ejemplo: verduras cocidas, carne picada, frutas, etc.).		2	1	0	DK
			3	Chupa o mastica comidas que se pueden comer con la mano (por ejemplo: galletitas saladas, galletas dulces, tostadas, etc.).		2	1	0	DK
	1 →		4	Bebe de una taza o un vaso; puede derramar.		2	1	0	DK
			5	Le avisa a alguien que tiene el pañal o pantalón mojado o sucio (por ejemplo: señala hacia ellos, hace ruidos, se jala el pañal, etc.).		2	1	0	DK
			6	Se alimenta por sí solo con cuchara; puede derramar.		2	1	0	DK
			7	Sorbe con un popote (o pajita/sorbeto/canita).		2	1	0	DK
			8	Se quita la ropa que se abrocha por delante (por ejemplo: un abrigo o un suéter); no tiene que desabotonarse o abrir el cierre de la prenda.		2	1	0	DK
	2 →		9	Se sube la ropa con pretina elástica (por ejemplo: ropa interior o pantalones de gimnasia).		2	1	0	DK
			10	Se alimenta por sí solo con un tenedor; puede derramar.		2	1	0	DK
			11	Bebe de una taza o vaso sin derramar.		2	1	0	DK
			12	Se alimenta por sí solo con cuchara, sin derramar.		2	1	0	DK
	3 →		13	Orina en el inodoro o en la bacinilla.		2	1	0	DK
			14	Se pone ropa que se abrocha por delante (por ejemplo: un abrigo o un suéter); no tiene que abotonarse o cerrar el cierre de la prenda.		2	1	0	DK
			15	Pide usar el baño.		2	1	0	DK
			16	Defeca en el inodoro o en la bacinilla.		2	1	0	DK
			17	Va solo al baño durante el día (es decir, ya no se hace en la ropa). <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo usa el baño sin ayuda y sin accidentes; marque "1" si el individuo necesita ayuda (por ejemplo, con limpiarse), o tiene accidentes; marque "0" si el individuo necesita ayuda siempre o tiene accidentes frecuentes.		2	1	0	DK
	4 →		18	Cierra cierres que se encuentran unidos en la parte de abajo (por ejemplo: los cierres de los pantalones, de las mochilas, etc.).		2	1	0	DK
			19	Se limpia o suena la nariz usando pañuelos desechables o de tela.		2	1	0	DK
			20	Usa el baño durante la noche (es decir, ya no moja la cama durante la noche).		2	1	0	DK
			21	Se pone los zapatos en los pies correctos; no tiene que atarse los cordones o las agujetas.		2	1	0	DK
			22	Cierra broches de presión.		2	1	0	DK
			23	Agarra correctamente la cuchara, el tenedor y el cuchillo.		2	1	0	DK
			24	Se lava y se seca la cara usando agua y jabón.		2	1	0	DK

Comments

---



---



---



---

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

- Eating and Drinking
- Toileting
- Dressing
- Bathing
- Grooming
- Health Care

Check for Comments below

PERSONAL, continued	5, 6 →	25	Se cepilla los dientes. <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo se cepilla los dientes sin ayuda, incluye poner la pasta de dientes en el cepillo, y sin decirle que hay que cepillarse; marque "1" si el individuo necesita ayuda al cepillarse o poner la pasta de dientes en el cepillo, o necesita que se le recuerde cepillarse los dientes; marque "0" si el individuo nunca se cepilla sin ayuda o sin recordatorios.		2	1	0	DK
		26	Abotona botones grandes de la parte delantera de su ropa usando los ojales correctos.		2	1	0	DK
		27	Se tapa la boca y la nariz cuando tose y estornuda.		2	1	0	DK
		28	Abotona botones pequeños de la parte delantera de su ropa usando los ojales correctos.		2	1	0	DK
		29	Une y cierra los cierres que no se encuentran unidos en la parte de abajo (por ejemplo: los cierres de las chaquetas deportivas o chamarras, sudaderas con cierre).		2	1	0	DK
		30	Ajusta la temperatura del agua añadiendo agua caliente o fría.		2	1	0	DK
		31	Usa ropa apropiada cuando llueve o cuando hace frío (por ejemplo: un impermeable, botas, un suéter, etc.).		2	1	0	DK
	7+ →	32	Se baña o se ducha y se seca solo. <i>Scoring Tip:</i> Marque "2" si el individuo se baña o se ducha sin ayuda, incluye abrir y cerrar el agua; marque "1" si el individuo necesita ayuda con alguna parte del baño, secarse, o abrir o cerrar el agua; marque "0" si el individuo nunca se baña o se ducha sin ayuda.		2	1	0	DK
		33	Encuentra y usa apropiadamente los baños públicos que corresponden a su sexo.		2	1	0	DK
		34	Se lava y seca el pelo (con una toalla o secadora).		2	1	0	DK
		35	Se cura heridas pequeñas (por ejemplo: limpia la herida, se coloca una venda, etc.).		2	1	0	DK
		36	Toma los medicamentos de acuerdo a las instrucciones (es decir, sigue las instrucciones de las etiquetas de los medicamentos).		2	1	0	DK
		37	Usa el termómetro para tomar su propia temperatura o la de otra persona.		2	1	0	DK
		38	Busca ayuda médica en casos de emergencia (por ejemplo: reconoce los síntomas de una enfermedad o herida grave, tales como la falta de aliento, dolores de pecho, sangrado fuerte, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si el individuo no ha tenido una emergencia médica.					N/O
	39	Sigue instrucciones para el cuidado de la salud, dietas especiales o tratamientos médicos. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si el individuo no tiene un problema de salud que requiere procedimientos médicos especiales, dietas o tratamientos especiales.					N/O	
	40	Está al tanto de sus medicamentos (con receta y sin receta) y los vuelve a surtir cuando es necesario.		2	1	0	DK	
	41	Hace citas para chequeos médicos y dentales regularmente.		2	1	0	DK	

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal 33 × 2 = 66

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* + 0

N/O Total + 0

Sum of 2s and 1s + 10

**Personal Raw Score = 76**

SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.



### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Safety at Home Kitchen Chores Housekeeping

Check for Comments below

1-6 →		1	Tiene cuidado cuando está cerca de cosas calientes (por ejemplo: la estufa, el horno, un fuego, etc.).		2	1	0	DK
		2	Ayuda con los quehaceres sencillos de la casa (por ejemplo: limpia el polvo, recoje la ropa o juguetes, da de comer a las mascotas, etc.).		2	1	0	DK
		3	Retira de su lugar en la mesa objetos irrompibles.		2	1	0	DK
		4	Limpia el área de juego o de trabajo al final de la actividad (por ejemplo: después de pintar con los dedos, construir modelos, etc.).		2	1	0	DK
		5	Guarda sus pertenencias personales (por ejemplo: sus juguetes, libros, revistas, etc.).		2	1	0	DK
7-10 →		6	Tiene cuidado al usar objetos cortantes o punzantes (por ejemplo: tijeras, cuchillos, etc.).		2	1	0	DK
		7	Retira de su lugar en la mesa objetos que se pueden romper.		2	1	0	DK
		8	Ayuda a preparar comidas que se tienen que mezclar y cocinar (por ejemplo: una torta o pastel, mezcla para galletas, macarrones con queso, etc.).		2	1	0	DK
		9	Usa aparatos electrodomésticos sencillos (por ejemplo: la tostadora o el tostapan, el abrelatas).		2	1	0	DK
		10	Usa el horno de microondas para calentar, hornear o cocinar (es decir, especifica el tiempo y la temperatura, etc.).		2	1	0	DK
			<b>Scoring Tip:</b> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay horno de microondas en la casa.		N/O			
DOMESTIC 11+ →		11	Guarda la ropa limpia en el lugar correcto (por ejemplo: en cajones o en el ropero, en ganchos, etc.).		2	1	0	DK
		12	Usa herramientas (por ejemplo: un martillo para poner clavos o un destornillador para meter o sacar tornillos, etc.).		2	1	0	DK
		13	Lava los platos a mano o pone los platos en el lavaplatos automático.		2	1	0	DK
		14	Barre, trapea o pasa la aspiradora por todo el piso.		2	1	0	DK
			<b>Scoring Tip:</b> Marque "2" si el individuo trapea, barre o pasa la aspiradora tan bien que no hay que volver a hacer la tarea; marque "1" si el individuo no suele completar la tarea bien; marque "0" si el individuo nunca trapea, barre o pasa la aspiradora, o hace la tarea tan mal que siempre hay que volver a hacerla.					
		15	Limpia la mesa completamente (por ejemplo: limpia y apila los platos, tira los objetos desechables a la basura, etc.).		2	1	0	DK
		16	Usa los productos de limpieza correctamente (por ejemplo, el jabón para ropa, el lustramuebles, el limpiador para vidrios, etc.).		2	1	0	DK
		17	Prepara comidas básicas que no necesitan ser mezcladas pero sí cocinadas (por ejemplo: arroz, sopa, verduras, etc.).		2	1	0	DK
		18	Limpia una o más habitaciones además de la suya.		2	1	0	DK
		19	Usa cuchillos filosos para preparar comida.		2	1	0	DK
		20	Usa la estufa o el horno para calentar, hornear o cocinar (es decir, enciende y apaga los quemadores, controla la temperatura del horno, etc.).		2	1	0	DK
		21	Prepara comidas con ingredientes que tienen que ser medidos, mezclados, y cocinados.		2	1	0	DK
	22	Lava ropa cuando es necesario.		2	1	0	DK	
	23	Realiza tareas de mantenimiento según sea necesario (por ejemplo: reemplaza las lamparillas o focos de luz, cambia la bolsa de la aspiradora, etc.).		2	1	0	DK	
	24	Planea y prepara la comida principal del día.		2	1	0	DK	

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  × 2 =

Basal Item Through Ceiling Item: \_\_\_\_\_

DK and/or Missing Total\* +

N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

**Domestic Raw Score** =

SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

- Telephone Skills
- Rules, Rights, and Safety
- Time and Dates
- Job Skills
- Computer Skills
- Money Skills
- Restaurant Skills
- Television and Radio
- Going Places Independently

Check for Comments below

Item	Response Options	Scoring Tip	Check for Comments
1-3 →  1	Demuestra entender de la función del teléfono (por ejemplo: finge llamar por teléfono, etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
2	Conversa por teléfono con alguna persona conocida.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	Usa el televisor o el radio sin ayuda (por ejemplo, enciende el equipo, escoje el canal o estación, selecciona el programa, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay un televisor o radio en la casa.	<input type="checkbox"/> 2 1 0 DK N/O	<input type="checkbox"/>
4 →  4	Cuenta por lo menos 10 objetos, uno por uno.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
5	Está consciente y demuestra una conducta apropiada cuando viaja en automóvil (por ejemplo: se deja su cinturón de seguridad abrochado, se abstiene de distraer al conductor, etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
6	Demuestra entender la función del dinero (por ejemplo, dice: "Se necesita dinero para comprar cosas en la tienda", etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
7	Usa la acera o banqueta de la calle (o el arcén cuando no hay acera disponible) para caminar o usar algún equipo con ruedas (por ejemplo: patines, patineta, triciclo, etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
5, 6 →  8	Demuestra saber la función del reloj (por ejemplo, dice: "El reloj sirve para saber la hora", "¿A qué hora podemos ir?", etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
9	Sigue las reglas del hogar (por ejemplo: no correr en la casa, no salta en los muebles, etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
10	Demuestra destrezas de computadora necesarias para jugar juegos o abre los programas con la computadora ya encendida; no tiene que encender la computadora por sí solo. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay una computadora en la casa.	2 1 0 DK N/O	<input type="checkbox"/>
11	Llama al teléfono a la persona que recibe una llamada o indica que la persona no está disponible.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
12	Identifica las monedas penny, nickel, dime y quarter si se le pide que lo haga; no es necesario que sepa el valor de cada moneda.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
13	Mira hacia ambos lados al cruzar la calle.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
7 →  14	Dice el día actual de la semana cuando se le pregunta.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
15	Demuestra comprender el derecho a la privacidad personal para sí mismo y para otras personas (por ejemplo: cuando usa el baño o al cambiarse la ropa; etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
16	Demuestra saber el número de teléfono al que debe de llamar en caso de una emergencia cuando se le pregunta.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
17	Dice la hora usando un reloj digital.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
8 →  18	Dice el valor de un penny (1 centavo), un nickel (5 centavos), un dime (10 centavos) y un quarter (25 centavos).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
19	Distingue entre billetes de diferentes denominaciones (por ejemplo: se refiere a billetes de 1 dólar, 5 dólares, etc. en una conversación; etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
20	Obedece a los semáforos y las señales de Pasar y No pasar la calle.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
21	Señala la fecha actual o cualquier otra fecha en el calendario cuando se le pregunta.	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>
22	Demuestra saber que algunas cosas cuestan más dinero que otras (por ejemplo: dice, "Tengo suficiente dinero para comprar una barra de chocolate pero no para comprar chicles"; "¿Qué lápiz cuesta menos?"; etc.).	2 1 0 DK	<input type="checkbox"/>

Comments

---



---



---



---

**Daily Living Skills Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

- Telephone Skills
- Rules, Rights, and Safety
- Time and Dates
- Job Skills
- Computer Skills
- Money Skills
- Restaurant Skills
- Television and Radio
- Going Places Independently

Check for Comments below

Age Group	Item #	Description	Icon	2	1	0	DK	Comments
9-11 →	23	Dice la hora por segmentos de treinta minutos usando un reloj analógico (por ejemplo: la 1 y media, las 2 y media, etc.).		2	1	0	DK	
	24	Hace llamadas telefónicas usando teléfonos fijos o celulares.		2	1	0	DK	
	25	Pide una comida completa en un restaurante de comida rápida. <i>Scoring Tip:</i> Se puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad.		2	1	0	DK	b
12-15 →	26	Lleva o guarda dinero de manera segura (por ejemplo, en una billetera, una cartera o bolsa, o un cinturón con cierre).		2	1	0	DK	
	27	Dice la hora en segmentos de cinco minutos usando un reloj analógico (por ejemplo: la 1 y cinco, la 1 y diez, etc.).		2	1	0	DK	
	28	Obedece horarios de regreso que establece la madre/padre o persona que lo cuida.		2	1	0	DK	
	29	Mira o escucha programas para obtener información (por ejemplo: el pronóstico del tiempo, noticias, programa educativos, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay un televisor o radio en la casa.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
	30	Cuenta el vuelto después de comprar algo.		2	1	0	DK	
	31	Demuestra destrezas de computadora necesarias para realizar tareas complejas (por ejemplo: procesar un texto, entrar a la Internet, instalar programas de computación, etc.). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si no hay una computadora en la casa.		2	1	0	DK	
	32	Evalúa la calidad y el precio cuando escoje cosas para comprar.		2	1	0	DK	
16+ →	33	Obedece los límites de tiempo para los descansos (por ejemplo: para comer, tomar un café, etc.).		2	1	0	DK	
	34	Viaja por lo menos 5 a 10 millas a un sitio conocido (es decir, va en bicicleta, usa transporte público o conduce por sí mismo).		2	1	0	DK	
	35	Demuestra comprender el derecho a reclamar o informar sobre problemas legítimos cuando no está contento con servicios o situaciones.		2	1	0	DK	
	36	Le avisa al personal de la escuela o al supervisor cuando llegará tarde o faltará a la escuela.		2	1	0	DK	

Comments

---

---

---

---

---

---

### Daily Living Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know N/O = No Opportunity

- Telephone Skills   
  Rules, Rights, and Safety   
  Time and Dates   
  Job Skills   
  Computer Skills  
 Money Skills   
  Restaurant Skills   
  Television and Radio   
  Going Places Independently

Check for Comments below

COMMUNITY, continued	\$ 37	Usa cuentas bancarias de cheques o de ahorros de manera responsable (por ejemplo: mantiene algo de dinero en la cuenta de ahorros y controla el saldo cuidadosamente, etc.).	\$	2	1	0	DK	
	38	Viaja por lo menos 5 a 10 millas a un destino desconocido (es decir, va en bicicleta, usa transporte público, o conduce por sí mismo).		2	1	0	DK	
	39	Gana dinero en un trabajo de tiempo parcial (es decir trabaja por lo menos 10 horas por semana) durante un año. <i>Scoring Tip:</i> Do not mark 1		2	X	0	DK	
	40	Intenta mejorar su desempeño en su trabajo después de recibir crítica constructiva del supervisor. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar No ha habido Oportunidad si el individuo no ha tenido un trabajo.		2	1	0	DK	
	41	Administra su propio dinero (por ejemplo: paga la mayoría o todos sus gastos, usa cheques o giros postales para hacer compras según las necesite, etc.).	\$	2	1	0	DK	
	42	Ha mantenido un trabajo de tiempo completo durante 1 año. <i>Scoring Tip:</i> Do not mark 1		2	X	0	DK	
	43	Presupuesta sus gastos mensuales (por ejemplo: los servicios públicos: cuentas de luz, agua, etc., la renta, etc.).	\$	2	1	0	DK	
	44	Solicita y usa la tarjeta de crédito personal de manera responsable (por ejemplo: no excede los límites del crédito y paga a tiempo, etc.).	\$	2	1	0	DK	

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  $24 \times 2 = 48$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +

N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

**Community Raw Score** =  SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Socialization Domain

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Responding to Others
- Expressing and Recognizing Emotions
- Imitating
- Social Communication
- Thoughtfulness
- Friendship
- Dating

Check for Comments below

<b>INTERPERSONAL RELATIONSHIPS</b>	< 1 →	<input type="checkbox"/> 1	Mira a la cara a la madre/padre o persona que lo cuida.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 2	Observa (es decir, sigue con los ojos) si alguien se mueve cerca de su cuna o cama durante 5 segundos o más.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 3	Expresa dos o más emociones (por ejemplo: se ríe, llora, grita, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 4	Sonríe o emite sonidos cuando se le acerca una persona conocida.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 5	Hace o intenta hacer contacto social (por ejemplo: sonríe, emite sonidos, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 6	Trata de alcanzar personas conocidas cuando éstas le extienden los brazos.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 7	Demuestra preferencia por ciertas personas y objetos (por ejemplo: sonríe, agarra o se acerca hacia una persona u objeto, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 8	Demuestra afecto hacia personas conocidas (por ejemplo: las toca, abraza, besa, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 9	Imita o intenta imitar las expresiones faciales que hace la madre/padre o persona que lo cuida (por ejemplo: sonríe, frunce el ceño, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		<input type="checkbox"/> 10	Se mueve por todas partes para buscar a la madre/padre o persona que lo cuida, o a alguna persona conocida que esté cerca.	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK		
		1, 2 →	<input type="checkbox"/> 11	Demuestra interés por otros niños de la misma edad que no son sus hermanos (por ejemplo: los observa, les sonríe, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
			<input type="checkbox"/> 12	Imita movimientos sencillos (por ejemplo: aplaude o dice adiós con la mano).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
			<input type="checkbox"/> 13	Usa acciones para demostrar placer o interés por los demás (por ejemplo: aplaude o dice adiós con la mano).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
			<input type="checkbox"/> 14	Demuestra deseo por complacer a otros (por ejemplo: comparte un bocadillo o juguete, trata de ayudar aunque no puede, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	6
		3, 4 →	<input type="checkbox"/> 15	Demuestra comportamientos que indican que quiere hacer amistades con otras personas de su misma edad (por ejemplo, dice: "¿Quieres jugar?" o toma de la mano a otro niño, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	
			<input type="checkbox"/> 16	Imita acciones relativamente complejas mientras que las hace otra persona (por ejemplo: hace cuenta de afeitarse, ponerse maquillaje, clavar clavos, etc.).	<input type="checkbox"/>	2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Responding to Others
- Expressing and Recognizing Emotions
- Imitating
- Social Communication
- Thoughtfulness
- Friendship
- Dating

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS, continued		17	Responde cuando adultos conocidos le hablan (por ejemplo: si se le pregunta, "¿Cómo estás?" dice "Bien"; si le dicen "Estás muy guapo/a", dice "Gracias", etc.).		2	1	0	DK
		18	Repite frases que escuchó decir antes a un adulto (por ejemplo: "Cariño, ya llegué", "No puedes comer postre hasta que te termines la comida", etc.).		2	1	0	DK
		19	Usa palabras para expresar sus sentimientos (por ejemplo: "Estoy contento", "Tengo miedo", etc.).		2	1	0	DK
	5 →	20	Tiene un mejor amigo/a o demuestra preferir ciertos amigos (de cualquier sexo) sobre otros.		2	1	0	DK
		21	Imita acciones relativamente complejas horas después de ver a otra persona hacerlas (por ejemplo: hace cuenta de afeitarse, ponerse maquillaje, clavar clavos, etc.).		2	1	0	DK
		22	Usa palabras para expresar felicidad o preocupación por otras personas (por ejemplo: dice: "¡Bravo! ¡Ganaste!", "¿Estás bien?", etc.).		2	1	0	DK
		23	Actúa cuando otra persona necesita ayuda (por ejemplo: mantiene la puerta abierta o levanta algún objeto que se cayó, etc.).		2	1	0	DK
	6-8 →	24	Reconoce lo que le gusta o no le gusta a los demás (por ejemplo: dice: "A Carlos le gusta el fútbol", "Susie no come pizza", etc.).		2	1	0	DK
		25	Demuestra el mismo nivel de emoción que otros que se encuentran a su alrededor (por ejemplo: no exagera, ni le da poca importancia a una situación, etc.).		2	1	0	DK
		26	Mantiene una distancia adecuada entre él y otras personas en situaciones sociales (por ejemplo: no se acerca demasiado a otra persona cuando está hablando, etc.).		2	1	0	DK
		27	Conversa con otras personas acerca de intereses comunes (por ejemplo: deportes, programas de televisión, o planes para el verano).		2	1	0	DK
	9+ →	28	Empieza conversaciones sociales cuando se encuentra con alguien que conoce (por ejemplo: dice: "¿Cómo estás?", "¿Qué pasa?", etc.).		2	1	0	DK
		29	Se reúne con amigos regularmente.		2	1	0	DK
		30	Prefiere no decir cosas que sean penosas o crueles o hacer preguntas inapropiadas en público.		2	1	0	DK

Comments

---



---



---



---



---

### Socialization Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Responding to Others
- Expressing and Recognizing Emotions
- Imitating
- Social Communication
- Thoughtfulness
- Friendship
- Dating

Check for Comments below

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS, cont.

31	Pide cosas razonables de sus amistades (por ejemplo: no pretende ser el único amigo de una persona o tener a su amigo siempre a su disposición, etc.).	2	1	0	DK
32	Comprende que los demás no pueden saber lo que piensa a menos que se los diga.	2	1	0	DK
33	Tiene cuidado cuando habla acerca de cosas personales.	2	1	0	DK
34	Coopera con otras personas para planear o ser parte de una actividad (por ejemplo: una fiesta de cumpleaños, un evento deportivo, etc.).	2	1	0	DK
35	Demuestra entender insinuaciones o indirectas en una conversación (por ejemplo: sabe que un bostezo puede significar "Estoy aburrido", o que si alguien cambia rápidamente de tema puede significar "No quiero hablar acerca de eso", etc.).	2	1	0	DK
36	Comienza una conversación hablando de cosas que le interesan a los demás (por ejemplo: "Tomás me dijo que te gustan las computadoras", etc.).	2	1	0	DK
37	Sale con grupos de amigos.	2	1	0	DK
38	Sale en citas solo con otra persona.	2	1	0	DK

Comments

---

---

---

---

---

---

---

---

*\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.*

Item Before Basal  × 2 =

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +

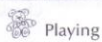
N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

**Interpersonal Relationships Raw Score** =  SUM

### Socialization Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know



Playing



Sharing and Cooperating



Going Places with Friends



Playing Games



Recognizing Social Cues

Check for Comments below

PLAY AND LEISURE TIME	< 1 →	1	Responde cuando la madre/padre o persona que lo cuida le juega (por ejemplo: sonrío, se río, o aplaudo, etc.).		2	1	0	DK	
		2	Demuestra interés por el lugar donde se encuentra (por ejemplo: mira o se mueve alrededor, toca objetos o personas, etc.).		2	1	0	DK	
		3	Juega juegos sencillos de interacción con otras personas (por ejemplo: a las escondidillas, a hacer tortillitas, etc.).		2	1	0	DK	
	1, 2 →	4	Juega cerca a otro niño; cada uno realiza una actividad diferente.		2	1	0	DK	
		5	Elige jugar con otros niños (por ejemplo: no se queda fuera del grupo ni evita a los demás).		2	1	0	DK	
		6	Juega cooperativamente con uno o más niños durante un período de hasta 5 minutos.		2	1	0	DK	
		7	Juega cooperativamente con más de un niño durante un período de más de 5 minutos.		2	1	0	DK	
		8	Sigue jugando con otro niño, protestando muy poco, cuando la madre/padre o persona que lo cuida se va.		2	1	0	DK	
	3 →	9	Comparte sus juguetes o posesiones cuando se lo piden.		2	1	0	DK	
		10	Juega con otros bajo supervisión mínima.		2	1	0	DK	
		11	Usa objetos comunes del hogar o de otro tipo, para imaginar que son otra cosa (por ejemplo: se imagina que un cubo es un carro, que una caja es una casa, etc.).		2	1	0	DK	
		12	Se protege alejándose de personas que destruyen cosas o pueden lastimarlo/a (por ejemplo: aquellos que muerden, pegan, arrojan cosas, jalan el pelo, etc.).		2	1	0	DK	
	4 →	13	Juega a realizar actividades sencillas de la vida real (por ejemplo: se disfrazo, pretendo ser un superhéroe, etc.).		2	1	0	DK	
		14	Busca a otros para jugar o para que le hagan compañía (por ejemplo: invita a otros a su casa, va a la casa de otros, juega en el parque, etc.).		2	1	0	DK	
		15	Respeto los turnos durante un juego o un deporte cuando se le pide.		2	1	0	DK	
		16	Juega juegos de grupo que son informales y que se juegan afuera (por ejemplo: jugar a la mancha o corre que te pilló, a saltar la cuerda, coger la pelota, etc.).		2	1	0	DK	
		17	Comparte sus juguetes o cosas sin que se lo pidan.		2	1	0	DK	
	5, 6 →	18	Sigue las reglas en los juegos sencillos (por ejemplo: carreras de relevos, concursos de ortografía, juegos electrónicos, etc.).		2	1	0	DK	
		19	Toma turnos sin que se lo pidan.		2	1	0	DK	
		20	Juega juegos sencillos de cartas o de mesa que son exclusivamente de azar (por ejemplo: Go Fish, Uno, parchis, etc.).		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

























### Socialization Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

-  Playing
-  Sharing and Cooperating
-  Going Places with Friends
-  Playing Games
-  Recognizing Social Cues

PLAY AND LEISURE TIME, continued	Item	Description	Icon	2	1	0	DK	
7-12 →	 21	Sale con amigos durante el día bajo la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un centro comercial, un parque, un centro comunitario, etc.).		2	1	0	DK	
	 22	Pide permiso antes de usar cosas que no le pertenecen o que están siendo usadas por otra persona.		2	1	0	DK	
	 23	Se abstiene de integrarse a un grupo cuando las acciones de los integrantes le indican que no es bienvenida/a.		2	1	0	DK	
	 24	Juega juegos sencillos que requieren mantener el puntaje (por ejemplo: a patear la pelota, básquetbol improvisado, etc.).		2	1	0	DK	
	13+ →	 25	Demuestra tener buen espíritu deportivo (es decir, sigue las reglas, no es demasiado agresivo, felicita al otro equipo cuando gana y no se enoja cuando pierde).		2	1	0	DK
		 26	Juega más de un juego de mesa, cartas o juego electrónico que requieren destreza y toma de decisiones (por ejemplo: Monopolio™, cribbage, etc.).		2	1	0	DK
		 27	Sale con amigos por la noche bajo la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un concierto, una conferencia, un evento deportivo, al cine, etc.).		2	1	0	DK
		 28	Sigue las reglas de juegos o deportes complejos (por ejemplo: de fútbol americano, fútbol, voleibol, etc.).		2	1	0	DK
		 29	Sale con amigos durante el día sin la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un centro comercial, un parque, un centro comunitario, etc.).		2	1	0	DK
		 30	Planea actividades de diversión que requieren organizar más de dos cosas (por ejemplo, ir a la playa o al parque, lo cual requiere organizar el transporte, la comida y las cosas para jugar, etc.).		2	1	0	DK
 31	Sale con amigos por la noche sin la supervisión de un adulto (por ejemplo: a un concierto, una conferencia, un evento deportivo, al cine, etc.).		2	1	0	DK		

Comments

---

---

---

---

---

---

---

---

Item Before Basal  $19 \times 2 = 38$

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +  $0$

N/O Total +  $0$

Sum of 2s and 1s +  $6$

**Play and Leisure Time Raw Score** =  $38 + 0 + 0 + 6 = 44$

SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Manners
- Apologizing
- Responsibility
- Appropriate Social Caution
- Transitions
- Controlling Impulses
- Keeping Secrets

Check for Comments below

<b>COPING SKILLS</b>	1-4 →		1	Cambia fácilmente de una actividad a otra en el hogar.		2	1	0	DK	
			2	Dice "gracias" cuando le dan algo.		2	1	0	DK	
			3	Cambia su comportamiento según su grado de confianza con la otra persona (por ejemplo: actúa de manera diferente con miembros de su familia que con personas desconocidas, etc.).		2	1	0	DK	
			4	Mastica con la boca cerrada.		2	1	0	DK	
	5-7 →		5	Dice "por favor" cuando pide algo.		2	1	0	DK	
			6	Termina las conversaciones de manera apropiada (por ejemplo: "Adiós", "Hasta luego", etc.).		2	1	0	DK	
			7	Se lava o limpia la cara y las manos durante y/o después de las comidas.		2	1	0	DK	
			8	Responde apropiadamente cuando hay cambios razonables en sus actividades rutinarias (por ejemplo: se abstiene de quejarse, etc.).		2	1	0	DK	
	8 →		9	Se disculpa cuando comete errores sin querer (por ejemplo: cuando se choca con alguien, etc.).		2	1	0	DK	
			10	Elige no burlarse, molestar o intimidar a otras personas.		2	1	0	DK	
			11	Actúa de manera apropiada cuando le presentan personas desconocidas (por ejemplo: saluda con la cabeza, sonríe, da la mano, los saluda, etc.).		2	1	0	DK	
			12	Varía el nivel de la voz según el lugar donde esté o la situación (por ejemplo: en una biblioteca, durante una película u obra de teatro, etc.).		2	1	0	DK	
			13	Se disculpa después de lastimar los sentimientos de otra persona.		2	1	0	DK	
			14	Se abstiene de hablar con la boca llena.		2	1	0	DK	
			15	Habla con los demás sin interrumpir ni ser descortés.		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

**Socialization Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

- Manners
- Apologizing
- Responsibility
- Appropriate Social Caution
- Transitions
- Controlling Impulses
- Keeping Secrets

Check for Comments below

9-12 →			16	Acepta que los demás le ofrezcan sugerencias o soluciones útiles.		2	1	0	DK	
			17	Controla sus sentimientos de enojo o dolor cuando es necesario cambiar los planes por razones fuera de su control (por ejemplo, por mal tiempo o problemas con el carro, etc.).		2	1	0	DK	
			18	Guarda secretos o confidencias durante más de un día.		2	1	0	DK	
			19	Se disculpa después de cometer errores involuntarios (por ejemplo: cuando excluye a alguien de un juego sin querer, etc.).		2	1	0	DK	
			20	Demuestra comprender que hacer bromas suaves con la familia o amigos puede ser una forma de expresar humor o afecto.		2	1	0	DK	
13+ →			21	Le cuenta a la madre/padre o persona que lo cuida acerca de sus planes (por ejemplo: a qué hora va a salir o regresar, adónde va, etc.).		2	1	0	DK	
			22	Elige evitar actividades peligrosas o riesgosas (por ejemplo: saltar desde sitios altos, recoger a una persona que pide un aventón, manejar sin cuidado, etc.).		2	1	0	DK	
			23	Controla sus sentimientos de enojo o dolor cuando no se sale con la suya (por ejemplo: cuando no le dan permiso para ver televisión o ir a una fiesta, cuando un amigo o supervisor rechaza su sugerencia, etc.).		2	1	0	DK	
			24	Cumple con planes que ha hecho (por ejemplo: se encuentra con alguien si lo promete, etc.).		2	1	0	DK	
			25	Interrumpe o se aleja de relaciones o situaciones que son hirientes o peligrosas (por ejemplo: que lo intimiden, se burlen de él o ella, que se aprovechen de él o ella sexual o financieramente, etc.).		2	1	0	DK	
			26	Controla sus sentimientos de enojo o dolor a causa de crítica constructiva (por ejemplo: cuando le corrigen su mala conducta, la discusión sobre el puntaje o su calificación en un examen, una crítica de su rendimiento en una actividad, etc.).		2	1	0	DK	
			27	Guarda secretos o confidencias durante el tiempo que sea necesario.		2	1	0	DK	
			28	Considera las consecuencias de lo que podría pasar antes de tomar decisiones (por ejemplo: se abstiene de actuar de manera impulsiva, considera la información importante, etc.).		2	1	0	DK	
			29	Es consciente y procede con cautela cuando encuentra situaciones sociales riesgosas (por ejemplo: ir a fiestas de parranda con alcohol, usar "salas de chateo" en el Internet, responder a avisos personales, etc.).		2	1	0	DK	
			30	Demuestra respeto por sus compañeros de trabajo (por ejemplo: llega a tiempo a reuniones, no distrae o interrumpe cuando otros están trabajando, etc.).		2	1	0	DK	

Comments

---



---



---



---



---

Item Before Basal  × 2 =

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +

N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

**Coping Skills Raw Score** =  SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

**Motor Skills Domain**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

Sitting  
 Walking and Running  
 Play Activity  
 Standing  
 Creeping and Crawling

Check for Comments below

<b>GROSS</b>	< 1 →		1	Mantiene la cabeza erguida durante por lo menos 15 segundos cuando la madre/padre o la persona que lo cuida lo sostiene erguido en los brazos.		2	1	0	DK	
			2	Se sienta con apoyo (por ejemplo: en una silla, con almohadas, etc.) por lo menos durante 1 minuto.		2	1	0	DK	
			3	Permanece sentado sin apoyo durante por lo menos 1 minuto.		2	1	0	DK	
			4	Se arrastra o se mueve sobre su estómago por el piso.		2	1	0	DK	
			5	Permanece sentado sin apoyo durante por lo menos 10 minutos.		2	1	0	DK	
			6	Se levanta por sí solo para sentarse y se sienta por lo menos durante 1 minuto sin apoyo.		2	1	0	DK	
			7	Gatea por lo menos 5 pies (un metro y medio) con las manos y las rodillas, sin que el estómago toque el piso.		2	1	0	DK	
	1 →		8	Se impulsa para levantarse y ponerse de pie.		2	1	0	DK	
			9	Sube las escaleras gateando.		2	1	0	DK	
			10	Camina por lo menos 2 pasos.		2	1	0	DK	
			11	Se mantiene de pie solo de 1 a 3 minutos.		2	1	0	DK	
			12	Hace rodar una pelota mientras está sentado.		2	1	0	DK	
			13	Se sube y se baja de objetos bajos (por ejemplo: una silla, una escalera de tijera, un tobogán, etc.)		2	1	0	DK	
			14	Baja las escaleras gateando.		2	1	0	DK	
			15	Se mantiene de pie por lo menos durante 5 minutos.		2	1	0	DK	
			16	Camina a lo largo de una habitación; puede estar inestable y caerse de vez en cuando.		2	1	0	DK	
	2 →		17	Tira una pelota.		2	1	0	DK	
			18	Camina para moverse a su alrededor; no necesita agarrarse de nada.		2	1	0	DK	
			19	Se sube y se baja de una silla para adultos.		2	1	0	DK	
			20	Corre sin caerse; puede presentarse un poco torpe o con falta de coordinación.		2	1	0	DK	
			21	Sube las escaleras poniendo ambos pies sobre cada escalón; puede usar la baranda.		2	1	0	DK	
			22	Patea una pelota.		2	1	0	DK	
	3 →		23	Corre coordinadamente sin caerse.		2	1	0	DK	
			24	Baja las escaleras mirando hacia adelante colocando ambos pies sobre cada escalón; puede usar la baranda.		2	1	0	DK	
			25	Salta en el piso con ambos pies.		2	1	0	DK	
			26	Tira una pelota de cualquier tamaño en una dirección específica hacia un blanco específico.		2	1	0	DK	
			27	Atrapa una pelota del tamaño de una pelota de playa con las dos manos desde una distancia de 2 a 3 pies (60 ó 90 centímetros).		2	1	0	DK	

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Motor Skills Domain, continued

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Sitting  
 Walking and Running  
 Play Activity  
 Standing  
 Creeping and Crawling

Check for Comments below

GROSS, continued		28	Sube las escaleras alternando los pies; puede utilizar la baranda.		2	1	0	DK		
		29	Pedalea en triciclo u otro juguete de 3 ruedas por lo menos 6 pies (cerca de 2 metros). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no tiene un triciclo o juguete de 3 ruedas. Sin embargo, marque "0" si el individuo tiene un vehículo de este tipo pero no lo usa por cualquier razón, incluyendo si es que la madre/padre o la persona que lo cuida cree que él o ella no está listo/a para usarlo.		2	1	0	DK		
		30	Salta o brinca hacia adelante con los dos pies por lo menos tres veces.		2	1	0	DK		
	4+ →		31	Salta con un solo pie por lo menos una vez sin caerse; puede sujetarse de algo para equilibrarse.		2	1	0	DK	
		32	Se sube y se baja de objetos altos (por ejemplo: de una estructura de barras para juegos infantiles o una escalera de por lo menos 4 pies (un poco más de 1 metro) de altura, etc.).		2	1	0	DK		
		33	Baja las escaleras alternando los pies; puede usar la baranda.		2	1	0	DK		
		34	Corre en forma coordinada cambiando de velocidad y dirección.		2	1	0	DK		
		35	Anda en bicicleta con ruedas de apoyo o estabilizadores por lo menos 10 pies (3 metros). <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no tiene una bicicleta. Sin embargo, si el individuo tiene una bicicleta pero no la usa por cualquier razón, incluyendo si es que la madre/padre o la persona que lo cuida cree que él o ella no está listo/a para usarla.		2	1	0	DK		
		36	Atrapa una pelota del tamaño de una pelota de playa con ambas manos desde una distancia de por lo menos 6 pies (casi 2 metros).		2	1	0	DK		
		37	Salta fácilmente hacia adelante sobre un pie.		2	1	0	DK		
		38	Brinca por lo menos 5 pies (1,5 m).		2	1	0	DK		
		39	Atrapa una pelota de tenis o béisbol desde una distancia de por lo menos 10 pies (3 metros), moviéndose para cogerla si es necesario.		2	1	0	DK		
		40	Anda en bicicleta sin ruedas de apoyo o estabilizadores, y sin caerse. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si el individuo no tiene una bicicleta. Sin embargo, si el individuo tiene una bicicleta pero no la usa por cualquier razón, incluyendo si es que la madre/padre o la persona que lo cuida cree que él o ella no está listo/a para usarla.		2	1	0	DK		

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal	<input type="text"/>	× 2 =	<input type="text"/>
Basal Item Through Ceiling Item:			
DK and/or Missing Total	+		<input type="text"/>
N/O Total	+		<input type="text"/>
Sum of 2s and 1s	+		<input type="text"/>
<b>Gross Raw Score</b>	=		<input type="text"/>

SUM

**Motor Skills Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know

✂ Manipulating Objects   ✂ Drawing and Using Scissors   ⌨ Using Keyboard

✓  
Check  
for  
Comments  
below

<b>FINE</b>	<1 → ✂	1	Alarga/estira la mano para coger un juguete u objeto.	✂	2	1	0	DK	
	✂	2	Levanta objetos pequeños (no más grande que 2 pulgadas (5 centímetros) de cualquier lado); puede usar las dos manos.	✂	2	1	0	DK	
	✂	3	Pasa un objeto de una mano a otra.	✂	2	1	0	DK	
	✂	4	Aprieta juguetes u objetos que hacen ruido al oprimirlos	✂	2	1	0	DK	
	✂	5	Puede levantar un objeto pequeño con el pulgar y los dedos.	✂	2	1	0	DK	
	1, 2 → ✂	6	Saca un objeto (por ejemplo: un cubo o una pinza de ropa) de un recipiente.	✂	2	1	0	DK	
	✂	7	Pone un objeto (por ejemplo: un cubo o una pinza de ropa) en un recipiente.	✂	2	1	0	DK	
	✂	8	Pasa las hojas de un libro de papel, tela o cartón, una por una.	✂	2	1	0	DK	
	3, 4 → ✂	9	Apila por lo menos cuatro bloques u otros objetos pequeños; la pila no debe caerse.	✂	2	1	0	DK	
	✂	10	Abre las puertas girando las perillas.	✂	2	1	0	DK	
	✂	11	Desenvuelve objetos pequeños (por ejemplo: chicle o caramelos).	✂	2	1	0	DK	
	✂	12	Arma completamente un rompecabezas sencillo de por lo menos dos piezas o formas.	✂	2	1	0	DK	
	✂	13	Pasa las hojas de un libro o una revista una por una.	✂	2	1	0	DK	
	✂	14	Usa el movimiento de girar la mano y la muñeca (por ejemplo: da cuerda a un juguete, atornilla o destornilla la tapa de un frasco, etc.).	✂	2	1	0	DK	
	✂	15	Agarra un lápiz en la posición correcta (no lo sujeta con el puño) para escribir o dibujar.	✂	2	1	0	DK	
	✂	16	Colorea figuras sencillas; puede colorear por fuera de las líneas.	✂	2	1	0	DK	
	5 → ✂	17	Construye estructuras de tres dimensiones (por ejemplo: una casa, un puente, un carro, etc.) con cinco cubos pequeños por lo menos.	✂	2	1	0	DK	
	✂	18	Abre y cierra las tijeras con una mano.	✂	2	1	0	DK	
	✂	19	Pega dos o más piezas para unir las para un proyecto (por ejemplo: un proyecto de arte, de ciencias, etc.).	✂	2	1	0	DK	
	✂	20	Usa cinta adhesiva para unir cosas (por ejemplo, una hoja rota, un proyecto de arte, etc.).	✂	2	1	0	DK	
	✂	21	Dibuja más de una figura de forma reconocible (por ejemplo: una persona, una casa, un árbol, etc.).	✂	2	1	0	DK	

**Scoring Tip:** Marque "2" si el individuo dibuja dos o más figuras de forma reconocible; marque "1" si el individuo dibuja una figura; marque "0" si el individuo no dibuja ninguna figura de forma reconocible.

Comments

---



---



---



---



---

**Motor Skills Domain, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes or Partially, 0 = Never, DK = Don't Know, N/O = No Opportunity

Manipulating Objects    Drawing and Using Scissors    Using Keyboard

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

FINE, continued		22	Escribe letras o números en forma legible y reconocibles.		2	1	0	DK	
		23	Dibuja un círculo a pulso mientras mira un ejemplo.		2	1	0	DK	
		24	Usa tijeras para cortar papel siguiendo una línea recta.		2	1	0	DK	
		25	Colorea figuras sencillas sin salirse de los bordes.		2	1	0	DK	
	6+ →	26	Recorta figuras sencillas (por ejemplo: círculos, cuadrados, rectángulos, etc.).		2	1	0	DK	
		27	Usa la goma de borrar sin romper el papel.		2	1	0	DK	
		28	Dibuja un cuadrado a pulso mientras mira un ejemplo.		2	1	0	DK	
		29	Dibuja un triángulo a pulso mientras mira un ejemplo.		2	1	0	DK	
		30	Sabe amarrar nudos.		2	1	0	DK	
		31	Dibuja líneas rectas usando una regla o un elemento recto.		2	1	0	DK	
		32	Abre puertas que tienen cerradura de cerrojo fijo, de llave, o de combinación que requieren girarlas. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si no hay puertas que tienen cerradura de cerrojo fijo, de llave, o de combinación en la casa.		2	1	0	DK	
		33	Corta figuras con formas complejas (por ejemplo: estrellas, animales, letras del alfabeto, etc.).		2	1	0	DK	
		34	Usa el teclado, la máquina de escribir o un panel táctil ( <i>touch pad</i> ) para escribir un nombre o palabras cortas. Puede mirar las teclas. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si no hay una computadora en la casa.		2	1	0	DK	
		35	Hace moños que no se desatan.		2	1	0	DK	
	36	Usa el teclado para escribir hasta 10 líneas; puede mirar las teclas. <i>Scoring Tip:</i> Puede marcar "N/O" para indicar <i>No ha habido Oportunidad</i> si no hay una computadora en la casa.		2	1	0	DK		

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Item Before Basal  × 2 =

Basal Item Through Ceiling Item:

DK and/or Missing Total\* +

N/O Total +

Sum of 2s and 1s +

**Fine Raw Score** =  SUM

\*If the total of DK and/or Missing is greater than 2, do not score subdomain.

### Maladaptive Behavior Index

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

INTERNALIZING	3+ →	1	Es demasiado dependiente (es decir, se aferra a la persona que lo cuida, al maestro o al hermano/a).	0	1	2	
		2	Evita a los demás y prefiere estar solo.	0	1	2	
		3	Tiene dificultades al comer (por ejemplo: come muy rápido o lento, acapara la comida, come demasiado, se niega a comer, etc.).	0	1	2	
		4	Tiene dificultades al dormir (por ejemplo: camina dormido, tiene pesadillas frecuentes, duerme mucho más o menos de lo que es típico para su edad).	0	1	2	
		5	Se niega a ir a la escuela o al trabajo porque siente miedo, se siente rechazado o aislado, etc.	0	1	2	
		6	Es demasiado ansioso o nervioso.	0	1	2	
		7	Llora o se ríe muy fácilmente.	0	1	2	
		8	Tiene contacto visual deficiente (es decir, no mira o no le da la cara a los demás cuando habla o le hablan).	0	1	2	
		9	Está triste sin haber una razón clara.	0	1	2	
		10	Evita interacción social.	0	1	2	
		11	Tiene poca energía o interés por la vida.	0	1	2	

Comments

---



---



---



---

Sum of 2s and 1s

Internalizing Raw Score =



### Maladaptive Behavior Index

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never

✓  
Check  
for  
Com-  
ments  
below

		0	1	2				
<b>EXTERNALIZING</b>	3+ → * 1	Es impulsivo/a (es decir, actúa sin pensar).			0	1	2	
	2	Tiene berrinches.			0	1	2	
	3	Desobedece intencionalmente y desafía a quienes tienen autoridad.			0	1	2	
	4	Provoca a, se burla o intimida a otras personas.			0	1	2	
	5	Es desconsiderado o insensible con los demás.			0	1	2	
	6	Miente, hace trampa o roba.			0	1	2	
	7	Es físicamente agresivo (por ejemplo: golpea, pateo, muerde, etc.).			0	1	2	
	8	Es testarudo o huraño.			0	1	2	
	9	Dice cosas o hace preguntas inapropiadas (por ejemplo: "Eres gordo" o "¿Qué es esa cosa roja y grande que tienes en la nariz?").			0	1	2	
	10	Se comporta de manera inapropiada cuando lo incitan otras personas.			0	1	2	

Comments

---



---



---



---

Sum of 2s and 1s

Externalizing Raw Score =

**Maladaptive Behavior Index, continued**

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never

Check for Comments below

OTHER	3+ → *	1	Se chupa el pulgar o los dedos.	0	1	2	
		2	Moja la cama o tiene que usar pañal cuando duerme.	0	1	2	
		3	Actúa de manera confianzuda con extraños (por ejemplo: les toma la mano, los abraza, se sienta en su regazo o piernas, etc.).	0	1	2	
		4	Se muerde las uñas.	0	1	2	
		5	Tiene tics (es decir, tiene parpadeos involuntarios, pequeños temblores involuntarios o sacude la cabeza sin querer, etc.).	0	1	2	
		6	Rechina los dientes durante el día o la noche.	0	1	2	
		7	Le cuesta trabajo prestar atención.	0	1	2	
		8	Es más activo o inquieto que otros individuos de su edad.	0	1	2	
		9	Usa cosas que son propiedad de la escuela o del trabajo (por ejemplo: el teléfono, acceso a la Internet, artículos de oficina, etc.) para propósitos personales no autorizados.	0	1	2	
		10	Dice groserías o malas palabras.	0	1	2	
		11	Se escapa (es decir, se ausenta por 24 horas o más).	0	1	2	
		12	Falta a la escuela o al trabajo.	0	1	2	
		13	No hace caso o no presta atención a quienes se encuentran a su alrededor.	0	1	2	
		14	Usa regalos o dinero para "comprar" el afecto de otros.	0	1	2	
		15	Usa alcohol o drogas ilegales durante los días de escuela o de trabajo.	0	1	2	

Comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sum of 2s and 1s

Other Raw Score =

Internalizing Raw Score +

Externalizing Raw Score +

Other Raw Score +

**Maladaptive Behavior Index Raw Score\*** =  SUM

\*Sum the Internalizing, Externalizing, and Other Raw Scores to obtain the Maladaptive Behavior Index Raw Score.

### Maladaptive Behavior Critical Items

Response Options: 2 = Usually, 1 = Sometimes, 0 = Never, S = Severe, M = Moderate

✓  
Check  
for  
Comments  
below

<b>CRITICAL ITEMS</b>	3+ → *	1	Tiene comportamientos sexuales inapropiados (por ejemplo: se exhibe desnudo, se masturba en público, hace sugerencias de tipo sexual de manera indecorosa, etc.).	0	1	2	S	M	
		2	Está obsesionado con objetos o actividades (por ejemplo: repite palabras o frases constantemente, está fascinado con objetos mecánicos, etc.).	0	1	2	S	M	
		3	Expresa pensamientos que no tienen sentido (por ejemplo: dice que escucha voces, tiene alucinaciones, etc.).	0	1	2	S	M	
		4	Tiene hábitos o comportamientos raros (por ejemplo: hace ruidos repetidamente, mueve las manos de manera extraña, etc.).	0	1	2	S	M	
		5	Consistentemente prefiere objetos en lugar de personas (por ejemplo: le presta más atención a los objetos que a las personas, etc.).	0	1	2	S	M	
		6	Exhibe comportamientos que causan que se lastime o hiera (por ejemplo: se golpea la cabeza, se golpea o muerde a sí mismo, se rasguña la piel, etc.).	0	1	2	S	M	
		7	Destruye a propósito sus pertenencias y las de los demás.	0	1	2	S	M	
		8	Usa lenguaje extraño (por ejemplo: tiene conversaciones consigo mismo en público, dice frases u oraciones que no tienen significado, repite la misma palabra o frase una y otra vez, etc.).	0	1	2	S	M	
		9	No está consciente de lo que sucede a su alrededor (por ejemplo: parece estar "en las nubes", mira al vacío, etc.).	0	1	2	S	M	
		10	Se mece de acá para allá repetidamente.	0	1	2	S	M	
		11	Tiene un temor inusual a sonidos, objetos o situaciones corrientes.	0	1	2	S	M	
		12	Recuerda información extraña en detalle muchos años después.	0	1	2	S	M	
		13	No puede completar un día de escuela o de trabajo normal por razones de dolor o cansancio crónico.	0	1	2	S	M	
		14	No puede completar un día de escuela o de trabajo normal por síntomas psicológicos.	0	1	2	S	M	

The Maladaptive Behavior Critical Items section does not yield a raw or derived score. To include this section in your interpretation of Vineland-II results, transfer responses of 2 or 1 (and the severity rating, S or M) to the Vineland-II Score Summary page.

Comments

---



---



---



---



---

VINELAND™-II PAIRWISE COMPARISONS

Domain Comparisons		Standard Score	<, >, or =	Standard Score		Standard Score Difference	Stat. Sign. Level (.05 or .01)	Freq. of Difference (Extreme 16, 10, 5, or 1%)
Communication	94	<	103	Daily Living Skills	9	—	—	
Communication	94	>	69	Socialization	25	✓	5%	
Daily Living Skills	103	>	69	Socialization	34	✓	1%	
Communication				Motor Skills				
Socialization				Motor Skills				
Daily Living Skills				Motor Skills				
Subdomain Comparisons		v-Scale Score	<, >, or =	v-Scale Score		v-Scale Score Difference	Stat. Sign. Level (.05 or .01)	Freq. of Difference (Extreme 16, 10, 5, or 1%)
<i>Communication</i>								
Receptive	15	>	13	Expressive	2	—	—	
Receptive	15	>	14	Written	1	—	—	
Expressive	13	<	14	Written	1	—	—	
<i>Daily Living Skills</i>								
Personal	17	=	17	Domestic	0	—	—	
Personal	17	>	12	Community	5	✓	5%	
Domestic	17	>	12	Community	5	✓	5%	
<i>Socialization</i>								
Interpersonal Relationships	9	=	9	Play and Leisure Time	0	—	—	
Interpersonal Relationships	9	<	10	Coping Skills	1	—	—	
Play and Leisure Time	9	<	10	Coping Skills	1	—	—	
<i>Motor Skills</i>								
Gross				Fine				
Selected Across-Domain Subdomain Comparisons		v-Scale Score	<, >, or =	v-Scale Score		v-Scale Score Difference	Stat. Sign. Level (.05 or .01)	Freq. of Difference (Extreme 16, 10, 5, or 1%)
Expressive	13	>	9	Interpersonal Relationships	4	✓	5%	
Expressive	13	>	10	Coping Skills	3	—	—	
Fine				Written				
Fine				Domestic				
Fine				Personal				
Receptive	15	>	12	Community	3	—	—	
Int. Rel.	9	<	12	Community	3	—	—	
Personal	17	>	9	Int. Rel.	8	✓	1%	
Coping Skills	10	<	12	Community	2	—	—	

Individual: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Form: \_\_\_\_\_ Survey Interview  
 \_\_\_\_\_ Parent/Caregiver Rating

**VINELAND™-II SCORE SUMMARY**

SUBDOMAIN and DOMAIN SCORES								
SUBDOMAIN/ DOMAIN	Raw Score	v-Scale Score	Standard Score	90% Conf. Interval	%ile Rank	Adaptive Level	Age EQUIVA- lent	Stanine
Receptive	39	15		13-17 ± 2		Adequate	11:00	
Expressive	104	13		10-14 ± 2		Adequate	8:7	
Written	42	14		12-16 ± 2		Adequate	10:10	
<b>Communication</b>	Sum: 42	94		86-102 ± 8	30	Adequate		4
	76	17		14-20 ± 3		Adequate	14:0	
	42	17		15-19 ± 2		Adequate	13:9	
	56	12		10-14 ± 2		M. low	11:3	
<b>Daily Living Skills</b>	Sum: 46	103		95-111 ± 8	58	Adequate		5
Interpersonal Relationships	52	9		7-11 ± 2		low	4:8	
Play and Leisure Time	44	9		6-12 ± 3		low	5:10	
Coping Skills	29	10		8-12 ± 2		M. low	5:6	
<b>Socialization</b>	Sum: 28	69		61-77 ± 8	2	low		1
Gross								
Fine								
<b>Motor Skills</b>	Sum: _____							

STRENGTHS and WEAKNESSES	
Score Minus Median*	S(trength) or W(eakness)
+1	—
-1	/
0	—
0	—
-5	W
+9	S
0	—
0	—
+1	—
-25	W

Sum of Domain Standard Scores = **266**

Adaptive Behavior Composite **87**  $\pm 6$  **19** Adequate **5**

	Raw Score	v-Scale Score	90% Conf. Interval	Level
<b>Maladaptive Behavior Index</b>	28	21	± 1	Clinically S.
Internalizing	10	20	± 2	Elevated
Externalizing	7	18	± 2	Elevated

**Maladaptive Behavior Critical Items**

Items (Circle all items scored 2 or 1, and indicate the severity.)

1<sup>S</sup> 2<sup>S</sup> 3<sup>S</sup> 4<sup>S</sup> 5<sup>S</sup> 6<sup>S</sup> 7<sup>S</sup> 8<sup>S</sup> 9<sup>S</sup> 10<sup>S</sup> 11<sup>S</sup> 12<sup>S</sup> 13<sup>S</sup> 14<sup>S</sup>

\* For instructions on how to determine the median score, see Chapter 3 of the Vineland-II Survey Forms Manual.

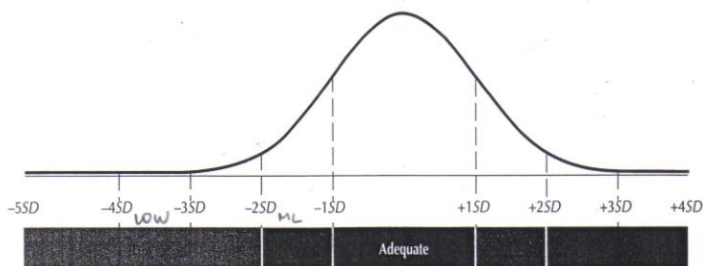
**Domain Strengths/Weaknesses:**

S = Standard Score  
 - Median > 10  
 W = Standard Score  
 - Median ≤ 10

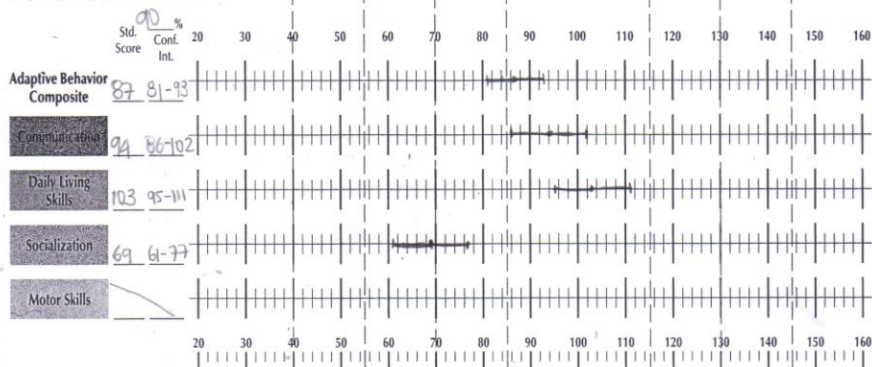
**Subdomain Strengths/Weaknesses:**

S = v-Scale Score  
 - Median ≥ 2  
 W = v-Scale Score  
 - Median ≤ 2

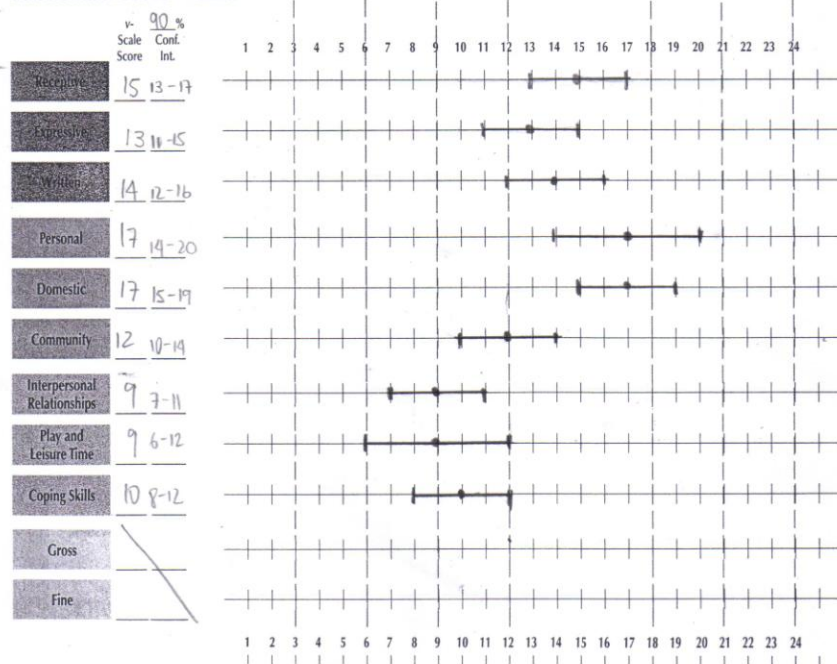
### VINELAND™-II SCORE PROFILE



#### Domain Score Profile



#### Subdomain Score Profile



## ANEXO N: BASC-2 PRS (ESCALA DE PADRES)

<b>Escalas evaluativas de los padres: Niño</b> Formulario para computadora	<b>PRS-C</b> Edades 6 a 11
<h1 style="margin: 0;">BASC-2™</h1>	
<b>Sistema para evaluar la conducta de niños, segunda edición</b> Cecil R. Reynolds, PhD, y Randy W. Kamphaus, PhD	
Nombre del niño/ de la niña _____ <small>Primero Segundo Apellido</small> Fecha <u>09 09 2014</u> <small>Mes Día Año</small> Fecha de nacimiento de su niño(a) <u>05 10 2003</u> <small>Mes Día Año</small> Escuela _____ Grado <u>3mo</u> Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino Edad <u>11</u> Otros datos _____	Su nombre _____ <small>Primero Segundo Apellido</small> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Su relación con el niño/la niña: <input checked="" type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro _____
<p><b>Instrucciones:</b></p> <p>En las páginas siguientes aparecen frases que describen cómo pueden actuar los niños. Lea cada frase, y marque la respuesta que describa cómo se ha comportado este niño/esta niña recientemente (durante los últimos meses).</p> <p style="padding-left: 40px;">         Seleccione la <b>N</b> si <b>nunca</b> ha tenido esa conducta.          Seleccione la <b>A</b> si sólo <b>a veces</b> ha tenido esa conducta.          Seleccione la <b>F</b> si <b>frecuentemente</b> ha tenido esa conducta.          Seleccione la <b>S</b> si <b>casi siempre</b> ha tenido esa conducta.       </p> <p><b>Por favor marque todos los ítems.</b> Si no sabe o no está seguro(a) de cómo responder a un ítem, marque lo que más se le aproxime.</p> <p><b>Cómo marcar sus respuestas</b></p> <p>Use un lápiz o un bolígrafo de punta redonda; no use rotulador de punta de fieltro, plumón, ni marcador. Presione bien, y asegúrese de encerrar completamente en un <b>círculo</b> la letra que escogió, así:</p> <p style="text-align: center;">N    <b>(A)</b>    F    S</p> <p>Si quiere cambiar una respuesta, tache bien con una X la que había marcado y encierre en un círculo su nueva respuesta, así:</p> <p style="text-align: center;">N    <del>(A)</del>    <b>(F)</b>    S</p> <p><b>Antes de empezar, asegúrese de escribir toda la información en las casillas que están arriba de las instrucciones.</b></p>	
<p><b>PEARSON</b></p> <p><small>Copyright © 2004 NCS Pearson, Inc. All rights reserved.</small></p>	<p>Product Number 30121</p>
<b>PRS-C Edades 6 a 11</b>	

Recuerde: N – nunca	A – a veces	F – frecuentemente	S – casi siempre
1. Comparte sus juguetes o pertenencias con otros niños. ....	N A F		S
2. Come demasiado. ....	N A F		S
3. Le cuesta trabajo seguir las rutinas normales. ....	N	A F	S
4. Da buenas sugerencias para resolver problemas. ....	N	A F	S
5. Se preocupa. ....	N A	F	S
6. Le es difícil esperar su turno. ....	N A	F	S
7. Se molesta fácilmente por los demás. ....	N A F		S
8. Se burla y fastidia a los demás. ....	N A	F	S
9. Presta atención sólo por corto tiempo. ....	N A	F	S
10. Se molesta fácilmente. ....	N A	F	S
11. Hace cosas extrañas. ....	N A	F	S
12. Se preocupa de lo que piensan los maestros. ....	N	A F	S
13. Es demasiado serio(a). ....	N A	F	S
14. Se recupera con facilidad después de un contratiempo. ....	N A	F	S
15. Desobedece. ....	N A	F	S
16. Tiene facilidad para conseguir amigos. ....	N A	F	S
17. Presta atención. ....	N A	F	S
18. Se queja de que otros le molestan. ....	N A	F	S
19. Se une a clubes o grupos sociales. ....	N A	F	S
20. Es incapaz de actuar calmadamente. ....	N A	F	S
21. Se niega a participar en actividades de grupos. ....	N A	F	S
22. Le dan convulsiones. ....	N A	F	S
23. Balbucea para sí mismo(a) cosas sin sentido. ....	N A	F	S
24. Intimida a otras personas. ....	N A	F	S
25. Cambia su rumbo para evitar tener que saludar a alguien. ....	N A	F	S
26. Le pega a otros niños. ....	N A	F	S
27. Come cosas que no son alimentos. ....	N A	F	S
28. Lloro fácilmente. ....	N A	F	S
29. Roba. ....	N A	F	S
30. Expresa temor a enfermarse. ....	N A	F	S
31. Felicita a los demás cuando les suceden cosas buenas. ....	N A	F	S
32. Le preocupa cometer errores. ....	N A	F	S
33. Se apacigua fácilmente cuando está enojado(a). ....	N A	F	S
34. Da su número de teléfono cuando se lo piden. ....	N A	F	S
35. Actúa de una manera segura. ....	N A	F	S
36. Inicia actividades por sí mismo(a). ....	N A	F	S
37. Se preocupa de lo que piensan los padres. ....	N A	F	S
38. Interrumpe las actividades de otros niños. ....	N A	F	S
39. Organiza bien sus quehaceres y otras tareas. ....	N A	F	S
40. Discute con los padres. ....	N A	F	S
41. Escucha las instrucciones que se le dan. ....	N A	F	S
42. Dice, "nadie me comprende". ....	N A	F	S
43. Actúa confuso(a). ....	N A	F	S
44. Se preocupa por el trabajo de la escuela. ....	N A	F	S
45. Es temeroso(a). ....	N A	F	S
46. Se adapta bien a los cambios en la rutina. ....	N A	F	S
47. Desobedece las reglas. ....	N A	F	S
48. Evita competir con otros niños. ....	N A	F	S
49. Presta atención cuando se le habla. ....	N A	F	S
50. Se queja de no tener amistades. ....	N A	F	S
51. Tiene habilidad para lograr que otros trabajen juntos. ....	N A	F	S
52. Actúa fuera de control. ....	N A	F	S
53. Otros niños le escogen al último para jugar. ....	N A	F	S
54. Se queja de dolores. ....	N A	F	S
55. Repite un pensamiento una y otra vez. ....	N A	F	S
56. Discute cuando no consigue lo que quiere. ....	N A	F	S
57. Es tímido(a) con otros niños. ....	N A	F	S
58. Amenaza con hacerle daño a otras personas. ....	N A	F	S
59. Tiene problemas del estómago. ....	N A	F	S
60. Dice, "no le caigo bien a nadie". ....	N A	F	S
61. Miente para salirse de apuros. ....	N A	F	S
62. Dice, "creo que estoy enfermo(a)". ....	N A	F	S
63. Anima (estimula) a la gente a que hagan las cosas lo mejor posible. ....	N A	F	S
64. Se esfuerza demasiado en complacer a los demás. ....	N A	F	S
65. Se adapta bien a los maestros nuevos. ....	N A	F	S
66. Habla con frases cortas que son difíciles de entender. ....	N A	F	S
67. Se fija metas que son realistas. ....	N A	F	S
68. Es creativo(a). ....	N A	F	S
69. Es nervioso(a). ....	N A	F	S



Recuerde: N – nunca	A – a veces	F – frecuentemente	S – casi siempre
70. Juguetea nerviosamente con objetos durante las comidas. ....	N	A	F S
71. Ofrece su ayuda para limpiar la casa. ....	N	A	F S
72. Molesta a los demás a propósito. ....	N	A	F S
73. Se distrae fácilmente. ....	N	A	F S
74. Tiene una actitud negativa. ....	N	A	F S
75. Parece no estar en contacto con la realidad. ....	N	A	F S
76. Sabe contestar el teléfono. ....	N	A	F S
77. Se preocupa de cosas que no se pueden cambiar. ....	N	A	F S
78. Se adapta bien a los cambios de planes de la familia. ....	N	A	F S
79. Engaña a los demás. ....	N	A	F S
80. Se integra rápidamente a las actividades de grupo. ....	N	A	F S
81. Presenta sus ideas con poca claridad. ....	N	A	F S
82. Dice, "no tengo ningún amigo(a)". ....	N	A	F S
83. Generalmente le eligen como líder. ....	N	A	F S
84. Es demasiado activo(a). ....	N	A	F S
85. Ofrece ayuda a otros niños. ....	N	A	F S
86. Tiene dolores de cabeza. ....	N	A	F S
87. Actúa como si otros niños no estuvieran presentes. ....	N	A	F S
88. Trata de yengarse de los demás. ....	N	A	F S
89. Muestra miedo frente a gente desconocida. ....	N	A	F S
90. Se enfada muy fácilmente. ....	N	A	F S
91. Se queja de su salud. ....	N	A	F S
92. Dice, "quiero morirme" u "ojalá estuviera muerto(a)". ....	N	A	F S
93. Hace cosas a escondidas/ a hurtadillas. ....	N	A	F S
94. Se enferma. ....	N	A	F S
95. Elogia o da cumplidos a otras personas. ....	N	A	F S
96. Parece no percibir la presencia de los demás. ....	N	A	F S
97. Es cruel con los animales. ....	N	A	F S
98. Tiene dificultad para explicar las reglas de los juegos a los demás. ....	N	A	F S
99. Presta atención a los aspectos de seguridad personal. ....	N	A	F S
100. Dice lo que piensa si la situación lo requiere. ....	N	A	F S
101. Dice, "tengo miedo de equivocarme". ....	N	A	F S
102. Interrumpe a otras personas cuando están hablando. ....	N	A	F S
103. Le cuesta trabajo abrocharse los botones de la ropa. ....	N	A	F S
104. Insulta a otros niños. ....	N	A	F S
105. Escucha atentamente. ....	N	A	F S
106. Dice, "me odio a mí mismo(a)". ....	N	A	F S
107. Oye ruidos que no existen. ....	N	A	F S
108. Puede expresar sus sentimientos con claridad. ....	N	A	F S
109. Dice, "no soy muy bueno(a) para esto". ....	N	A	F S
110. Tiene una buena actitud. ....	N	A	F S
111. Miente. ....	N	A	F S
112. Evita a otros niños. ....	N	A	F S
113. Busca información cuando la necesita. ....	N	A	F S
114. Está triste. ....	N	A	F S
115. No oye bien. ....	N	A	F S
116. Actúa sin pensar. ....	N	A	F S
117. Trata de que otras personas den lo mejor de sí mismas. ....	N	A	F S
118. Le dan fiebres. ....	N	A	F S
119. Fija la vista en el espacio. ....	N	A	F S
120. Duerme con sus padres. ....	N	A	F S
121. Le es difícil hacer nuevas amistades. ....	N	A	F S
122. Responde apropiadamente cuando le hacen una pregunta. ....	N	A	F S
123. Tiene miedo de enfermarse. ....	N	A	F S
124. Parece sentirse solo(a). ....	N	A	F S
125. Desobedece las reglas sólo para ver qué pasa. ....	N	A	F S
126. Se queja de estar enfermo(a) cuando no tiene nada. ....	N	A	F S
127. Ofrece su ayuda para hacer cosas. ....	N	A	F S
128. Dice cosas que no tienen sentido. ....	N	A	F S
129. Vomita después de comer. ....	N	A	F S
130. Expresa sus experiencias personales con claridad. ....	N	A	F S
131. Necesita que le recuerden cepillarse los dientes. ....	N	A	F S
132. Toma decisiones fácilmente. ....	N	A	F S
133. Dice, "todo es por mi culpa". ....	N	A	F S
134. Interrumpe a los padres cuando hablan por teléfono. ....	N	A	F S
135. Se orina y ensucia en la ropa cuando necesita ir al baño. ....	N	A	F S
136. Es cruel con los demás. ....	N	A	F S

Recuerde: N – nunca

A – a veces

F – frecuentemente

S – casi siempre

137. Se cae. .... N A F S  
 138. Dice, "quiero matarme". .... N A F S  
 139. Ve cosas que no existen. .... N A F S  
 140. Toma mensajes con exactitud. .... N A F S  
 141. Le preocupa la opinión de otros niños. .... N A F S  
 142. Es terco(a). .... N A F S  
 143. Comienza incendios. .... N A F S  
 144. Prefiere estar solo(a). .... N A F S  
 145. Le cuesta trabajo obtener información cuando la necesita. .... N A F S  
 146. Come muy poco. .... N A F S  
 147. Se va de casa sin permiso. .... N A F S  
 148. Tiene poco control de sí mismo(a). .... N A F S  
 149. Muestra interés en las ideas de otros. .... N A F S  
 150. Vomita. .... N A F S  
 151. Expresa sentimientos que no corresponden a la situación en particular. .... N A F S  
 152. Tiene problemas de los ojos. .... N A F S  
 153. Es tímido(a) con los adultos. .... N A F S  
 154. Se comunica claramente. .... N A F S  
 155. Se orina en la cama. .... N A F S  
 156. Cambia de humor rápidamente. .... N A F S  
 157. Se mete en problemas. .... N A F S  
 158. Se queja de falta de aire. .... N A F S  
 159. Dice, "por favor" y da las gracias. .... N A F S  
 160. Actúa de manera extraña. .... N A F S



Copyright © 2004 NCS Pearson, Inc. All rights reserved.

**Warning:** No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner. 800.627.7271 www.PearsonAssessments.com

**BASC, Pearson, the PSI logo, and PsychCorp** are trademarks in the U.S. and/or other countries of Pearson Education, Inc., or its affiliate(s).

A 0 9 8



## ANEXO O: BASC-2 SRP-C (AUTO-REPORTE)

PRE

**Autoreporte: Niño**  
Formulario para computadora

**SRP-C**  
Edades  
8 a 11

# BASC-2

**Sistema para evaluar la conducta de niños, segunda edición**  
Cecil R. Reynolds y Randy W. Kamphaus

Tu nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: 10 07 2009  
Primero Segundo Apellido Mes Día Año

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: 4to Fecha de nacimiento: 05 10 2000  
Mes Día Año

Sexo:  Niña  Niño Edad: 11 Otros datos: \_\_\_\_\_

---

**Instrucciones:**

El folleto contiene frases que indican cómo piensan, se sienten, o actúan algunos niños y niñas. Lee cada frase cuidadosamente. Para el primer grupo de frases, tendrás dos opciones como respuesta: **V** o **F**.

Marca la **V** de **verdadero** si estás de acuerdo con una frase.

Marca la **F** de **falso** si no estás de acuerdo con una frase.

Aquí hay un ejemplo:

1. Me gustan las fiestas.  V  F

Para el segundo grupo de frases, tendrás cuatro opciones como respuesta: **N**, **A**, **F**, y **S**.

Marca la **N** si la frase **nunca** te describe a ti o a la manera en que te sientes.

Marca la **A** si la frase **a veces** te describe a ti o a la manera en que te sientes.

Marca la **F** si la frase **frecuentemente** te describe a ti o a la manera en que te sientes.

Marca la **S** si la frase **casi siempre** te describe a ti o a la manera en que te sientes.

Aquí hay un ejemplo:

2. Disfruto al hacer mi tarea.  N  A  F  S

Si quieres cambiar una respuesta, tacha bien con una X la que habías marcado, y encierra en un círculo tu nueva respuesta, así:

2. Disfruto al hacer mi tarea.  N  A  F  S

Marca la respuesta que mejor te describa a ti en cada frase, aunque se te haga difícil decidir. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Haz lo que puedas, di la verdad y contesta todas las frases.

**Antes de empezar, asegúrate de escribir toda la información en la casilla que está arriba de estas instrucciones.**

**PEARSON**

Copyright © 2004  
NCS Pearson, Inc.  
All rights reserved.

Product Number 30123

SRP-C Edades 8 a 11

Marca: V – Verdadero F – Falso

1. Las cosas me salen mal, aun cuando pongo mucho esfuerzo.  V  F
2. Tengo muchísimas ganas de que terminen las clases.  V  F
3. Todas las personas que conozco me caen bien.  V  F
4. Nada jamás me sale bien.  V  F
5. Creo que soy una buena persona.  V  F
6. Mis padres siempre me están diciendo lo que tengo que hacer.  V  F
7. Tengo algunos malos hábitos.  V  F
8. Me preocupo por cosas que tienen poca importancia.  V  F
9. La gente me dice que debo prestar más atención.  V  F
10. A veces, cuando estoy solo(a), oigo mi nombre.  V  F
11. Siempre me voy a la cama a la hora correcta.  V  F
12. No les caigo bien a mis compañeros de clase.  V  F
13. Yo siempre digo la verdad.  V  F
14. Antes era más feliz.  V  F
15. Nunca me meto en problemas.  V  F
16. Nunca he estado en un auto/carro.  V  F
17. Nada me sale como yo quisiera.  V  F
18. Mis padres siempre tienen la razón.  V  F
19. Tengo demasiados problemas.  V  F
20. Me gustaría ser diferente.  V  F
21. Les cuento todo a mis padres.  V  F
22. Nunca he dormido.  V  F
23. Si tengo un problema, normalmente puedo solucionarlo.  V  F
24. Parece que nunca hago nada bien.  V  F
25. Mis amigos se divierten más que yo.  V  F
26. Nunca he sido malo con nadie.  V  F
27. A veces me enoja con mis padres.  V  F
28. No soy muy bueno(a) para nada.  V  F
29. Nadie jamás me escucha.  V  F
30. Mis padres me culpan por muchos de sus problemas.  V  F
31. No me gusta pensar en mis estudios escolares.  V  F
32. Mi maestro(a) me entiende.  V  F
33. A mí ya nada me divierte.  V  F
34. Me gusta cómo soy.  V  F
35. Parece que no puedo controlar lo que me pasa.  V  F
36. Nunca desobedezco las reglas.  V  F
37. Frecuentemente me preocupo de que me pueda ocurrir algo malo.  V  F
38. Me parece que no puedo concentrarme por largo tiempo.  V  F
39. A veces quiero hacerme daño a mí mismo(a).  V  F
40. A menudo actúo sin pensar.  V  F
41. A los demás niños no les gusta estar conmigo.  V  F
42. Creo que soy muy creativo(a).  V  F
43. Parece que no puedo hacer nada bien.  V  F
44. No me interesan mis estudios.  V  F
45. Me gusta quien soy.  V  F
46. Nada acerca de mí está bien.  V  F
47. Me es difícil prestar atención.  V  F
48. Ya no me importa nada.  V  F
49. Quisiera ser otra persona.  V  F
50. No tengo dientes.  V  F
51. Siempre hago lo que mis padres me dicen.  V  F

Marca: N – nunca A – a veces  
F – frecuentemente S – casi siempre

52. Soy bueno(a) para hacer mis tareas de la escuela.  N  A  F  S
53. Cuando tomo pruebas o exámenes, no puedo pensar.  N  A  F  S
54. La gente me dice cosas malas.  N  A  F  S
55. Tengo pensamientos molestos sobre la muerte.  N  A  F  S
56. Yo veo cosas que los demás no pueden ver.  N  A  F  S
57. Me cuesta mucho concentrarme en las tareas de la escuela.  N  A  F  S
58. Mis padres esperan demasiado de mí.  N  A  F  S
59. Siento deseos de dejar la escuela/mis estudios.  N  A  F  S
60. Los maestros me hacen sentir estúpido(a).  N  A  F  S
61. Me siento deprimido(a).  N  A  F  S
62. Me gusta cómo me veo.  N  A  F  S

Marca: N – nunca    A – a veces    F – frecuentemente    S – casi siempre

63. Me culpan de cosas que yo no hago. .... N  A F S
64. Mi maestro(a) está orgulloso(a) de mí. .... N A  F S
65. Tengo miedo de que yo podría hacer algo malo. .... N A F  S
66. Se me olvidan las cosas. .... N  A F S
67. Siento que la gente está contra mí. .... N  A F S
68. Me cuesta trabajo estar parado(a) y quieto(a) en las filas. .... N  A F S
69. Otros niños odian estar conmigo. .... N  A F S
70. Puedo resolver problemas difíciles por mí mismo(a). .... N  A F S
71. Nadie me entiende. .... N  A F S
72. Odio la escuela. .... N  A F S
73. No me gusta mi apariencia. .... N  A F S
74. Me siento triste. .... N A  F S
75. Presto atención cuando me están hablando. .... N  A F S
76. Siento que mi vida va de mal en peor. .... N  A F S
77. Me disgusta mi apariencia. .... N  A F S
78. Alguien más controla mis pensamientos. .... N  A F S
79. Me siento solo(a). .... N  A F S
80. Soy un(a) amigo(a) digno(a) de confianza. .... N A F  S
81. Me siento desilusionado(a) con mis calificaciones. .... N A  F S
82. A mí me excluyen de las cosas que pasan. .... N  A F S
83. Me pongo nervioso(a). .... N  A F S
84. Bebo 50 vasos de leche al día. .... N  A F S
85. Fracaso aun cuando me esfuerzo. .... N  A F S
86. Me molesta no poder dormir lo suficiente. .... N  A F S
87. Me siento a gusto en la escuela. .... N  A F S
88. Mi maestro(a) se enoja conmigo sin tener una buena razón. .... N  A F S
89. Mi mamá y mi papá me ayudan si se los pido. .... N A F  S
90. Me cuesta trabajo sentarme quieto(a). .... N  A F S
91. Me culpan de cosas que no puedo evitar. .... N  A F S
92. Si recibo bajas calificaciones es porque no le caigo bien al maestro(a). .... N  A F S
93. Le tengo miedo a muchas cosas. .... N  A F S
94. Me cuesta trabajo prestar atención a lo que estoy haciendo. .... N  A F S
95. Veo cosas raras o extrañas. .... N  A F S
96. La gente me dice que soy terco(a). .... N  A F S
97. Mis compañeros de clase se burlan de mí. .... N  A F S
98. Soy bueno(a) para tomar decisiones. .... N  A F S
99. La gente me dice que soy muy escandaloso(a). .... N  A F S
100. Es fácil hablar con mis padres. .... N  A  F S
101. A mi mamá y a mi papá les gustan mis amigos. .... N  A F S
102. Fracaso en las cosas. .... N  A F S
103. Me meto en problemas por no prestar atención. .... N  A F S
104. Cosas sin importancia me molestan. .... N  A F S
105. Duermo con mis libros de la escuela. .... N  A F S
106. Oigo cosas que los demás no pueden oír. .... N  A F S
107. Me siento incómodo(a) entre la gente. .... N  A F S
108. Otros pueden contar conmigo. .... N  A F S
109. Me siento orgulloso(a) de mis padres. .... N A F  S
110. Estoy molesto(a) porque los demás se burlan de mí. .... N A  F S
111. Me preocupo sin saber por qué. .... N  A F S
112. Mis padres están orgullosos de mí. .... N A  F S
113. Me enoja con otras personas. .... N A  F S
114. Me preocupo cuando me voy a dormir por la noche. .... N  A F S
115. La escuela me aburre. .... N  A F S
116. Mi maestro(a) confía en mí. .... N  A F  S
117. Mis padres confían en mí. .... N A F  S
118. Yo hablo cuando otras personas están hablando. .... N  A F S
119. La gente se enoja conmigo, aunque no haya hecho nada malo. .... N  A F S
120. Los maestros son injustos. .... N  A F S

Marca: N – nunca    A – a veces    F – frecuentemente    S – casi siempre

121. Me pongo tan nervioso(a) que no puedo respirar. .... N A F S
122. Me doy por vencido(a) cuando estoy aprendiendo algo nuevo. .... N A F S
123. Aun cuando estoy solo(a), siento que alguien me está mirando. .... N A F S
124. La gente me dice que me quede quieto(a). .... N A F S
125. Siento que no le caigo bien a nadie. .... N A F S
126. Soy responsable. .... N A F S
127. Yo hablo sin esperar a que otras personas digan algo. .... N A F S
128. Me gusta irme a acostar en la noche. .... N A F S
129. A mis padres les gusta ayudarme con mis tareas escolares. .... N A F S
130. Quiero mejorar, pero no puedo. .... N A F S
131. Me cuesta trabajo prestar atención al maestro(a). .... N A F S
132. Me preocupo por lo que va a pasar. ... N A F S
133. Mis padres escuchan lo que digo. .... N A F S
134. Oigo voces en mi mente que nadie más puede oír. .... N A F S
135. Otras personas me encuentran defectos. .... N A F S
136. Los demás se burlan de mí. .... N A F S
137. Me gusta ir a lugares con mis padres. .... N A F S
138. La gente actúa como si no me escuchara. .... N A F S
139. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen bien. .... N A F S

**PEARSON**

**WARNING:** Professional use only; resale not permitted. No part of this publication may be copied, reproduced, modified, or transmitted by any means, electronic or mechanical, without written permission from NCS Pearson, Inc., PO Box 1416, Minneapolis, MN 55440. 800-627-7271 PearsonAssessments.com

A 0 9 8 7 6 5