

M^a C. Jané Ballabriga
R. M^a Capdevila Escudé
E. Domènech Llaberia

Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Autónoma de Barcelona

“Escala d’avaluació dels trets autistes (A.T.A.)”. Validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas

The “Escala d’avaluació dels trets autistes. (A.T.A.)”. Validity and reliability of the scale for the assessment of autistic behaviour

RESUMEN

La escala “Avaluació dels Trets Autistes” consta de 23 items y ha sido especialmente diseñada para un primer estudio diagnóstico del síndrome autista. La descripción y el desarrollo de la escala junto con los estudios de validez y fiabilidad de la misma son presentados en este artículo. Los resultados sugieren que la escala ATA es un instrumento aceptable en la valoración de las conductas autistas, fácil de utilizar y accesible a los profesionales de las áreas médico-educativas.

PALABRAS CLAVE

Síndrome autista; Características conductuales; Propiedades psicométricas; Validez; Fiabilidad; Medida de la conducta autista.

ABSTRACT

The scale “Avaluació dels Trets Autistes (ATA)”, is a 23-item paper-and pencil rating scales specifically designed for the measurement of behavioral parameters in autistic children. The development of the scales, the validity, and reliability studies are presented in this paper. The results suggest that the ATA is an acceptable tool for the assessment of autistic behaviors, easy to handle, and accessible to both professionals and paraprofessionals of the medico-educative staff. However, more work is suggested to further investigate the psychometric properties of this behavior assessment instrument.

KEY WORDS

Autistic syndrome; Behavioural parameters; Psychometric properties; Validity; Reliability; Assessment of autistic behaviour.

INTRODUCCIÓN

Presentamos en este trabajo una escala original para evaluar a niños autistas. El objetivo es construir una escala fácil de aplicación, útil para un primer diagnóstico del Autismo.

La *Escala d'Avaluació dels Trets Autistes*, nace a partir de la discusión de cuáles considerábamos que eran los rasgos más significativos de este síndrome. En un principio, se tuvo en cuenta la mayor parte de los aspectos analizados e incluidos en otros instrumentos de evaluación y diagnóstico del Autismo. Asimismo, se partió de aquellas características que nosotros encontrábamos constantemente en la conducta de estos niños y que no estaban presentes en los instrumentos de evaluación de los cuales teníamos conocimiento. Esta primera evaluación fue realizada por tres profesionales con años de experiencia en el tratamiento y diagnóstico del Síndrome (dos psicólogos clínicos y un psiquiatra infantil).

La decisión de crear este nuevo instrumento fue largamente gestada y discutida, pero a nuestro entender, desde que empezamos a trabajar con niños autistas según los criterios de Kanner⁽¹⁾. En función de los criterios de diagnóstico de Rutter y Lockyer⁽²⁾, muchos niños presentaban el Síndrome Autista y también el Retraso Mental. Desde 1967 a 1980 aparecieron varios criterios de diagnóstico para el Síndrome Autista, pero en 1980 con la aparición del DSM-III⁽³⁾ se unificaron muchos de estos criterios.

Con la aparición del DSM-III-R⁽⁴⁾ los criterios varían y se diagnostican muchos más niños⁽⁵⁾. Se había observado que el Síndrome de Kanner no era una condición específica aunque era un pequeño segmento de un espectro más amplio de desórdenes⁽⁶⁾. Hertzog⁽⁷⁾, indica que el diagnóstico del Autismo, en este momento, incluye un largo y más variado grupo de niños que no antes, quizás debido a que los criterios de diagnóstico del DSM-III-R⁽⁴⁾ implican una definición más libre. Es preciso analizar síntoma por síntoma para realizar un diagnóstico eficaz dado que muy frecuentemente, estos síntomas son lo primero que se presenta y lo que es más evidente del Síndrome Autista⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En nuestra opinión muchos de los instrumentos de diagnóstico del Autismo revisados incluyen algunos ítems que no pertenecen al Síndrome Autista. Por otra parte, existen unos rasgos específicos que nuestra experiencia nos lleva a considerar como puntos de refe-

rencia para el diagnóstico. Además, hay instrumentos muy conocidos e interesantes como el Cuestionario E2⁽¹¹⁾ y la Escala HBS⁽¹²⁾ que a la hora de aplicarlos resultan muy complicados.

Al considerar la escala nos hemos propuesto tres objetivos: que sea fácil de aplicar, que el número de ítems no sea excesivo y que se pueda administrar en un tiempo que no supere los 20-25 minutos.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA

La escala ATA consta de 23 subescalas cada una de las cuales se halla dividida en diferentes ítems (Tabla 1).

En la construcción de la escala ATA, se han tenido en cuenta los criterios de diagnóstico base del DSM-III⁽³⁾; del DSM-III-R⁽⁴⁾ y la ICD-10⁽¹³⁾. De los criterios de diagnóstico del DSM-III⁽³⁾, se han incluido en la escala ATA los cuatro criterios fundamentales; del DSM-III-R⁽⁴⁾, se han tenido en cuenta diez de sus ítems y de la ICD-10⁽¹³⁾, sus criterios descriptivos y los adicionales están presentes en once de los 23 subescala de la ATA. En total, quince subescalas de la ATA son representativas de los tres criterios de diagnóstico base del Autismo. El resto de las ocho subescalas no se hallan en ninguno de los tres criterios básicos y únicamente las subescalas 8, 10 y 15 son apuntadas como ítems adicionales en las escalas ERCN, PPBS, ERC-III A y la escala de Riviére.

Las subescalas números 1, 16 y 21, son las que se presentan con más frecuencia en los 20 instrumentos de diagnóstico revisados pero hay que tener en cuenta que estas tres subescalas son las más típicamente representativas del Síndrome Autista.

En resumen, la escala ATA es un instrumento de fácil aplicación y accesible a los profesionales que mantienen un contacto directo con los niños autistas. La escala da información del estado clínico actual del niño. Es una escala que está diseñada para ser contestada por aquellas personas que mantienen un contacto directo con el niño como los padres y educadores. La escala ha de ser aplicada por un profesional clínico conocedor del Síndrome dado que éste es el responsable de evaluar las respuestas dadas en función de cada ítem. *No es una entrevista*, es una prueba estandarizada que nos dará el perfil conductual del niño en base a los diferentes criterios de diagnóstico. Se basa en la observación y permite hacer un seguimiento longitudinal de la evolu-

Tabla 1 "Escala d'avaluació dels trets autistes" (ATA).
Versión castellana

Subescala	0 1 2
1. Dificultad de la interacción social.	
2. Manipulación del ambiente.	
3. Utilización de las pers.	
4. Resistencia al cambio.	
5. Búsqueda de un orden estricto.	
6. Mirada indefinida. Falta de contacto.	
7. Inexpresividad facial.	
8. Problemas del sueño.	
9. Alteraciones alimentarias.	
10. Dificultad en el control de los esfínteres.	
11. Exploración de los objetos (toc, huele, chupa).	
12. Uso inapropiado de los objetos.	
13. Falta de atención.	
14. Ausencia de interés por el aprendizaje.	
15. Pereza.	
16. Alteraciones del lenguaje y de la comunicación.	
17. Encubrimiento de habilidades y conocimientos.	
18. Reacciones inapropiadas ante frustración.	
19. Omisión de cualquier obligación.	
20. Hiperactividad / Hipoactividad.	
21. Movimientos estereotipados y repetitivos.	
22. Ignorancia del peligro.	
23. Aparición anterior a los 30 meses.	

ción de la sintomatología autista. Esta escala ayuda al profesional clínico a elaborar con la ayuda de los criterios de diagnóstico adecuados, un diagnóstico más fiable del Síndrome.

La escala ATA se administrará después de tener una buena información de los datos clínicos y evolutivos del niño. Asimismo, podrá ser una ayuda en el proceso de tratamiento y así, servirá *a posteriori*, para evaluar la evolución del niño y afianzar la intervención terapéutica de los profesionales. Se puede aplicar a partir de los dos años de edad. El hecho de que la escala tenga unos ítems muy específicos, comporta que el tiempo necesario para su aplicación sea muy bajo, de 20 a 25 minutos. La escala se puntuará en base a los siguientes criterios: cada subescala de la prueba tendrá un valor de 0 a 2; se puntuará la subescala positiva en el momento en que uno de sus ítems sea positivo (ver anexo Glosario); la puntuación global de la escala se obtendrá a partir de la suma aritmética de todos los valores positivos de las subescalas. El punto de corte que nosotros proponemos es el 20 que está apoyado por los análisis de fiabilidad y de Validez de la escala ATA.

ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA

Diseño

Se partió de la población de todos los niños escolarizados en los centros de Educación Especial de la Comarca del Vallès Occidental. Iniciamos la primera etapa del diseño con la selección de los probables positivos, partimos de los 43 casos que ya habían sido diagnosticados de autismo por profesionales ajenos al estudio. Estos 43 casos son diagnosticados por dos psicólogos clínicos a partir de los criterios de diagnóstico del DSM-III⁽³⁾ y del DSM-III-R⁽⁴⁾. A partir de la muestra obtenida en base al diagnóstico dado por los criterios base, pasamos a la segunda etapa del diseño, correspondiente a la validación de la escala ATA.

Muestra

La muestra inicial de la cual partimos constaba de 359 casos de niños que asistían a diferentes centros de Educación Especial. De éstos, 43 habían sido diagnosticados de Autistas por diferentes profesionales. De los 43 casos que consideramos iniciales, 9 eran niñas (20,9%) y 34 niños (79,1%). Estos 43 casos iniciales, fueron diagnosticados por dos psicólogos clínicos en base a los criterios de diagnóstico del DSM-III⁽³⁾ y del DSM-III-R⁽⁴⁾.

En la muestra obtenida bajo los criterios de diagnóstico del DSM-III-R⁽⁴⁾ fueron descartados siete sujetos que no cumplían los criterios quedando una muestra de 36 casos de los cuales 5 eran niñas y 31 eran niños, dando una razón por sexo de 6,2 niños por cada niña. Las edades de la muestra se hallaban comprendidas desde los 0 a los 18 años. La distribución del CI de la muestra fue: tres casos con un CI <20; 18 casos con un CI en el intervalo de 20 a 50; 10 casos con un CI en el intervalo de 50 a 70 y 2 casos con un CI >70. La distribución por índice social analizado con la prueba de Hollingshead (1965)⁽⁴⁾ fue de: un caso pertenecía a la clase alta; seis casos a la clase media; cuatro casos a la clase media baja y 23 casos a la clase baja.

En la muestra obtenida bajo los criterios de diagnósticos del DSM-III⁽³⁾ se descartan 14 sujetos, quedando una muestra de 25 niños y 4 niñas con una razón entre sexos de 6,25 niños por cada niña. La distribución del CI. De la muestra fue: tres casos con un CI <20; 12 casos

Tabla 2 Fiabilidad de la utilización

	ATA DSM-III	ATA DSM-III-R
Índice Kappa	0,11	-0,1
Concordancia Observada	0,76	0,89
Concordancia Esperada	0,73	0,90

Tabla 3 Calidad de la observación

	ATA DSM-III	ATA DSM-III-R
Sensibilidad	0,76	0,94
Especificidad	0,11	0
Valor Predictivo (+)	0,77	0,94
Valor Predictivo (-)	0,50	0

presentan un CI entre 20 y 50; nueve casos están en el intervalo de 50 a 70 y tres sujetos tienen un CI superior a 70. La distribución del índice social analizado con la prueba de Hollingshead⁽⁴⁾, fue como sigue: seis sujetos pertenecen a la clase media, dos sujetos pertenecen a la clase media baja y 20 sujetos a la clase baja.

la muestra y tiende a ser igual en muestras de varianzas distintas. El Error Típico de Medida de la escala ATA fue de 3,44.

VALIDEZ EXTERNA

Fiabilidad de la utilización (Reproductibilidad)

Para medir la reproductibilidad de la escala ATA, se ha utilizado el coeficiente de correlación intragrupos Kappa⁽⁵⁾. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 2.

El acuerdo obtenido entre los criterios del DSM-III⁽³⁾ y la escala ATA es bajo (Kappa=0,11) mientras que se produce un desacuerdo de diagnóstico entre la escala ATA y los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ que no era ni mucho menos esperado.

Fiabilidad del contenido de la escala

Para analizar la consistencia interna de la escala se ha utilizado el Coeficiente Alfa de Cronbach⁽⁶⁾. Se obtiene un resultado de Alfa=0,81, este coeficiente se puede considerar alto dado que al ser la muestra muy homogénea cabe esperar un coeficiente de fiabilidad menor de 0,90.

Error típico de medida

Últimamente, se prefiere utilizar el estadígrafo del Error Típico de Medida que no el Coeficiente de correlación en la obtención de la fiabilidad de un test. Este estadígrafo, a diferencia del Coeficiente de correlación, no está afectado por el recorrido de las puntuaciones de

VALIDEZ INTERNA

Calidad de la observación (Tabla 3)

A partir de estos resultados se puede afirmar que la escala ATA es una prueba con una alta sensibilidad respecto a los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾. La sensibilidad que presenta respecto a los criterios del DSM-III⁽³⁾, no es tan buena pero tampoco se puede considerar ineficaz. La Especificidad de la escala ATA es muy baja en función de los criterios del DSM-III⁽³⁾ y nula en función de los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾.

El Valor Predictivo de los resultados positivos de la escala ATA en relación al DSM-III-R⁽⁴⁾, es muy elevado mientras que para los criterios del DSM-III⁽³⁾ el Valor Predictivo de los resultados positivos decrece llegando al 76%. El Valor Predictivo de los resultados negativos de la escala ATA en base a los criterios del DSM-III⁽³⁾ es del 50% mientras que para los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ es del 0%.

Eficiencia de la prueba

El índice de Eficiencia Global hallado para la escala ATA en relación al diagnóstico dado por los criterios del DSM-III⁽³⁾ es del 76% y para los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ es del 94%.

VALIDEZ DEL CRITERIO CONEXO

La escala ATA presenta una validez en base al criterio externo del DSM-III-R⁽⁴⁾ muy elevada (0,5625, $p < 0,001$).

- 258 La validez hallada en base a los criterios del DSM-III⁽³⁾ es más baja (0,2810).

DISCUSIÓN

La propuesta de este estudio era desarrollar un listado conductual válido que pudiera ser utilizado fiablemente para medir los niveles y la aparición de las conductas autistas en los niños con el fin de que sirviera de base para un primer diagnóstico, y posteriormente, pudiera servir de guía en el tratamiento.

La escala contiene un listado de conductas y medidas que son capaces de identificar individualmente los niveles altos de la conducta autista. La escala ATA se basa en la observación directa de las conductas pero los datos que podemos obtener a partir del listado, aunque nos sugieren la existencia de una fuerte relación entre los valores obtenidos en la escala ATA y los datos clínicos conocidos, el diagnóstico dado por la escala ATA no puede suplantar la información que se obtiene a partir de la historia clínica, la dada por las escuelas y la dada por el comportamiento en el seno de la familia. Sin lugar a dudas, un diagnóstico adecuado para el desarrollo individualizado de los niños necesita muchas fuentes de información⁽¹⁷⁾.

En el análisis de las comparaciones halladas en la definición de Autismo dada por la escala ATA y los dos criterios de diagnóstico base que se han utilizado, se deducen los siguientes puntos:

La escala ATA presenta una Sensibilidad en función del DSM-III⁽³⁾ del 76%, una Especificidad del 11%, un Valor Predictivo de los resultados positivos del 77% y un Valor Predictivo de los resultados negativos del 50%. Por tanto, considerando estos resultados y siendo la escala ATA una prueba sensible pero muy poco específica, tendremos que esperar un elevado número de Falsos Positivos pero a la vez, descubriremos muchos individuos sospechosos, y por tanto podemos considerar a la escala ATA una buena prueba para la detección del Síndrome Autista.

Dado que los Valores Predictivos dependen explícitamente de la Sensibilidad, Especificidad y de la Prevalencia de la enfermedad y teniendo en cuenta que la escala ATA presenta un Valor Predictivo positivo alto (75%) hallamos un contraste con lo que cabría esperar dada la baja Prevalencia que presenta el Síndrome Autista. Por otra parte, si tomamos en consideración el

Valor Predictivo de los resultados negativos (50%) hallamos también que contrasta con lo que cabría esperar debido a la baja Prevalencia⁽¹⁸⁾.

La escala ATA presenta una Sensibilidad en función de los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ del 94%, una Especificidad del 0%, un Valor Predictivo de los resultados positivos del 94% y un Valor Predictivo de los resultados negativos del 0%; teniendo en cuenta estos resultados podemos considerar a la escala ATA como una prueba muy sensible en base a los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾, no obstante su Especificidad en base a los mismos criterios es nula, este hecho nos indica que podemos esperar un alto número de falsos positivos. Debido a su alta Sensibilidad consideramos esta escala un buen instrumento para la detección de los posibles afectados por el Síndrome. Partiendo de la base de que la escala ATA ha sido construida a partir de una perspectiva muy amplia en cuanto a presentación de los rasgos autistas, no nos puede extrañar que su valor en la Sensibilidad sea alto y presente una nula Especificidad.

En la Validez del criterio conexo, la escala ATA da un coeficiente de $r=0,5625$, $p<0,001$ y por tanto se considera muy buena. Este hecho no debe extrañarnos debido a que las bases de su construcción presentan unos criterios poco restrictivos al igual que los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾.

El hecho más remarcable de la relación existente entre el diagnóstico dado por la escala ATA y el obtenido por los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ da un desacuerdo del 10%. Estos datos estadísticos no eran esperados ya que lógicamente debería haber un alto nivel de acuerdo entre el diagnóstico obtenido en base a la escala ATA y el diagnóstico obtenido en base a los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾, ya que la concordancia observada entre ambos diagnósticos fue del 89%; pero lo que también es cierto, es que la concordancia esperada es 0,01, más alta que no la observada, y este hecho simplemente nos puede indicar que los criterios de diagnóstico dados por la escala ATA son o más restrictivos o más laxos que los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión se puede afirmar que *L'Escala d'Avaluació dels Trets Autistes (ATA)*, es un buen instrumento para la detección del Síndrome Autista, y será

por lo tanto un buen utensilio para un primer cribaje del síndrome. Debido a una buena consistencia interna, la escala ATA es un instrumento con una alta fiabilidad. Es un instrumento muy sensible pero poco específico y

por tanto adecuado para un primer screening del Síndrome Autista. Los datos estadísticos analizados nos permiten afirmar que la escala ATA es un instrumento válido para medir los rasgos autistas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Kanner L. Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child* 1943;2:217-250.
- 2 Rutter M, Lockyer L. A five-to-fifteen year follow-up study of infantile psychoses. I Description of the sample. *British Journal of Psychiatry* 1967;113:1169-1182.
- 3 American Psychiatric Association. *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington DC: APA, 1980.
- 4 American Psychiatric Association. *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington DC: APA, 1987.
- 5 Volkmar FR, Cichetti DV, Dykens E, Sparrow SS, Leckman JF, Cohen DJ. An evaluation of the Autism Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 1988;18:81-97.
- 6 Wing L, Attwood A. Syndromes of autism and atypical development. En: Cohen DJ, Donnellan AM, Paul S, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Development Disorders*. New York: Wiley, 1987:3-19.
- 7 Hertzog ME. DSM-III and DSM-III-R diagnosis of autism and pervasive developmental disorders in nursery school children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:123-126.
- 8 Dahlgren SO, Gillberg C. Symptoms in the first two years of life. A preliminary population study of infantile autism. *European Archives of Psychiatric and Neurological Sciences* 1989;386:1-6.
- 9 Ornitz E. Autism: A disorder of directed attention. *Brain Dysfunction* 1989;1:309-322.
- 10 Gillberg C. Infantile autism: diagnosis and treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;81:209-215.
- 11 Rimland BJ. *Infantile autism*. New York: Appleton-Century Crofts, 1964.
- 12 Wing L. *Autistic children: A guide for parents*. Londres: Constable, 1975.
- 13 World Health Organization. *ICD-10. Draft of chapter V, categories F00-F99, mental behavioral and developmental disorders*. Geneva: WHO, 1987.
- 14 Hollingshead AB. *Two factors Index Social Position*. New Haven, Connecticut, 1965.
- 15 Spitzer RL, Fleiss JL. A re-analysis of the reliability for psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 1974;125:341-347.
- 16 Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
- 17 Schopler E, Reichler RJ. *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally delayed children*. Volum I. Psychoeducational Profile. Baltimore: University Park Press, 1979.
- 18 Jenicek M, Cleroux R. *Epidemiología: Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat Medicina, 1988.

1. Dificultad en la interacción social.

La desviación de la sociabilidad puede oscilar entre formas ligeras como por ejemplo un cierto negativismo y la evitación del contacto ocular, hasta formas más severas como un intenso aislamiento.

- 1.1. *Evita a las personas.*
- 1.2. *Falta de aproximaciones espontáneas.*
- 1.3. *No sonríe.*
- 1.4. *No busca compañía.*
- 1.5. *Es incapaz de mantener un intercambio social.*
- 1.6. *Permanece encerrado en su mundo.*
- 1.7. *Busca constantemente su rincón.*

2. Manipulación del ambiente.

El problema de la manipulación del ambiente puede presentarse a nivel espectacular o bien, a nivel más ligero, como por ejemplo, no responder a las propuestas y mantenerse indiferente. El hecho más común es la presentación brusca de rabiets, pataletas, risas incontroladas y sin motivo..., todo ello con el fin de conseguir ser el centro de la atención.

- 2.1. *No responde a las propuestas.*
- 2.2. *Presenta un humor cambiante.*
- 2.3. *Se mantiene indiferente, sin expresión.*
- 2.4. *Risas compulsivas.*
- 2.5. *Pataletas y rabiets.*
- 2.6. *Excitación motriz o verbal (no para de ir de un lugar a otro, empieza a hablar sin parar).*

3. Utilización de las personas de su entorno.

La relación que puede mantener con el adulto casi nunca es una verdadera relación dado que suele tener por norma, valerse de los adultos para conseguir todo lo que en un momento determinado pueda desear o necesitar.

- 3.1. *Utiliza al adulto como un objeto.*
- 3.2. *El adulto le sirve de puente para conseguir lo que desea (ejem. el bote de galletas).*
- 3.3. *El adulto es el medio para cubrir una necesidad (ejem. atarse los zapatos).*
- 3.4. *Si el adulto no responde a sus demandas, actúa presentando una conducta interferente.*

4. Resistencia al cambio.

Las alteraciones pueden variar desde una cierta resistencia a renunciar a un material o a una actividad hasta la presencia de la irritabilidad ante los cambios de materiales y actividades.

- 4.1. *Pide insistentemente mantener la rutina.*
- 4.2. *Gran dificultad en aceptar hechos poco habituales como: cambios de lugar, de vestidos, de alimentos.*
- 4.3. *Presenta resistencia al cambio manteniendo la actividad, los objetos y persistiendo en la misma respuesta.*

5. Búsqueda de un orden estricto.

Se puede observar a partir de las tendencias más o menos presentes de ordenarlo todo hasta llegar a unas conductas obsesivas que no le permiten realizar ninguna actividad hasta el momento que lo vea todo ordenado.

- 5.1. *Colocación directa de los objetos (juguetes, sillas, ropa...).*
- 5.2. *Cada cosa en su sitio.*
- 5.3. *Cada cosa a su tiempo.*
- 5.4. *Cada persona en el lugar que le corresponde.*

6. Mirada indefinida. Falta de contacto.

Las desviaciones pueden incluir la evitación de los estímulos visuales, así como una conducta visual extraña. Pueden presentarse alteraciones ligeras con la evitación de la mirada de manera intermitente o las formas más severas de mantener constantemente la evitación del contacto ocular.

- 6.1. *No mira a los ojos. Desvía las miradas directas.*
- 6.2. *Mira hacia fuera. Vuelve la cabeza cuando se le llama o se le mira.*
- 6.3. *Expresión de la mirada vacía y sin vida.*
- 6.4. *Sigue los objetos con los ojos sólo de una manera intermitente.*
- 6.5. *Fija los objetos (estímulos) con una mirada periférica, no central.*
- 6.6. *Da la sensación de que no mira.*

Anexo (continuación)

7. Inexpresividad facial.

La carencia de comunicación no verbal se hace evidente en la inexpresividad del rostro. Puede presentar una inmutabilidad total tanto para los hechos agradables como para los desagradables en los casos más severos. En los casos ligeros, puede llegar a una cierta expresividad especialmente, si el acontecimiento se refiere a algo materia.

- 7.1. Inmovilidad facial.
- 7.2. No muestra una reacción anticipadora.
- 7.3. No indica gestualmente ni con la mirada qué es lo que quiere y lo que siente.
- 7.4. Si tiene instaurado el habla, no utiliza la expresión facial, gestual o vocal con una frecuencia normal.

8. Problemas de sueño.

El problema del sueño puede presentar dos vertientes: cuando son pequeños suelen dormir muchas horas mientras que, a medida que van creciendo, esta pauta va decreciendo que llegan normalmente a necesitar pocas horas de sueño. Esta conducta puede ser constante o intermitente.

- 8.1. No quiere ir a dormir.
- 8.2. Se levanta muy temprano.
- 8.3. Sueño a intervalos.
- 8.4. Cambia el día por la noche.
- 8.5. Duerme muy pocas horas.

9. Alteraciones de la alimentación.

Pueden ser cualitativas y/o cuantitativas. Pueden ir desde la indiferencia pasiva (el niño deja que le den de comer sin participación efectiva), a la resistencia y a la negación activa (llora y chilla a la hora de comer, se opone a la introducción de los alimentos en la boca gestualmente o volviendo la cabeza).

- 9.1. Selectividad alimentaria.
- 9.2. Come otras cosas además de los alimentos (papel, tiza...).
- 9.3. De pequeño no masticaba.
- 9.4. Presenta una actividad rumiante.
- 9.5. Vómitos.
- 9.6. Come groseramente, desparrama la comida o la tira.
- 9.7. Rituales (desmenuza los alimentos antes de la ingesta).
- 9.8. Falta de gusto.

10. Dificultad en el control de los esfínteres.

El hecho fundamental no es en sí la falta de control de los esfínteres, sino su utilización como medida de control del adulto y búsqueda de la atención.

- 10.1. Miedo a sentarse en el WC.
- 10.2. Utiliza los esfínteres para manipular al adulto.
- 10.3. Utiliza los esfínteres como estímulo.
- 10.4. Si controla de día, el control nocturno aparece mucho más tarde, o no llega a aparecer nunca.

11. Exploración de los objetos (toca, huele, chupa).

Analiza los objetos sensorialmente. No tiene bastante con la mirada necesitando también el resto de áreas sensitivas para llegar a los objetos. Esto no lo realiza con ninguna finalidad concreta.

- 11.1. Muerde y traga objetos no alimentarios.
- 11.2. Chupa y se pone las cosas en la boca.
- 11.3. Lo huele todo.
- 11.4. Lo toca todo. Examina las superficies con los dedos de una manera minuciosa.

12. Uso inapropiado de los objetos.

Los objetos normalmente no tienen una finalidad funcional, siempre consiguen encontrar un nuevo tipo de utilización y actividad.

- 12.1. Ignora los objetos o muestra solamente un interés fugaz.
- 12.2. Los pega, los golpea o simplemente los tira al suelo.
- 12.3. Conducta inusual con los objetos, los tiene pasivamente en las manos o los hace girar.
- 12.4. Insiste en llevar siempre un objeto de un lado a otro.
- 12.5. Se interesa solamente por una parte del objeto o del juguete.
- 12.6. Colecciona objetos extraños.
- 12.7. Utilización inadecuada y personal de los objetos. Conducta extraña.

13. Falta de atención.

La atención es difícil de fijar y mantener. A veces fija la atención en sus propias producciones sonoras, escuchándolas atentamente y dando la sensación de que se halla ausente. Lo mismo sucede con la motricidad.

- 13.1. *Es incapaz de fijar la atención en la actividad que se está llevando a cabo, si la fija es por poco rato.*
- 13.2. *No se da cuenta cuando se le habla.*
- 13.3. *Lentitud de reacción. Entiende las instrucciones muy retrasadamente (cuando no le interesan, no las entiende).*
- 13.4. *Respuesta retardada.*
- 13.5. *Muchas veces da la sensación de ausencia.*

14. Ausencia de interés por el aprendizaje.

No tiene ningún interés por aprender, busca que todo lo solucionen los demás. Aprender le representa un esfuerzo de atención y de intercambio personal, es una rotura en su rutina.

- 14.1. *No quiere aprender.*
- 14.2. *Se cansa muy deprisa, aunque la actividad le guste.*
- 14.3. *Olvida rápidamente.*
- 14.4. *Insiste en ser ayudado aunque lo sepa hacer.*
- 14.5. *Insiste constantemente en cambiar de actividad.*

15. Pereza.

Por propia iniciativa no busca empezar ninguna actividad funcional, prefiere que se lo den todo hecho, constantemente busca la comodidad.

- 15.1. *Es incapaz de tener iniciativa propia.*
- 15.2. *Busca la comodidad.*
- 15.3. *Pasividad, falta de interés.*
- 15.4. *Lentitud.*
- 15.5. *Prefiere que otro le haga el trabajo.*

16. Alteraciones del lenguaje y la comunicación

Es un rasgo fundamental en el autismo. Si el niño habla, las anomalías pueden variar, sencillamente, entre un lenguaje retrasado hasta las formas más severas con un uso exclusivo de un lenguaje particular y extraño.

- 16.1. *Mutismo.*
- 16.2. *Estereotipias vocales.*
- 16.3. *Entonación incorrecta.*
- 16.4. *Ecolalia inmediata y/o retardada.*
- 16.5. *Repite palabras o frases teniendo o no validez comunicativa.*
- 16.6. *Cuando se encuentra agitado utiliza sonidos estereotipados y en ocasiones sin ninguna razón aparente.*
- 16.7. *No se comunica por gestos.*
- 16.8. *Los intercambios con el adulto no son nunca un diálogo.*

17. Encubrimiento de habilidades y conocimientos.

Nunca manifiesta todo aquello que es capaz de hacer. Su ambigüedad a la hora de saber actuar en lo que hace referencia a sus conocimientos y habilidades comporta una confusión para el profesional.

- 17.1. *Aunque sepa hacer una cosa, si no la quiere realizar, no la hace.*
- 17.2. *No demuestra lo que sabe hasta que tiene una necesidad primaria o un interés inminentemente específico.*
- 17.3. *Aprende cosas pero no lo demuestra, solamente en determinados lugares y con determinadas personas.*
- 17.4. *A veces asombra por sus habilidades inesperadas.*

18. Reacciones inapropiadas ante la frustración.

Reacciones de cólera ante prohibiciones o ante una interrupción de sus actividades. Enfados a causa de un desecho o de una capera insatisfecha.

- 18.1. *Reacciones de enfado si se olvida alguna cosa.*
- 18.2. *Reacciones de enfado si se interrumpe alguna actividad que le gusta.*
- 18.3. *Disgustado cuando los deseos y las expectativas no se cumplen.*
- 18.4. *Reacciones de pataletas.*

Anexo (continuación)

19. Omisión de cualquier obligación.

Por norma, es incapaz de hacerse responsable de alguna cosa. Necesita a cada momento que se le vaya dando la consigna pertinente.

19.1. No acepta ninguna responsabilidad por pequeña que sea.

19.2. Para llegar a hacer alguna cosa se le tiene que repetir muchas veces. En ocasiones, nos vemos en la obligación de subir el volumen de la voz.

20. Hiperactividad/hipoactividad.

El niño puede presentar agitación, excitación desordenada e incontrolada sin ninguna finalidad. El niño no sabe lo que es el descanso. Asimismo, se puede presentar la tendencia contraria con una gran pasividad y con ausencia total de respuesta.

20.1. El niño está constantemente en movimiento.

20.2. No se mueve ni motivándolo.

20.3. Alborotador. Da la sensación de que está obligado a hacer ruido.

20.4. Va de un lugar a otro sin parar.

20.5. Realiza saltos constantemente en el mismo sitio.

20.6. No se mueve nunca de la silla donde está sentado.

21. Movimientos estereotipados y repetitivos.

Particularmente, suelen ser agudos y se dan durante las actividades, pudiéndose presentar, también, en situaciones de reposo o en la deambulación.

21.1. Se balancea.

21.2. Se mira las manos. Juega con las manos y los dedos.

21.3. Se tapa los ojos y las orejas.

21.4. Da puntapiés.

21.5. Hace muecas y movimientos extraños con la cara.

21.6. Rotaciones sobre sí mismo o con los objetos.

21.7. Camina de puntillas o saltando, arrastra los pies, anda haciendo movimientos extraños.

21.8. Tuerce el cuerpo, mantiene una postura desequilibrada, piernas plegadas, cabeza replegada en los pies, extensiones violentas del cuerpo.

22. Ignorancia del peligro.

Da la sensación de que no es consciente de las dificultades. Se expone sin motivo. No ve el peligro.

22.1. No se da cuenta del peligro.

22.2. Trepa por todas partes.

22.3. Parece que el dolor no le afecta.

23. Aparición anterior a los 30 meses.
