

# **ASRS - Versión de los Padres (Autism Spectrum Rating Scales/Escalas de Puntuación del Espectro Autista): Reporte de Síntomas y Áreas de Mejora Para el Tratamiento.**

**Paciente: John Doe/10 años**



**Investigadora: Estudiante de  
doctorado Mathilde Marie Duville**

Fecha y hora de la prueba: 2024\_May\_28\_1600

28-May-2024

# Table of Contents

<a href="#">1. Breve descripción del ASRS.....</a>	2
<a href="#">2. Puntuación estandarizada de John Doe.....</a>	4
<a href="#">3. Evaluación de los patrones autistas de John Doe con respecto a niños y niñas fuera del espectro.....</a>	5
<a href="#">4. Metas para la intervención.....</a>	7

---

## 1. Breve descripción del ASRS

Las Escalas de Puntuación del Espectro Autista o ASRS por sus siglas en Inglés (Autism Spectrum Rating Scales) han sido diseñadas para evaluar las conductas asociadas con el espectro autista de niños y niñas entre 2 y 18 años según reportes de padres o maestros. El ASRS ayuda a guiar el diagnóstico y se puede utilizar para la planeación de tratamientos, el monitoreo de respuesta a intervenciones y la evaluación de programas clínicos.

EL ASRS se compone de las siguientes escalas de sintomatología: 1) Social/Comunicación (SC), 2) Conductas Inusuales (CI), 3) Autorregulación (AR) 4) Puntuación Total (SC+CI+AR) 5) DSM-5, 6) Socialización con Compañeros (SOC), 7) Socialización con Adultos (SOA), 8) Reciprocidad Social/Emocional (RSE), 9) Lenguaje Atípico (LA), 10) Estereotipia (ET), 11) Rigidez Conductual (RC), 12) Sensibilidad Sensorial (SS) y 13) Atención (AT). Referirse a la Tabla 1.1 para la interpretación de estas escalas.

Tabla 1.1. Características comunes de niños con puntuación alta.

Escala de síntomas	Interpretación
Social/Comunicación (SC)	Uso inapropiado de comunicación verbal y/o no-verbal para iniciar, involucrarse y mantener el contacto social.
Conductas Inusuales (CI)	Tiene dificultades para tolerar cambios de rutina. Presenta comportamientos sin propósitos y estereotipados. Reacciona exageradamente a estimulaciones sensoriales.
Autorregulación (AR)	Presenta déficit de atención y/o de impulsos/control motor. Tiende a polemizar.
Puntuación Total (SC+CI+AR)	Presenta muchas características similares a individuos diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista.
DSM-5	Presenta muchos síntomas relacionados directamente con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Quinta edición o DSM-5 por sus siglas en Inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition).
Socialización con Compañeros (SOC)	Tiene intereses y capacidades limitados para participar exitosamente en actividades que involucran desarrollar y mantener relaciones sociales con otros niños.
Socialización con Adultos (SOA)	Tiene intereses y capacidades limitados para participar exitosamente en actividades que involucran desarrollar y mantener relaciones sociales con adultos.
Reciprocidad Social/Emocional (RSE)	Tiene habilidades limitadas para demostrar respuestas emocionales apropiadas hacia otras personas en contextos sociales.

## 1. Breve descripción del ASRS

Lenguaje Atípico (LA)	La comunicación oral puede ser repetitiva, poco convencional y desestructurada.
Estereotipia (ET)	Demuestra movimientos o comportamientos sin propósito, repetitivos y ruidosos.
Rigidez Conductual (RC)	Presenta dificultades para tolerar cambios de rutina, actividades o conductas. Su ambiente no debe cambiar.
Sensibilidad Sensorial (SS)	Reacciona exageradamente a ciertas percepciones táctiles, auditivas, olfativas, visuales o gustativas.
Atención (AT)	Se le dificulta mantener atención hacia un solo asunto e ignorar distracciones. Demuestra poca organización.

Es importante resaltar que criterios adicionales son necesarios para confirmar con precisión el diagnóstico. Esta prueba debe ser interpretada a la luz de otras pruebas de diagnóstico que la complementan. El ASRS describe las tendencias conductuales del niño dentro de las últimas 4 semanas por lo que los resultados representan conductas actuales y no toman en cuenta la evolución previa de los patrones del espectro autista desde los primeros meses de vida.

---

## 2. Puntuación estandarizada de John Doe

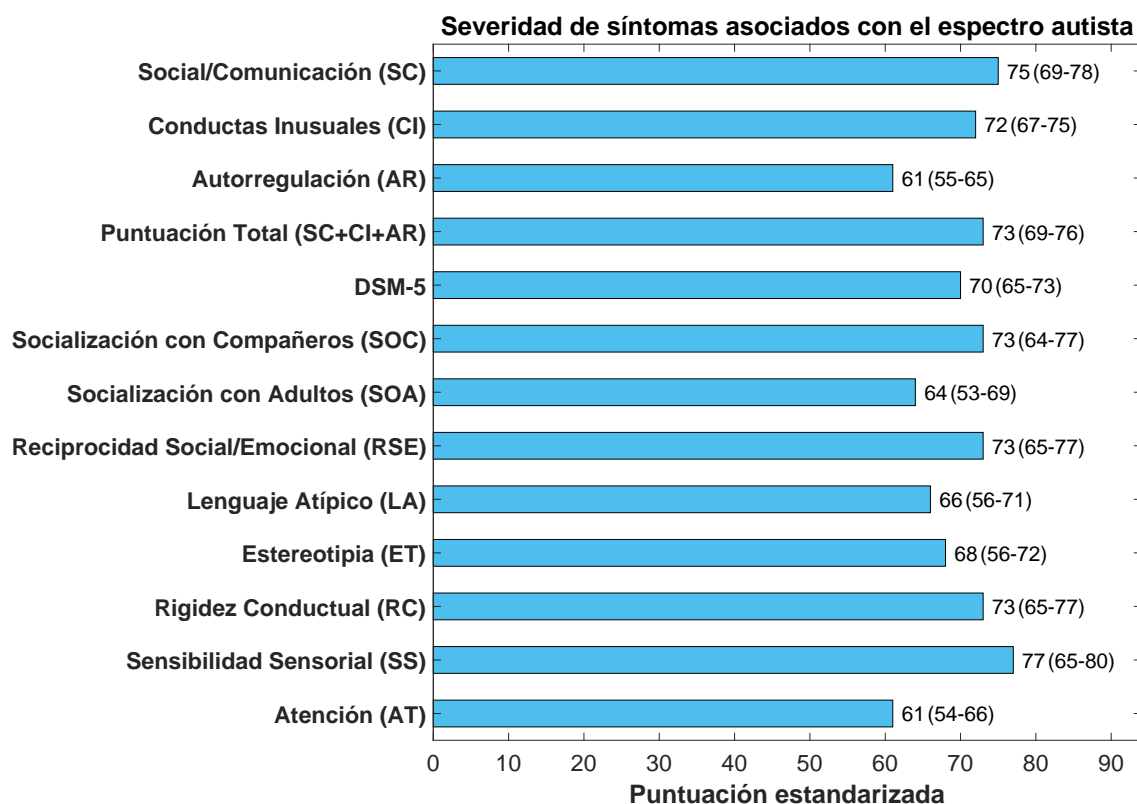


Figure 2.1. La puntuación se basa en la relación entre la severidad de los síntomas del paciente y los patrones autistas observados en niños fuera del espectro autista. A mayor observaciones de conductas atípicas, más alta es la puntuación. Los valores entre paréntesis indican el intervalo de confianza: rango en el cual se encuentra la puntuación verdadera con una probabilidad de 95 por ciento.

### 3. Evaluación de los patrones autistas de John Doe con respecto a niños y niñas fuera del espectro



Figure 3.1. Percentil y clasificación de la severidad de los síntomas de John Doe. Los números describen la representatividad de los síntomas del paciente dentro de la población fuera del espectro autista (niños y niñas entre 6 y 11 años). Por ejemplo, una puntuación de 60 por ciento (paciente) significa que 60 por ciento de los niños y niñas fuera del espectro presentan una

### 3. Evaluación de los patrones autistas de John Doe con respecto a niños y niñas fuera del espectro

---

sintomatología igual o menor a la del paciente. La clasificación (por ejemplo "Ligeramente elevado") describe el nivel de sintomatología con respecto a niños y niñas fuera del espectro.

#### 4. Metas para la intervención

Tabla 4.1. Áreas de mejora de John Doe

Tipo de síntoma	Objetivos para el tratamiento
Socialización con C ompañeros (SOC)	Mejorar la capacidad de busc ar a otros niños para socializar.
Socialización con C ompañeros (SOC)	Mejorar las relaciones sociales con compañeros.
Socialización con C ompañeros (SOC)	Aumentar el tiempo de juego con compañeros.
Socialización con C ompañeros (SOC)	Mejorar la habilidad de entender y r esponder adecuadamente al humor.
Socialización con C ompañeros (SOC)	Mejorar el juego interactivo con compañeros.
Socialización con C ompañeros (SOC)	Mejorar la calidad de las int eracciones con compañeros.
Socialización con C ompañeros (SOC)	Mejorar la habilidad de responder adec uadamente al hablar con compañeros.
Socialización con Adultos (SOA)	Mejorar la habilidad de elegir tem as de conversaciones apropiados a la hora de conversar con adultos.
Socialización con Adultos (SOA)	Mejorar la habilidad de mantener una conversación apropiada con adultos.
Socialización con Adultos (SOA)	Mejorar las relaciones sociales con adultos.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de compartir e xperiencias agradables con otros.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de mirar a l os demás al conversar con ellos.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de mirar a los demás cuando le hablan.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de apreciar y e ntender la opinión de los demás.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de entender los sen timientos y las emociones de los demás.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de reconocer adecuadamente señales sociales.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Desarrollar la habilidad de responder adecuada mente a las ideas y sentimientos de los demás.
Reciprocidad Soci al/Emocional (RSE)	Mejorar la percepción y comprensión de los pensamientos y sentimientos de los demás.



#### 4. Metas para la intervención

Reciprocidad Social/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de compartir y expresar placer al interactuar con los demás.
Reciprocidad Social/Emocional (RSE)	Mejorar la habilidad de sonreír apropiadamente en situaciones sociales.
Lenguaje Atípico (LA)	Demostrar tono y ritmo apropiado al hablar.
Lenguaje Atípico (LA)	Aumentar el lenguaje social apropiado reduciendo la frecuencia de frases repetitivas y fuera de contexto.
Estereotipia (ET)	Reducir las conductas autoestimulantes (por ejemplo aletear las manos).
Estereotipia (ET)	Adquirir flexibilidad para el cambio y no obsesionarse con un mismo tema.
Estereotipia (ET)	Reducir el uso inapropiado de objetos.
Rigidez Conductual (RC)	Mejorar la habilidad de considerar perspectivas generales y enfocarse menos en detalles.
Rigidez Conductual (RC)	Aumentar flexibilidad y reducir rigidez para poder participar a actividades diversas.
Rigidez Conductual (RC)	Desarrollar la habilidad de apreciar y entender perspectivas amplias en situaciones problemáticas.
Rigidez Conductual (RC)	Mejorar la habilidad de lidiar con cambios inesperados.
Rigidez Conductual (RC)	Reducir la rigidez y la falta de flexibilidad para aceptar cambios de rutina.
Rigidez Conductual (RC)	Desarrollar la habilidad de manejar con flexibilidad cambios de rutina.
Rigidez Conductual (RC)	Reducir la necesidad de siempre tener consigo objetos específicos.
Sensibilidad Sensorial (SS)	Aumentar respuestas apropiadas a estimulaciones táctiles.
Sensibilidad Sensorial (SS)	Reducir la pica (ingestión de objetos no comestibles).
Sensibilidad Sensorial (SS)	Mejorar la habilidad de lidiar con olores comunes.
Sensibilidad Sensorial (SS)	Mejorar la habilidad de tolerar el tacto y contactos físicos normales.
Sensibilidad Sensorial (SS)	Mejorar la habilidad de reponder adecuadamente a sonidos fuertes.
Atención (AT)	Desarrollar habilidades de organización más eficientes.
Atención (AT)	Mejorar la habilidad de escuchar cuando le hablan.

#### 4. Metas para la intervención

Atención (AT)	Mejorar la habilidad de mantener la atención durante actividades agradables.
Autorregulación (AR)	Desarrollar habilidades para resolver conflictos para reducir peleas y conflictos con otros niños.
Social/Comunicación (SC)	Mejorar la habilidad de mantener conversaciones apropiadas.