

Escalas de evaluación en autismo

María Elena Sampedro T.

RESUMEN

Existen diferentes escalas de evaluación del autismo, las cuales seguirán siendo necesarias mientras no se encuentren marcadores biológicos. Diversos autores han hecho referencia a las dificultades para el diagnóstico del autismo, algunas de ellas inherentes al cuadro mismo y otras a las personas que rodean al niño. Se asumen como ciertos muchos mitos del autismo, entre ellos: un niño con autismo no es cariñoso, un niño con autismo siempre se autoestimula y autolesiona. Un niño con autismo no habla, no responde preguntas. Aproximadamente el 70 por ciento de los niños con autismo tienen alguna forma de lenguaje. Por tanto, es necesario estar atento a la variedad de manifestaciones del autismo: espectro autista o continuo autista.

Existen muchas escalas para evaluar autismo, la escala de sondeo evolutivo (*Bayley scales of infant development*-BSID), es la mejor documentada y utilizada tanto en la clínica como en la investigación. Es posible evaluar niños hasta los tres años en tres dominios: mental, motor y conductual. La escala de tamizaje específico para autismo (*Checklist for autism in toddlers* -CHAT) fue publicada en 1992 y constituye la principal herramienta para el tamizaje de autismo, en niños entre los 18-36 meses.

La escala de diagnóstico, (*Autism diagnostic interview -revised-ADI-R*) publicada en 1989, fue diseñada por un grupo de clínicos expertos en el campo del autismo, se correlaciona con la definición del autismo del CIE-10 y del DSM-IV, pero debe ser aplicada por un profesional entrenado. Conduce a puntajes que corresponden a autismo o desórdenes del espectro autista. El LEITER-R es la escala más recomendada evaluar el perfil intelectual de las personas con autismo, aunque también se emplea para otros tipos de discapacidad intelectual.

PALABRAS CLAVE: autismo, CHAT (*Acta Neurol Colomb 2006;22:106-111*).

SUMMARY

There are different scales for autism evaluation, which will be necessary while do not find biological markers. Diverse authors have referred to the difficulties for the diagnosis of the autism; some of them are inherent to the disorder itself, others to the persons who surround the child. Many myths about autism are assumed as certain, between them: a child with autism is not affectionate, a child with autism always auto stimulated and auto injures. A child with autism does not tool and not answer questions. Approximately 70 per cent of the children with autism have some form of language. Therefore, it is necessary to be alert to the autistic spectrum.

There are many scales to evaluate autism. The scale of evolutionary poll, Bayley scales of infant development (BSID), is the the most documented and used scale for development in clinical and investigative setting. Is possible evaluate children under three years old in three domains: mental, motor, and behavioral. The screening scale specific for autism, Checklist for autism in toddlers (CHAT) was published from 1992; it constitutes the principal tool for the screening of autism, in children between 18-36 months. The scale of diagnosis, Autism diagnostic interview-revised (ADI-R.) was published in 1989. Designed by a group of clinical experts in the field of the autism is well correlated with CIE-10 and DSM-IV classification, but must be realized for a trained professional, and leads to scores that correspond to autism or disorders of the autistic spectrum. The LEITER-R is the most recommended scale to achieve the intention of evaluating the intellectual profile of the persons with autism, though also it uses for other types of intellectual disability.

KEY WORDS: autism, CHAT (*Acta Neurol Colomb 2006;22:106-111*).

INTRODUCCIÓN

Miguel es un niño de tres años, no habla, se hace entender llevando la mano al adulto hacia lo que desea, sin mirarlo siquiera; siempre se le ve buscando objetos que pueda hacer girar y

se extasía en ello. Invariablemente trae de su casa un termo con jugo de naranja artificial y unas papitas fritas. Si un día se le invita a comer otra cosa, la rechaza y si se le insiste se enoja, hasta autolesionarse o agredir. Sin duda,

Recibido: 13/01/06. Revisado: 18/01/06. Aceptado: 20/04/06.

María Elena Sampedro, psicóloga, Neuropsicóloga Infantil. Fundación Integrar. Medellín.

Correspondencia: mariasampedro@coomevaimail.com

estas características corresponden a un caso de autismo, para lo cual no es necesario conocer o emplear diferentes escalas de evaluación. El acuerdo entre profesionales respecto al diagnóstico está asegurado, así como su remisión a programas especializados.

Camilo también tiene tres años. Asiste a un preescolar, donde reportan que ya conoce los colores, formas, e incluso las letras. Habla mucho, con un acento melódico que lo hace parecer extranjero. Pregunta el nombre de todas las iglesias y personajes religiosos que ve, o espontáneamente nombra los que ya conoce; pero sorprende a todos porque difícilmente responde una pregunta, o simplemente la repite. En el recreo no se une a los demás niños, aunque corretea con ellos si lo invitan; otras veces comienza a imitar lo que ellos hacen, pero al momento se aleja, para mirar libros. En este caso, es probable que la familia de Camilo escuche muchas opiniones diversas de los profesionales, entre ellas ansiedad de la madre, hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo; no falta el comentario de alguien que piensa que parece un niño índigo, o que es un enviado divino. Es bastante probable que intenten sin éxito intervenciones para que la madre no lo sobreproteja, medicación para la inatención e hiperactividad, remisión a psiquiatría. El tiempo pasa y al llegar a la edad de escolarizarlo, Camilo no pasa el examen de admisión del colegio, pues no responde las preguntas que le hacen, se aleja de las actividades grupales que realizan con todos los aspirantes y se dedica a otras cosas. Comienza el vía crucis para la familia, pues no encuentran donde ubicarlo. Camilo tiene características presentes en niños con autismo de alto nivel de funcionamiento. Desde antes de los tres años hubiera sido posible detectar los signos tempranos del cuadro, remitirlo a una evaluación especializada y comenzar a trabajar para favorecer su inclusión social.

SON NECESARIAS LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN EN AUTISMO?

Tal como plantea De Clecq (1), el etiquetar las dificultades de las personas es un asunto que genera controversia y que trae ventajas así como peligros. Es necesario dar un diagnóstico por varias razones. Por una parte, los padres necesitan una respuesta a sus preguntas; quieren saber

el porqué de las dificultades de su hijo, pues temen, como muchas veces les hacen creer que su comportamiento atípico es producto de una mala crianza, o de algún otro modo, su culpa. El nombre, etiqueta o diagnóstico ayuda a los padres a dar un primer paso en la búsqueda de una respuesta; para comenzar, no estaban errados, hay una dificultad y el niño necesita ayuda. Por tanto, es un punto de partida.

Para los profesionales, también es necesario el diagnóstico para conocer el tipo de persona que van a ayudar y las estrategias que pueden ayudarle. Pero también, como dice el mismo De Clecq, con alguna frecuencia las mismas personas con autismo (principalmente al llegar a la adolescencia) necesitan conocer lo que les sucede, pues sienten que algo no funciona y necesitan identificar sus limitaciones.

Existen diferentes escalas de evaluación del autismo, las cuales seguirán siendo necesarias mientras no se encuentren marcadores biológicos. Pero la verdad, resultan de muy poca utilidad si el profesional no es sensible a las características del cuadro y a las necesidades de la familia, pues es probable que tenga en su escritorio las escalas, pero no identifica que el niño que tiene en frente se encuentra probablemente dentro del espectro del autismo.

Barreras para la evaluación del autismo

Diversos autores han hecho referencia a las dificultades para el diagnóstico del autismo (2), algunas de ellas son inherentes al cuadro mismo, otras a las personas que rodean al niño. Se sabe que hasta ahora no existe un marcador biológico para el autismo, aunque cada vez son más claros los procesos neurofisiológicos que se encuentran alterados.

Respecto al cuadro, son barreras para el diagnóstico la variabilidad de las características en diferentes puntos del espectro autista, el cambio que pueden tener los síntomas a lo largo de los años y la elevada comorbilidad.

Pero los factores humanos son barreras muy importantes. Es de primordial importancia el desconocimiento del cuadro y particularmente, de la existencia del espectro autista. Filipek et al (3) refieren que el término Desórdenes del

Espectro Autista, fue acuñado por Allen desde 1988, en el mismo año en que Lorna Wing en el Reino Unido escribió acerca del continuo autista; la Asociación Psiquiátrica Americana también reconoce tal variedad, al mencionar los desórdenes pervasivos del desarrollo (PDD). En la práctica se encuentra que los profesionales de la salud identifican los casos extremos, los más severos, pero se pasan por alto los casos moderados y leves. Se asumen como ciertos muchos mitos del autismo, entre ellos:

Un niño con autismo no es cariñoso. Esto es falso. El autismo es un problema de origen neurobiológico, en el cual se encuentran alterados los mecanismos que permiten desarrollar las capacidades intersubjetivas y mentalistas, las cuales nos hacen seres sociales e interdependientes. Es claro que no es un problema de orden emocional, está descartada la hipótesis inicial de los padres refrigerador como causa del autismo. Así pues, un niño con autismo puede establecer lazos afectivos con sus personas cercanas, con búsqueda de caricias, manifestaciones de alegría al saludarlos y preferencia por su cercanía. La característica de alteraciones cualitativas en la interacción social se manifiesta principalmente en relación a sus pares.

Un niño con autismo siempre se autoestimula y autolesiona. Esto no es cierto. La búsqueda insistente de cierto tipo de estímulo, sea visual, auditivo, táctil o vestibular, es una característica frecuente pero no definitoria del autismo. Las preferencias sensoriales a veces son muy sutiles o transitorias y muchas veces lo que presentan son alteraciones en la modulación sensorial, esto es, hiper o hiposensibilidad. La autolesión es más frecuente entre los niños que no poseen un sistema de comunicación, o aquellos con una elevada inflexibilidad, pero de igual modo puede ser algo transitorio.

Un niño con autismo no habla, no responde preguntas. Aproximadamente el 70 por ciento de los niños con autismo tienen alguna forma de lenguaje. Entre aquellos denominados de alto nivel de funcionamiento, esto es, con un coeficiente intelectual superior a 75 según el criterio de Schoppler y Mesivob (4), el lenguaje siempre está presente, aunque la función imperativa es la que prima y es clara la dificultad para sostener un diálogo, pues son unilaterales. Si se plantea un

tema de su interés pueden sorprender con sus expresiones, preguntas, explicaciones; pero en este caso, más que un diálogo, su comunicación toma la forma de un discurso científico o un monólogo y al cabo de un rato quién comparte con él no se siente como interlocutor, sino como un espectador.

Por tanto, es necesario estar atento a la variedad de formas como se manifiesta el autismo en diferentes puntos del denominado espectro autista o continuo autista.

Otra barrera humana que obstaculiza la detección y remisión apropiada del autismo entre el personal de la salud, es la negación o minimización, tanto del profesional como de los padres. Debemos reconocer que no es nada agradable asumir la responsabilidad de dar una mala noticia a los padres, o correr el riesgo de alarmarlos, especialmente si empatizamos con la familia, si en algún aspecto nos identificamos con ellos, si vemos a un hermoso niño o niña con cualidades y fortalezas... es humano, somos humanos... no queremos que sea cierto, no queremos que sufran. Así mismo, si bien muchos padres buscan ayuda porque perciben que algo no anda bien con su hijo, es frecuente que uno de los dos, o ambos, acudan presionados por otro, sea la profesora, la abuela, el cónyuge, pero NO consideran necesaria la evaluación. La verdad es que NO quiere saber la verdad, NO quiere ver la realidad y con los lentes de la negación solo ven algunos aspectos del niño, o le dan múltiples interpretaciones acomodadas para justificar sus características atípicas: "Yo era igual de tímido...tiene un temperamento fuerte... es muy independiente... está muy mimado por la abuela... es muy inteligente y no le gusta lo mismo que a los otros niños... ¿Quién dijo que tenía que ser igual que todos?... ¡Qué raro! En casa es un encanto, las quejas vienen solo del jardín, quién sabe que le harán allá..." Lo dicen con tal convicción, que terminan por convencer al profesional. Las escalas de evaluación tienen una gran utilidad, para ser más objetivos.

Tipos de escalas de evaluación para autismo

Existen muchas escalas para evaluar autismo, desarrolladas por diferentes autores. El objetivo

de ésta presentación no es listarlas exhaustivamente, sino mencionar las más reconocidas internacionalmente en investigaciones y estudios de caso.

La clasificación de las diferentes escalas puede enmarcarse en las etapas del diagnóstico sugeridas por el grupo de Filipek (3), las cuales constituyen en la actualidad la guía estándar para la detección de autismo, según la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Neurología desde el año 2000 (5). Estas guías son recomendaciones para la práctica clínica basadas en la evidencia:

Nivel 1: sondeo evolutivo rutinario, tamizaje específico para autismo

Nivel 2: diagnóstico y evaluación de autismo

ESCALAS DE SONDEO EVOLUTIVO

Bayley scales of infant development (BSID)

Es la escala de desarrollo más documentada y utilizada tanto a nivel investigativo como clínico (6). Es posible evaluar niños hasta los tres años en tres dominios: mental, motor y conductual. Permite detectar retardo en el desarrollo si el coeficiente de desarrollo es inferior a 85. Es muy confiable y superior a otros métodos de evaluación de niños pequeños, aunque no está estandarizada para nuestra población y toma aproximadamente una hora en administrarse. Existe actualmente una versión resumida para hacer sondeo del desarrollo.

HAIZEA-LLEVANT (7)

Es una tabla de desarrollo que permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños y niñas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad; pero además, es la única escala que incluye signos de alarma, cuya presencia indica que debe remitirse a un sondeo específico. Los datos de referencia proceden de una muestra de aproximadamente 2500 niños y niñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de Cataluña.

ESCALAS DE TAMIZAJE ESPECÍFICO PARA AUTISMO

Checklist for autism in toddlers (CHAT)

Fue publicada desde 1992. Constituye la principal herramienta para el tamizaje de autismo, para niños entre los 18 y los 36 meses. Además de su rápida y fácil aplicación, tiene una alta sensibilidad, con un valor predictivo entre el 83 y 99 por ciento (8). Enfatiza en cinco ítems referidos a tres síntomas claves patognomónicos de autismo: seguimiento atípico de la mirada, ausencia de gestos protodeclarativos y ausencia de juego de simulación. Si estos tres signos se encuentran en el niño, se sugiere repetir su aplicación un mes más tarde y si de nuevo están presentes, amerita una evaluación especializada.

ESCALAS DE DIAGNÓSTICO

Autism diagnostic interview - revised (ADI-R.)

Su primera versión fue publicada en 1989, ha sido diseñada por un grupo de clínicos expertos en el campo del autismo y está correlacionada con la definición del autismo del CIE-10 y del DSM-IV. El ADI-R (9) es una entrevista semi-estructurada para los padres, la cual enfatiza en obtener el máximo posible de información en las tres áreas claves del autismo (interacción social recíproca, comunicación y conductas estereotipadas y repetitivas). Debe ser realizada por un profesional entrenado. Las respuestas se tabulan y el instrumento ofrece un algoritmo, lo cual ofrece un margen de seguridad para el diagnóstico, pues se debe alcanzar o exceder los puntajes de corte para el autismo y desórdenes del espectro autista en cada una de las tres características. En diferentes estudios ha demostrado adecuada confiabilidad y validez (10). Gracias a esto, el ADI-R es hoy en día el instrumento más empleado en investigación, de tal manera que su utilización como herramienta diagnóstica es una garantía de que se trata de un estudio serio. Como desventaja, es necesario señalar que tarda entre 90 y 120 minutos en aplicarse, por lo que no es una herramienta útil en la práctica clínica cotidiana. Adicionalmente no es posible obtenerla sin un extenso entrenamiento previo.

Autism diagnostic observation schedule (ADOS)

Es una observación estandarizada de la conducta social del niño frente a diferentes tipos de materiales y tareas, diseñados para diferentes edades y niveles de lenguaje. Conduce a puntajes que corresponden a autismo o desórdenes del espectro autista (11). Esta herramienta complementa al ADI-R, por lo que la combinación de ambas proporciona mayor seguridad a la hora de dar el diagnóstico. Aporta mucha información de utilidad clínica, pues permite al evaluador observar e interactuar con el niño. Toma entre 30 y 45 minutos su aplicación. Como en el caso anterior, solo es posible utilizarla si hay entrenamiento específico previo.

Children autism rating scale (CARS)

Desarrollada por Schoppler et al, permite evaluar 15 aspectos del comportamiento del niño (10). Fue desarrollada por la *National Society for Autistic Children*, para ayudar en la identificación y diagnóstico de niños con autismo. Los 15 ítems puntúan entre 1 y 4, por lo que el puntaje oscila entre 15 y 60. Un puntaje entre 15 y 29 no se considera autismo; entre 30 y 36 es leve a moderadamente autista y entre 37 y 60 severamente autista. Además deben existir al menos tres escalas con puntaje 3.

Schopler reporta alta confiabilidad interobservadores, pero no es muy claro el reporte de estudios que muestren su validez. Como ventajas se encuentran que permite hacer un sondeo del comportamiento del niño en diversos ambientes, sin necesidad de un entrenamiento exhaustivo. Permite por tanto hacer seguimiento a la evolución. Como desventaja se encuentra que los rangos anotados de los puntajes no son equivalentes, por lo que una porción amplia sería considerada simplemente como “severamente autista”. Resulta dudoso en muchas ocasiones el puntaje cercano a 30, pues pueden surgir falsos negativos, como muchos casos de síndrome de Asperger. Por otro lado, la combinación del criterio del puntaje total con el número de escalas con puntaje 3, en ocasiones se presta a dudas en cuanto al intervalo en el cual se ubica al niño o niña evaluado.

ESCALAS DE EVALUACIÓN INTELECTUAL

La evaluación del perfil intelectual en las personas con autismo es importante por diferentes razones. Por una parte, hoy en día se sabe que en el espectro autista hay subgrupos, los cuales se pueden definir según el perfil neurocognitivo y esto permitirá profundizar en las posibles diferencias a nivel etiológico (12). Por otra, este tipo de medición permite conocer las fortalezas y debilidades de la persona con autismo, aunque no constituye en si misma una prueba determinante para el diagnóstico ni es lo único que conduce a planear la intervención terapéutica o la educativa. No existe un perfil intelectual único en las personas con autismo, se sabe que es muy variable, aunque por lo general muestran fortalezas en habilidades visoespaciales, mientras hay debilidades en las habilidades verbales (principalmente las que implican la pragmática, esto es, los aspectos menos memorísticos y más sociales del lenguaje). Por este motivo, no se recomienda emplear una escala verbal, sino preferiblemente una de tipo no - verbal.

El LEITER-R es la escala más recomendada para lograr el propósito de evaluar el perfil intelectual de las personas con autismo, aunque también se emplea para otros tipos de discapacidad intelectual (13). Es posible evaluar con esta herramienta, personas desde los dos años hasta los 21. En su integridad es una prueba no verbal, tanto en las instrucciones que son transmitidas mediante demostraciones y gestos, como en las respuestas esperadas de los sujetos evaluados, en forma de señalamientos o colocación de láminas en ciertos lugares. Incluye una batería para evaluar habilidades de razonamiento y visualización y otra para evaluar atención y memoria

REFERENCIAS

1. DE CLECQ H. Que hay en un nombre? Importancia de la denominación del diagnóstico. En: La Esperanza no es un sueño. Actas del V Congreso Internacional de Autismo - Europa. Barcelona: Escuela Libre, 1996: 43.
2. Cabanyes-Truffino J, García Villamizar D. Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 2004; 39: 81-90.
3. Filipek P. The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999; 29: 439.
4. Schopler E, Mesibov G, eds. Learning and Cognition

in Autism. New York: Plenum Press, 1995.

5. American Academy of Neurology (AAN) Guideline summary for clinicians: screening and diagnosis of autism. St. Paul (MN): American Academy of Neurology (AAN): Aug. 2000.

6. Kelly-Vance L. Early Childhood Assessment: A comparison of the Bayley Scales of Infant Development and Play-Based assessment in two-year old At-Risk Children. *Developmental Disabilities Bulletin* 1999: 27.

7. HAIZEA - LLEVANT. Tabla de desarrollo (0-5 años). Programa del Niño Sano. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Trabajo y Seguridad Social. San Sebastián, Ikastaries, 1994

8. Baron-Cohen S. Early Identification of autism by the Checklist For Autism In Toddlers (CHAT). *British Journal of Psychiatry* 2000.

9. Lord C, Rutter M, Le Coteur A. ADI-R: A revised

version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1994: 24.

10. Saemundsen E. Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: Convergence and Discrepancy in Diagnosing Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2003: 33.

11. Lord C. Autism Diagnostic Observation Schedule. Los Angeles, Western Psychological Services, 2003.

12. Tager-Flusberg A, Robert J. Identifying neurocognitive phenotypes in autism. The Royal Society, 2002.

13. Tsatsanis KD. Concurrent validity and classification accuracy of the Leiter and Leiter-R in low functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2003: 33:120-123.